

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxen im Punkthaus

Adresse : Bärenfelsenstr. 40, 4057 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 681 45 22

E-Mail : christoph.alber@hin.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 **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.	ICH LEHNE 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>Ich fordere eine zwingende Mitbeteiligung von Psychiaterinnen und Psychiatern an der Ausgestaltung der neuen KLV, die 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.	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 oft auch eine Medikation notwendig ist. Auch die Erfahrung in der Führung und Behandlung von komplex erkrankten, multimorbiden Menschen kann nicht vorhanden sein oder sehr bescheiden ausfallen. 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</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 (Aufnahmewang 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>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, wie ich sie als Alterspsychiater sehr oft sehe, Abhängigkeitserkrankte, ggf. auch Menschen in Krisensituationen wie Manie, floride Psychose etc.).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wie oben erwähnt 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, 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: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Ich fordere wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>drei</u> Jahre. Zusätzlich unterstütze ich im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung</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>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> <p>FORDERUNG: <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 fordere ich, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Ich unterstütze die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></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</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>krank, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art. 11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Ich erachte diese beiden Punkte als 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>	
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 bei Bedarf ergänzt durch psychometrische Verfahren; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests riskiert der Bund, dass einseitig die Kurztherapiemethoden zur Anwendung kommen, was in Abhängigkeit der Problemstellung dazu führen kann, dass wiederholt symptomatisch behandelt werden muss (und Kann), eine kausale Therapie aber nicht angeboten werden kann (wie bei Zahnschmerzen immer wieder schmerzmittel anstelle einer Sanierung des defekten Zahnes). 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. Wie schon längst in der Medizin passiert werden noch mehr Daten nicht validierter und oft mangelhafter Qualität gesammelt. Der Verordnungstext lässt</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>offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich auf welche Art und Weise und zu welchem Zwecke 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 heilbaren 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</p>	
--	--	--	--

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

		<p>Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>FORDERUNG: <i>Ich fordere, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p>	
Error! Reference source not found.	Art. 3	<p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie oder Möglichkeit zur Abgeltung von Vor- und Nachbereitung</i></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</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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: <i>Ich verlange, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können.</i></p> <p>FORDERUNG: <i>Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordere ich die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>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>
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</p>	

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

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 24 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 ein, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Mir scheint es hilfreich, wenn die angestrebten Verordnungsänderungen in Bezug auf die durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen, punkto Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen kommentiert und Empfehlungen abgegeben werden dürften.	
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.			

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 : **Fondazione Amilcare**

Abbreviazione dell'azienda / dell'organizzazione:

Indirizzo : **Via alla Campagna 2 a, 6900 Lugano**

Persona di contatto : **Gianpaolo Conelli, Direttore Fondazione Amilcare**

Telefono : 091.9734770

E-mail : info@amilcare.ch

Data : **15.10.2019**

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 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
FONDAZIONE AMILCARE	<p>La FONDAZIONE AMILCARE 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. La FONDAZIONE AMILCARE ringrazia inoltre l'UFSP e le sue commissioni per i lavori preparatori sfociati nel disegno di ordinanza. Siamo tuttavia rammaricati per il mancato coinvolgimento dei fornitori di prestazioni già in fase di elaborazione del disegno, perché ciò avrebbe contribuito a migliorarne qualità e coerenza.</p>
FONDAZIONE AMILCARE	<p>Punti cardine del disegno che La FONDAZIONE AMILCARE sostiene senza riserve</p> <ul style="list-style-type: none"> La FONDAZIONE AMILCARE condivide pienamente gli obiettivi del nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica. Esiste la necessità di migliorare l'accesso alle prestazioni psicoterapeutiche, specialmente in situazioni di crisi e di emergenza. La possibilità per i medici di famiglia di prescrivere la psicoterapia consente di abbattere gli ostacoli che attualmente pregiudicano l'accesso alle cure da parte di chi soffre di disturbi psichici. Altro punto che appoggiamo è il miglioramento, atteso con il passaggio al nuovo modello, della qualità delle prestazioni erogate in virtù del carattere vincolante della LPPsi. La FONDAZIONE AMILCARE 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.
FONDAZIONE AMILCARE	<p>Punti del disegno che La FONDAZIONE AMILCARE respinge con richiesta di modifica</p> <ul style="list-style-type: none"> La FONDAZIONE AMILCARE respinge la proposta di limitare a 30 il numero delle sedute. Chiede che venga mantenuta l'attuale disposizione a 40 sedute, essendo questa una prassi già dimostratasi valida e causando la restrizione a 30 sedute un aumento del carico amministrativo e quindi, in ultima analisi, dei costi. La FONDAZIONE AMILCARE respinge la proposta relativa alla prescrizione scaglionata della terapia a blocchi di 15 sedute

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>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FONDAZIONE AMILCARE è d'accordo sull'introduzione di un anno aggiuntivo di esperienza clinica, a condizione, però, che possa essere assolto già durante la formazione postgraduale e anche sotto la direzione di uno psicoterapeuta riconosciuto dalla Confederazione. • La FONDAZIONE AMILCARE respinge il vincolo imposto sul tempo massimo di una seduta. Il tempo massimo per seduta delle terapie individuali e di gruppo deve essere stabilito nelle convenzioni tariffali. La FONDAZIONE AMILCARE chiede quindi che dalla proposta si stralci la precisazione sulla durata delle singole sedute. • La FONDAZIONE AMILCARE concorda in linea di principio con la condizione che il medico prescrivente debba presentare domanda di proseguimento della terapia (ma solo dopo 40 sedute). Il rapporto da allegare alla domanda deve però essere elaborato, sottoscritto e fatturato dallo psicoterapeuta curante. • La FONDAZIONE AMILCARE 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.
FONDAZIONE AMILCARE	<p>Emendamenti proposti dalla FONDAZIONE AMILCARE su aspetti che il disegno di ordinanza non menziona o non prende in considerazione in misura sufficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il disegno di ordinanza non tiene sufficientemente in considerazione gli psicoterapeuti in formazione. Per motivi di garanzia della qualità appoggiamo la proposta di non consentire agli psicologi che si stanno formando per diventare psicoterapeuti di poter fatturare autonomamente tramite la cassa malati. La FONDAZIONE AMILCARE 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. La FONDAZIONE AMILCARE 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 la FONDAZIONE AMILCARE promuove misure che contrastano l'aumento ingiustificato del volume delle prestazioni nel sistema sanitario. Se in un cantone le nuove autorizzazioni crescono più della media svizzera, la FONDAZIONE AMILCARE prefigura una soluzione paragonabile al progetto in consultazione del controprogetto indiretto all'Iniziativa sulle cure infermieristiche. La psicoterapia è basata sull'espressione linguistica. La FONDAZIONE AMILCARE chiede che i titolari di diploma estero vengano autorizzati solo a condizione che dimostrino competenze linguistiche di livello C1 della lingua ufficiale svizzera.
FONDAZIONE AMILCARE	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)
FONDAZIONE AMILCARE	45-50a			Nessun commento	
FONDAZIONE AMILCARE	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 questa sarebbe</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

				una ragione in più per chiedere una modifica delle disposizioni transitorie riguardanti i neuropsicologi (si vedano i commenti alle disposizioni transitorie).	
FONDAZIONE AMILCARE	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.	
FONDAZIONE AMILCARE	50c	1	c	Ulteriore esperienza clinica di 12 mesi dopo il conseguimento del titolo La FONDAZIONE AMILCARE 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. La	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>FONDAZIONE AMILCARE accoglie con favore questa proposta, a condizione però che l'ulteriore anno di pratica clinica possa essere assolto anche durante il ciclo di perfezionamento. Per la FONDAZIONE AMILCARE 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>La FONDAZIONE AMILCARE 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</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>anche che coloro che hanno assolto la formazione all'estero abbiano la possibilità di acquisire familiarità con il sistema sanitario e le abitudini locali (v. anche art. 5 cpv. 2 lettere c ed f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FONDAZIONE AMILCARE 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. 	
FONDAZIONE AMILCARE	50c	1	d (nuovo)	<p>Competenza linguistica</p> <p>Essendo la psicoterapia una forma di terapia basata sull'espressione linguistica, carenze nel linguaggio possono comprometterne il risultato. Pertanto la FONDAZIONE AMILCARE 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)
FONDAZIONE AMILCARE	50c	2		<p>Requisiti dei centri di perfezionamento professionale</p> <p>La FONDAZIONE AMILCARE approva la lista ISFM e concorda con i criteri proposti per i centri di formazione ai fini del completamento dell'anno aggiuntivo di esperienza clinica. La nota dolente, secondo il parere della FONDAZIONE AMILCARE, è però la scarsa disponibilità di posti di formazione. Per assicurare l'assistenza nel lungo periodo ed evitare la carenza di posti di formazione, la FONDAZIONE AMILCARE 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 	<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

				<p>istituti e nelle organizzazioni proposte, premurandosi di garantirne la giusta remunerazione;</p> <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>
FONDAZIONE AMILCARE	52d			Nessun commento	
FONDAZIONE AMILCARE	(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/gesundheit-2020.html.</p>	<p>Organizzazioni dei neuropsicologi Le organizzazioni dei neuropsicologi sono autorizzate se:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano; b) hanno definito il loro campo di attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti; c) le loro prestazioni sono fornite da persone che adempiono le condizioni di cui all'articolo 50b; d) dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo di attività;

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

					partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a garantire, nell'ambito del loro campo di attività, cure neuropsicologiche adeguate e di buona qualità.
FONDAZIONE AMILCARE	Disposizioni transitorie	1 & 2		La FONDAZIONE AMILCARE 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.	
FONDAZIONE AMILCARE	Disposizione transitoria	3		La FONDAZIONE AMILCARE 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)
FONDAZIONE AMILCARE	2	1	a	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

FONDAZIONE AMILCARE	2	1	b	<p>Diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva</p> <p>La FONDAZIONE AMILCARE 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 	<p>Stralciare l'art. 2 cpv. 1 lettera b</p> <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>sono bambini anche fino a 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> La verifica delle prestazioni tramite strumenti psicometrici va a discriminare le malattie psichiche a discapito di quelle somatiche per le quali una verifica di questo tipo non è richiesta. <p>La FONDAZIONE AMILCARE 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>	
FONDAZIONE AMILCARE	3			<p>Assunzione dei costi di 30 sedute e limitazione del tempo massimo di una seduta</p> <p>La FONDAZIONE AMILCARE 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</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>coinvolte (fornitore di prestazioni, cassa, paziente). La prassi (con le assicurazioni private) ha dimostrato come i pazienti non sfruttino inutilmente l'intera prescrizione se non ve ne è un effettivo bisogno.</p> <p>È inopportuno contenere la durata delle sedute a 60 minuti per gli individui e a 90 minuti per i gruppi, perché ciò impedirebbe l'attuazione di importanti forme terapeutiche, in particolare gli interventi in caso di crisi, le sedute di accertamento dedicate a bambini e adolescenti, le esposizioni all'ansia, la psicoterapia supportata da interpreti ecc., limitando fortemente l'accesso alle cure da parte di gruppi di persone particolarmente vulnerabili.</p> <p>La FONDAZIONE AMILCARE 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>	
FONDAZIONE AMILCARE	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>

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

FONDAZIONE AMILCARE	11b	1		Nessun commento	
FONDAZIONE AMILCARE	11b	1	a	<p>Medici autorizzati alla prescrizione</p> <p>La FONDAZIONE AMILCARE 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. La FONDAZIONE AMILCARE presume che il testo determinante sia quello tedesco e si permette quindi di proporre la correzione per la versione francese, dove il titolo di specializzazione «Medicina dell'infanzia e dell'adolescenza» è stato tradotto in maniera errata.</p> <p>Stando alle informazioni fornite alla FONDAZIONE AMILCARE 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>
FONDAZIONE AMILCARE	11b	1	b	<p>Interventi in caso di crisi</p> <p>Tra interventi in caso di crisi e terapie brevi non</p>	<p>Proposta di modifica</p> <p>per le prestazioni per interventi in caso di</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>c'è nessuna connessione.</p> <p>Poiché una crisi non dipende per forza da una malattia somatica, ma può essere scatenata anche da una patologia psichica, non è corretto restringere il campo alle crisi somatiche, ragion per cui l'aggettivo «somatico» andrebbe cancellato.</p> <p>Nell'ottica di ridurre le barriere di accesso, la FONDAZIONE AMILCARE 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>crisi o terapie brevi per pazienti con gravi malattie somatiche, in caso di una nuova diagnosi o in una situazione di pericolo di morte: su prescrizione di un medico con un titolo di perfezionamento di cui alla lettera a o con un altro titolo di perfezionamento.</p>
FONDAZIONE AMILCARE	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>Cfr. articolo 3 per le ragioni alla base della</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>

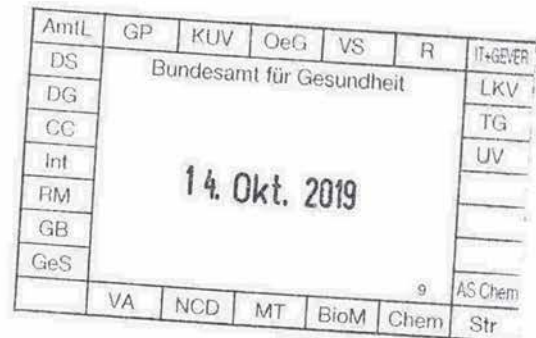
Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31) concernente il nuovo disciplinamento della psicoterapia psicologica nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e la modifica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

				proposta di modifica concernente il tempo massimo di una seduta.	
FONDAZIONE AMILCARE	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.
FONDAZIONE AMILCARE	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.
FONDAZIONE AMILCARE	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.
FONDAZIONE AMILCARE	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. Ciò tenuto conto anzitutto del fatto che gli psicoterapeuti in formazione e alle dipendenze di un medico non potendo più fatturare le loro prestazioni debbono potere organizzare (e/o terminare) la loro formazione di conseguenza.	L'assicurazione assume i costi delle prestazioni di psicoterapia delegata al massimo per 24 mesi dall'entrata in vigore della modifica del (data)

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

SwissMentalHealthcare

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



Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8

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

Bern, 10. September 2019

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

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

und

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

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

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

I.I. Kritikpunkte

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

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

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

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

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

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

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

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

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

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

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengen- ausweitung** 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 Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

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

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, 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 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 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 zulas-

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

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

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

~~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 Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer 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 selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

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

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

Begründung

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

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

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

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

Dabei wurde der **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 vernehmlass-ten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

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

*Mit dieser Stellungnahme
vollkommen einverstanden!*

Dr. med. D. André
Facharzt f. Psychiatrie & Psychotherapie
Luzernstrasse 3 - 4528 Zuchwil
Tel 032 530 09 47 / www.solopsy.ch
ZSR-Nr U0515.11

D. André

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Zentrum für Stationäre Forensische Therapie (ZSFT) der PUK Zürich, Rheinau

Adresse : Alleestrasse 61A, 8462 Rheinau

Telefon : 052 304 94 17

E-Mail : andrea.hugentobler@puk.zh.ch

Datum : 19.09.2019

**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
A. HUGENTOBLER	<p>A. Hugentobler 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. A. Hugentobler 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>
A. HUGENTOBLER	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche A. Hugentobler klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A. Hugentobler 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 A. Hugentobler 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.
A. HUGENTOBLER	<p>Inhalte der Vorlage, welche A. Hugentobler ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A. Hugentobler 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"> • A. Hugentobler lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • A. Hugentobler 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. • A. Hugentobler lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. A. Hugentobler verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • A. Hugentobler 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. • A. Hugentobler 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.
A. HUGENTOBLER	<p>Ergänzungen, welche A. Hugentobler 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. A. Hugentobler 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 von A. HUGENTOBLER braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • A. Hugentobler unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich A.

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

	<p>Hugentobler eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie basiert auf Sprache. A. Hugentobler fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
A. HUGENTOBLER	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)
A. HUGENTOBLER	45-50a			Keine Bemerkungen	
A. HUGENTOBLER	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</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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).	
A. HUGENTOBLER	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.	
A. HUGENTOBLER	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 von A. Hugentobler unbestritten. A. Hugentobler 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. A. Hugentobler 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. A. Hugentobler begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls	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>diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für A. Hugentobler ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>A. Hugentobler 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 A. Hugentobler ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
A. HUGENTOBLER	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. A. Hugentobler 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)
A. HUGENTOBLER	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>A. Hugentobler ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet A. Hugentobler 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 A. Hugentobler 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: [...] 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>
A. HUGENTOBLER	52d			Keine Bemerkungen	
A. HUGENTOBLER	(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"> Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die 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>
A. HUGENTOBLER	Übergangsbest.	1 & 2		A. Hugentobler 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.	
A. HUGENTOBLER	Übergangsbest.	3		A. Hugentobler 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)
A. HUGENTOBLER	2	1	a	Keine Bemerkungen	
A. HUGENTOBLER	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>A. Hugentobler 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 	<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>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> <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>A. Hugentobler 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>	
A. HUGENTOBLER	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>A. Hugentobler 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</p>

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

				den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.	
A. HUGENTOBLER	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 [...]
A. HUGENTOBLER	11b	1		Keine Bemerkungen	
A. HUGENTOBLER	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>A. Hugentobler 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. A. Hugentobler geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht</p>	<p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>

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

				<p>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>	
A. HUGENTOBLER	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 A. Hugentobler 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>
A. HUGENTOBLER	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen	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**

				<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>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>
A. HUGENTOBLER	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>
A. HUGENTOBLER	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>
A. HUGENTOBLER	11b	5		<p>Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten</p>	<p>Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40</p>

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

				erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	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.
A. HUGENTOBLER	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen, kann aber akzeptiert werden.	

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Andreas Gschwind, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis Dr. med. Andreas Gschwind

Adresse : Falknerstrasse 33, 4001 Basel

Kontaktperson :

Telefon : 061 554 50 77

E-Mail : info@praxis-gschwind.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
Gschwind	<p>Die Verordnung löst meiner Meinung nach die im Kommentar erwähnten Probleme nicht.</p> <p>Der Angebots-Mangel für Menschen in Krisen- und Notfallsituationen wird nicht durch Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten zur selbständigen Tätigkeit aufgefangen. In Krisen- und Notfallsituationen braucht es fast immer auch Medikamente, und da braucht es doch wieder den Psychiater, da Hausärzte in der Regel zu wenig bewandert sind in Psychopharmakotherapie.</p> <p>Zudem braucht es bei psychischen Erkrankungen eine psychiatrische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit, Arztzeugnisse, Stellungnahmen an Versicherungen etc. Dazu sind psychologischen Psychotherapeuten aber nicht qualifiziert.</p> <p>Um die festgestellten effektiven Versorgungslücken zu füllen, braucht es also nicht ein Mehrangebot von Psychotherapeuten.</p>
Gschwind	<p>Die Verordnung wird mit wesentlichen Mehrkosten verbunden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mehr Anbieter auf dem Markt. • Die Verordnung wird zu administrativem Mehraufwand führen (obligatorische Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik u.a.). • Psychologische Psychotherapeuten behandeln heute auch vieles, was nicht als Krankheit, sondern als Befindlichkeitsstörung einzustufen ist. Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit Befindlichkeitsstörungen, die bis anhin selber zahlten, froh sein werden, wenn neu die Grundversicherung bezahlt...
Gschwind	<p>Die Verordnung wird fachlichen Begebenheiten zum Teil nicht gerecht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Zeitbegrenzung von 60 Min. pro Sitzung bei Einzeltherapien ist aus fachlichen Überlegungen ungünstig. Diverse Therapie-Methoden, benötigen oft mehr als 60 Minuten pro Sitzung. • Die fachlichen Anforderungen für Psychologen sind ungenügend (ein Jahr klinische Erfahrung in psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtung ist zu wenig). In der neuen Verordnung sollen psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen, (sich in Ausbildung befindende!) nach 1-2 Jahren klinischer Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik die gleichen Kompetenzen erhalten wie psychotherapeutisch fertig

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

	<p>ausgebildete Ärzte nach über 5 Jahren klinischer Tätigkeit in einer psychiatrischen Institution. Diese klinische psychiatrisch-psychotherapeutische Ausbildungszeit bedeutet sehr viele Patientenkontakte, zudem Austausch im Team, regelmässige und intensive Supervision durch erfahrene Oberärztinnen und Oberärzte, Fallvorstellungen vor dem Kollegium der Klinik, Weiterbildungen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und auch eine 3jährigen psychotherapeutische Ausbildung. Dieser Unterschied muss auch der Bevölkerung klar aufgezeigt werden, sie erhalten eine andere Qualität der Behandlung, je nachdem ob sie zu einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten gehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzten, Gynäkologen, Kinderärzten und Neurologen fehlen in der Regel die Fachkenntnisse zur Verordnung von Psychotherapien, insbesondere für das Abfassen von Berichten zur Weiterführung einer Therapie.
--	--

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

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Gschwind	50c	1	c.	Mind. 5 Jahre klinische Tätigkeit. Dies kann aber auch vor Erlangung des Weiterbildungstitels sein.	Während der Weiterbildung zum Weiterbildungstitel in Psychotherapie eine klinische Erfahrung von 5 Jahren in einer psychiatrischen Institution.

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
Gschwind	3	Dauer einer Sitzung bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien ist zu wenig	Dauer von bis zu 90 Minuten bei Einzeltherapien
Gschwind	11b	Keine Ärzte mit Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin als verordnende Ärzte zulassen.	Auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit eidgenössischem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM).“
Gschwind	11b	Wenn Psychologen schon selbständig abrechnen können sollen, sollten sie auch in der Lage sein, den Bericht zur Fortsetzung der Therapie selber zu verfassen.	Der Antrag mit Bericht erfolgt durch den behandelnden Psychotherapeuten oder die behandelnde Psychotherapeutin.

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

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT-SEER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

03. Okt. 2019

511.0001-116/14

Dr. med. Andreas Stucki

Simonstrasse 23

CH-3012 Bern

Bern, den 30. September 2019

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

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

und

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

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sehr geehrte Damen und Herren

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

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

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

I.I. Kritikpunkte

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

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

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

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

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

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

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

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

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

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

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

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

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

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

Gesamtwürdigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

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

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

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

3. **Kostendeckung gewährleisten**

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

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

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

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

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

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

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

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

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

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Ich lehne Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

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

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

Begründung

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

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

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

Begründung

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

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

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

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED

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

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

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

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

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

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

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

Begründung

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

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

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

Begründung

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

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Klinische Fachkompetenz erforderlich

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

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie 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 vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

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

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

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Andreas Stucki

M. Sc. Angela Sonderegger

Russikerstrasse 58

8330 Pfäffikon ZH

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 03. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Abteilung Leistungen Krankenversicherung

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern Schweiz

Pfäffikon, 2.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beziehe ich mich auf die Stellungnahme der Weiterbildungsteilnehmende des MAS in Kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche der Universitäten Zürich und Fribourg vom 24.09.2019 und betone ausdrücklich meine Befürwortung für die Einführung des Anordnungsmodells.

Im Rahmen meiner klinischen Arbeit als Psychologin in einer psychiatrischen Institution für Kinder und Jugendliche im Bezirk Dietikon und Affoltern a.A. bin ich tagtäglich mit der prekären Versorgungssituation in unserem Einzugsgebiet konfrontiert. Aufgrund des Mangels an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und dem hohen Anteil an einkommensschwächeren Familien in dieser Region entsteht für viele betroffene Kinder und Jugendliche und deren Familien der untragbare Mangel, dass monatelange Wartezeiten für dringend benötigte therapeutische Behandlung entstehen. In der Folge chronifizieren die bestehenden psychiatrischen Erkrankungen, wodurch sich der Behandlungserfolg deutlich verschlechtert. Das Anordnungsmodell würde ermöglichen, dass dieser Bedarf durch im Gebiet ausreichend vorhandene, fachlich qualifizierte Psychotherapeuten abgedeckt werden könnte.

Mit freundlichen Grüßen



Angela Sonderegger

**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 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.

- 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 Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

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

auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

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

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

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

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

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

Begründung

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Weitere Vorschläge	23

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. 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 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.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.				<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i></p> <p><i>1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</i></p> <p><i>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>
				<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>	
				<p><i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</i></p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute 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 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 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. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Anna Säuber
Bäli

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

Dr.med. Annegret Iseli-Rausch
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Marktgasse 34
4900 Langenthal



Langenthal, 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.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

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

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den

Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

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

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

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

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».

Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

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

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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 werden im Annex zur Vernehmlassungsantwort ausgeführt:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

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

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

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

3. **Kostendeckung gewährleisten**

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

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

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

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste

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

psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

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

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

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

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer 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 Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungspfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

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 Nachfolgerstarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

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

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

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

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

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

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

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

Klinische Fachkompetenz erforderlich

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

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

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

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

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

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und 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. Annegret Iseli-Rausch

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr.med. Annegret Iseli-Rausch

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

Adresse : Marktgasse 34, 4900 Langenthal

Kontaktperson :

Telefon : +41 (62) 923 76 00

E-Mail : aiselira@hin.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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Dr.med. A. Iseli-Rausch</p>	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Dr.med. A. Iseli-Rausch 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</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

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

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

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

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

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

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

	<p>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 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

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

	zu 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. 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>

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Begründung 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**

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

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

			<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> <p>Letztendlich würde die Änderung auch Interessen der psychologischen 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**

				<p>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>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)</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>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 Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen</p>	

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

				sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

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

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

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

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

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, 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 Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen. Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

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

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p>	
		<p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und 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			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

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

Verfasser:

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

31. August 2019

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

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

Korrespondenzadressen

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

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

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

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

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

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

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

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

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

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

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

Inhaltsverzeichnis

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

0 Management Summary

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

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

Diese drei Massnahmen beinhalten:

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

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

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



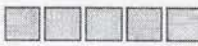



A: Studium und klinische Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	
 6 Jahre Medizinstudium	 ■: 6 Jahre postgraduale klinische Weiterbildung, davon 5 Jahre in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und Ambulatorien, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind. Die Weiterbildung ist curricular aufgebaut mit Rotationen zwischen verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbereichen sowohl in stationären als auch in ambulanten Behandlungssettings. Dazu 1 «Fremdjahr» in somatischem Spital, welches ebenfalls vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert ist. ■: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit. *Facharztprüfung gesamtschweizerisch und nach einheitlichen Kriterien organisiert von SGPP bzw. SGKJP.
B: Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten (heute gültige Verordnung)	
 5 Jahre Psychologiestudium	 □: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer nicht näher definierten «Einrichtung der psychosozialen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss. ▨: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss. ■: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit. *Akkreditierte Weiterbildungsgänge mit eigenen Schlussprüfungen ohne einheitliche Kriterien.
C: Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten mit Zulassung zur OKP (Verordnung in Vernehmlassung)	
 5 Jahre Psychologiestudium	 □: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer nicht näher definierten «Einrichtung der psychosozialen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss. ▨: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung», welche <u>nicht</u> vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss. ■: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer psychiatrischen Institution, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte Kategorie A oder B anerkannt sein muss. ■: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit. *Akkreditierte Weiterbildungsgänge mit eigenen Schlussprüfungen ohne einheitliche Kriterien.

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

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

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

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

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

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

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

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

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

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

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

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

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

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

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

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

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

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

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

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

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

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

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

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

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁹). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

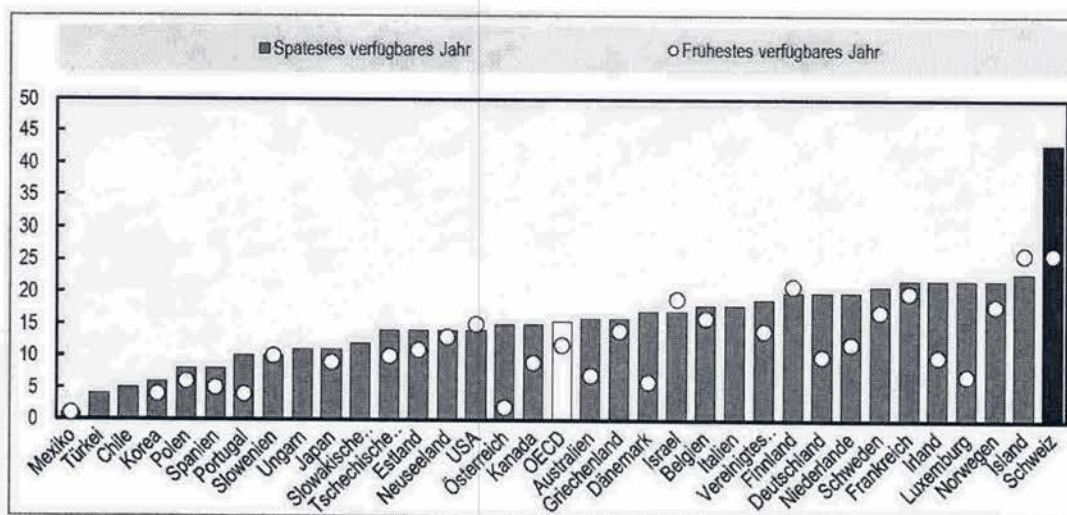


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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

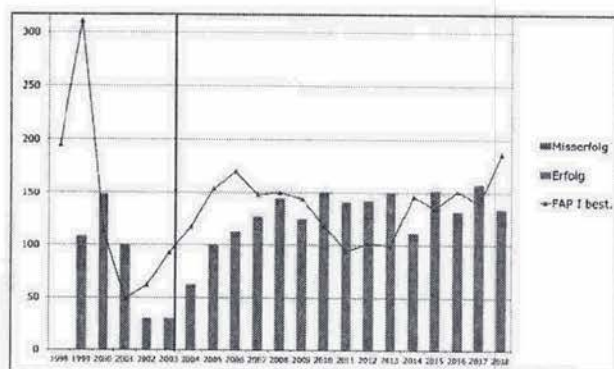


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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

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

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

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

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für 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.

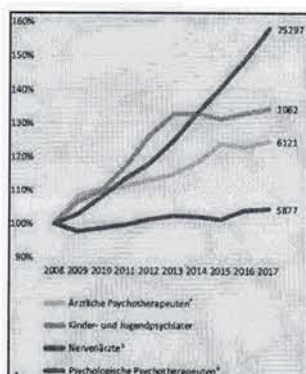


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte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

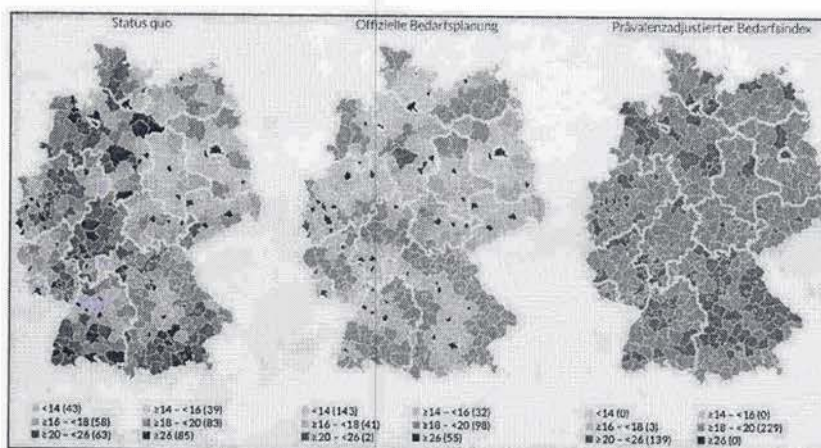


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

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

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

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

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

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

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

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

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

Dies kann wie folgt erreicht werden:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

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

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

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

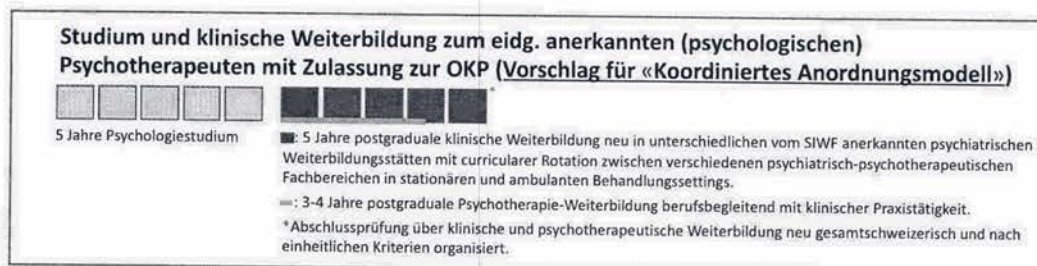


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu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

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

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

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

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

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

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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.

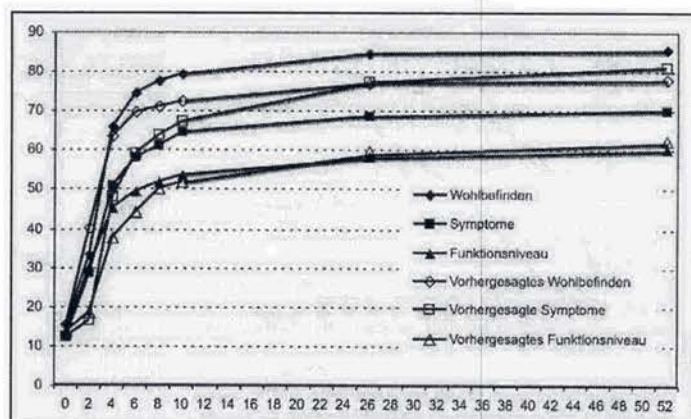


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

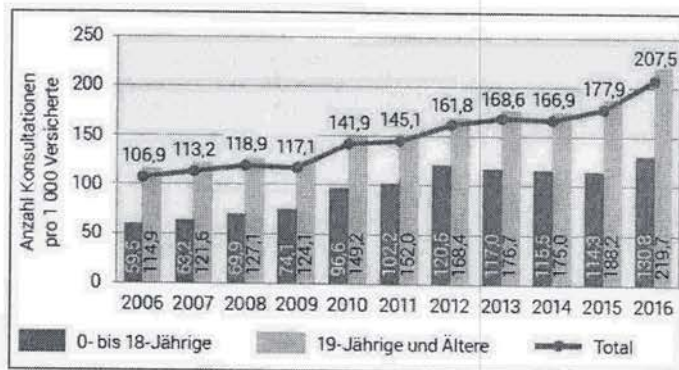


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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 Neuordnung 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 : ask! - Beratungsdienste für Ausbildung und Beruf

Abkürzung der Firma / Organisation : ask!

Adresse : Herzogstrasse 1, 5000 Aarau

Kontaktperson : Anna Prinz

Telefon : 062 832 64 41

E-Mail : anna.prinz@beratungsdienste.ch

Datum : 14.10.19

**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
ask!	ask! 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. ask! 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.
ask!	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche ask! klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ask! 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 ask! 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.
ask!	<p>Inhalte der Vorlage, welche ask! ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ask! 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. ask! lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. ask! 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"> ask! lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. ask! verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. ask! 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. ask! 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.
ask!	<p>Ergänzungen, welche ask! 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. ask! 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 ask! braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. ask! unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigten Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt, kann sich ask! eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. ask! 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**

ask!	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)
ask!	45-50a			Keine Bemerkungen	
ask!	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>	
ask!	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.	
ask!	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 ask! unbestritten. ask! 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. ask! 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. ask! begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für ask! 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</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>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>ask! 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 ask! ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
ask!	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. ask! fordert, dass die Sprachkompetenz als</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**

				Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
ask!	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>ask! ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet ask! 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 ask! 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**

ask!	52d			Keine Bemerkungen	
ask!	(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>
ask!	Übergangsbest.	1 & 2		ask! 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.	
ask!	Übergangsbest.	3		ask! 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)
ask!	2	1	a	Keine Bemerkungen	
ask!	2	1	b	ask! erachtet die Eingangs- und Ergebnisdiagnostik als ein wesentliches Qualitätsmerkmal der psychotherapeutischen Behandlung - wohlwissend, dass gerade die Erstdiagnose eine Arbeitshypothese ist und erst im Therapieverlauf gesicherte Diagnosen gestellt werden können. Die Wahl der diagnostischen Mittel obliegt aus unserer Sicht	

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

				zwingend der/dem hierfür ausgebildeten Psychotherapeutin/en.	
ask!	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>ask! 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**

				ask! 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.	
ask!	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 [...]
ask!	11b	1		Keine Bemerkungen	
ask!	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte ask! 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. ask! 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 ask! ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p>	
ask!	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 ask! 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</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**

				fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.	
ask!	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>
ask!	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>
ask!	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**

ask!	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.
ask!	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 : Fondation As'trame

Abréviation de l'entreprise / organisation : As'trame

Adresse : Rue du Clos-de-Bulle 7, 1004 Lausanne

Personne de référence : Anne de Montmollin, directrice

Téléphone : 021 648 56 54

Courriel : a.demontmolli@astrame.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
Fondation As'trame	<p>La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté.</p>
Fondation As'trame	<p>Créée en 1995, la fondation As'trame apporte un soutien aux familles traversant un bouleversement profond des liens familiaux (deuil, divorce, maladie physique ou psychique, violence conjugale) et aide les enfants, adolescents et adultes à se reconstruire et à s'adapter à leur nouvelle configuration familiale. Elle est reconnue d'utilité publique et déploie ses activités dans les cantons de Vaud, de Genève et du Valais. Elle soutient le développement d'associations partenaires proposant les mêmes prestations dans les cantons de Fribourg et de Neuchâtel. Elle accueille et accompagne plus de six cents personnes par année.</p> <p>Les cantons de Vaud, Genève et Valais dans lesquels la fondation est active sont concernés 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 effectuée 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, la Fondation As'trame 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>

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 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, 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</p>
Fondation As'trame	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la Fondation As'trame:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame 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.
Fondation As'trame	<p>Contenus du projet rejetés par la Fondation As'trame et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame rejette la fixation d'un nombre maximal de 15 séances par prescription. Là encore, cette mesure entraîne un surcoût sans présenter d'avantage supplémentaire. Dans certaines régions, 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 de ces régions ne soient pénalisés. En effet, cette limitation à 15 séances risque d'augmenter la charge administrative du

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>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 vitesses. 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"> • La Fondation As'trame 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. • La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame 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.
Fondation As'trame	<p>Adaptations complémentaires proposées par la Fondation As'trame, 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 Fondation As'trame 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, dans certaines régions, comme le canton du Valais, les institutions psychiatriques 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

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>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</i>, sans limitation financière.</p> <p>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.</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 la Fondation As'trame, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La Fondation As'trame 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, la Fondation As'trame 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, la Fondation As'trame 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.
Fondation As'trame	<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)
Fondation As'trame	45-50a			Aucune remarque.	
Fondation As'trame	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>	
Fondation As'trame	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</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

				de formation postgrade fédéral défini par la LPSy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.	
Fondation As'trame	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour la Fondation As'trame, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame 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 Fondation As'trame est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. La Fondation As'trame 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</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>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>Par conséquent, la Fondation As'trame 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 Fondation As'trame 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. 	
--	--	--	--	--	--

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

Fondation As'trame	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. La Fondation As'trame 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)
Fondation As'trame	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame 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>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</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

				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).	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 [...].
Fondation As'trame	52d			Aucune remarque.	
Fondation As'trame	(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 .	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 correspondant à leur champ d'activité;

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

					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.
Fondation As'trame	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		La Fondation As'trame 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.	
Fondation As'trame	Disposition transitoire	Al. 3		La Fondation As'trame 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)
Fondation As'trame	2	1	a	Aucune remarque.	
Fondation As'trame	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La Fondation As'trame 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 Fondation As'trame 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>	
--	--	--	--	--	--

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

Fondation As'trame	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>La Fondation As'trame 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>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

				Par conséquent, la Fondation As'trame 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 la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3.	
Fondation As'trame	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 [...]
Fondation As'trame	11b	1		Aucune remarque.	
Fondation As'trame	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire La Fondation As'trame 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	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

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 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. La Fondation As'trame 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>	spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]
Fondation As'trame	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>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

				La Fondation As'trame 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.	
Fondation As'trame	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>
Fondation As'trame	11b	3		La Fondation As'trame n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.	<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</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.	individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.
Fondation As'trame	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.
Fondation As'trame	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.
Fondation As'trame	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 As'trame Valais

Abréviation de l'entreprise / organisation : AstrameVS

Adresse : Rue du Vieux-Moulin 3, 1950 Sion

Personne de référence : Michèle Biétry, Présidente

Téléphone : 079 216 34 79

Courriel : m.bietry@vtxnet.ch

Date : 03.10.2019

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
AstrameVS	<p>AstrameVS 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. AstrameVS 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 AstrameVS sera utilisée pour désigner l'Association As'trame Valais dans l'ensemble de cette prise de position.</u></p>
AstrameVS	<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, AstrameVS 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>
AstrameVS	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par AstrameVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AstrameVS 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, AstrameVS 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.
AstrameVS	<p>Contenus du projet rejetés par AstrameVS et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AstrameVS 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. • AstrameVS 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>vitesse. 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"> • AstrameVS 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. • AstrameVS 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. AstrameVS demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • AstrameVS 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. • AstrameVS 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.
AstrameVS	<p>Adaptations complémentaires proposées par AstrameVS, 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. AstrameVS 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 d'AstrameVS, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • AstrameVS 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, AstrameVS 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, AstrameVS 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.
AstrameVS	<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)
AstrameVS	45-50a			Aucune remarque.	
AstrameVS	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>	
AstrameVS	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

AstrameVS	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour AstrameVS, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. AstrameVS 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. AstrameVS 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. AstrameVS est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. AstrameVS 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 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>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, AstrameVS 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"> • AstrameVS 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. 	
AstrameVS	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. AstrameVS 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)
AstrameVS	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>AstrameVS 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, AstrameVS 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 [...].
AstrameVS	52d			Aucune remarque.	
AstrameVS	(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 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.
AstrameVS	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		AstrameVS 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.	
AstrameVS	Disposition transitoire	Al. 3		AstrameVS 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)
AstrameVS	2	1	a	Aucune remarque.	
AstrameVS	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>AstrameVS 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>AstrameVS 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>	
AstrameVS	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>AstrameVS 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, AstrameVS 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.	
AstrameVS	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 [...]
AstrameVS	11b	1		Aucune remarque.	
AstrameVS	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire AstrameVS 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. AstrameVS 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>	
AstrameVS	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>AstrameVS 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.	
AstrameVS	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>
AstrameVS	11b	3		<p>AstrameVS 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>
AstrameVS	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.
AstrameVS	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.
AstrameVS	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 : Dr. med. Attila Sipos, Praxis im Künstlerhaus

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Baselstrasse 88, 4125 Riehen

Kontaktperson : Dr. med. Attila Sipos

Telefon : 061 525 15 81

E-Mail : info@praxis-sipos.ch

Datum : 20. September 2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	DR. MED. ATTILA SIPOS (PRAXIS IM KÜNSTLERHAUS) LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.
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 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	50	1	c	<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 (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>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: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitels. Diese sollte allerdings zwingend in einer SIWF-anerkannten Institution</i></p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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=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> <p>FORDERUNG: <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 Dr. med. Attila Sipos dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Dr. med. Attila Sipos unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				<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</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>klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art. 11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Dr. med. Attila Sipos 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>	
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.	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: Dr. med. Attila Sipos 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.</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: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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><i>FORDERUNG: Dr. med. Attila Sipos 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>Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</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 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**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<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>	Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<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 werden.		Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen	

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

		<p>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>	
--	--	---	--

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	Autisme-Valais
Abréviation de l'entreprise / organisation	:
Adresse	: Route du Rawyl 34, 3960 Sierre
Personne de référence	: Mme Wil Clavien, présidente d'Autisme-Valais (Valais romand)
Téléphone	: 079 - 345 86 74
Courriel	: info@autisme-valais.ch
Date	: 15 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 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
Autisme-Valais	<p>L'Autisme-Valais (section Valais romand) 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'Autisme-Valais (section Valais romand) 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 Autisme-Valais sera utilisée pour désigner la section du Valais romand dans l'ensemble de cette prise de position.</u></p>
Autisme-Valais	<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'Autisme-Valais 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>
Autisme-Valais	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par l'Autisme-Valais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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.
Autisme-Valais	<p>Contenus du projet rejetés par l'Autisme-Valais et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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>vitesses. 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'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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.
Autisme-Valais	<p>Adaptations complémentaires proposées par l'Autisme-Valais, 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'Autisme-Valais 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'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.</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'Autisme-Valais, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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.
Autisme-Valais	<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)
Autisme-Valais	45-50a			Aucune remarque.	
Autisme-Valais	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>	
Autisme-Valais	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

Autisme-Valais	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour l'Autisme-Valais, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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. L'Autisme-Valais est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. L'Autisme-Valais 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</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>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, l'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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. 	
Autisme-Valais	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 déposée (niveau C1

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. L'Autisme-Valais demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.	du cadre de référence européen)
Autisme-Valais	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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</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

				aux services ambulatoires (5.2.3.1 et 5.2.3.2).	[...].
Autisme-Valais	52d			Aucune remarque.	
Autisme-Valais	(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 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

Autisme-Valais	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		L'Autisme-Valais 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.	
Autisme-Valais	Disposition transitoire	Al. 3		L'Autisme-Valais 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)
Autisme-Valais	2	1	a	Aucune remarque.	
Autisme-Valais	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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>	
Autisme-Valais	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>L'Autisme-Valais n'adhère pas à la proposition de prise en charge de 30 séances. Le nombre</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>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'Autisme-Valais 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.	
Autisme-Valais	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 [...]
Autisme-Valais	11b	1		Aucune remarque.	
Autisme-Valais	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire L'Autisme-Valais 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'Autisme-Valais 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>	
Autisme-Valais	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'Autisme-Valais 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

Autisme-Valais	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>
Autisme-Valais	11b	3		<p>L'Autisme-Valais 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>
Autisme-Valais	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>
Autisme-Valais	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>
Autisme-Valais	Disposition transitoire			<p>La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable.</p>	

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

Datum 8. 10. 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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
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**

	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.
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 Minuten 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>	Streichung Art. 11, Abs. 1 b.)

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

		<p>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>

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

Dr. med. Christa Banholzer Voutsis
Klosbachstr. 2
CH-8032 Zürich

Bern, 14. September 2019

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

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

und

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

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

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

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

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

I.I. Kritikpunkte

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

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

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

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

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

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

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

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

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

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

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

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

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

Gesamtwürdigung

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

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

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

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

3. **Kostendeckung gewährleisten**

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

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

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

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

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

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

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

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Ich lehne Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

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

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

Begründung

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

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

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

Begründung

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

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

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

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

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

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

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

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

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

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

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

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

Begründung

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

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

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

Begründung

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

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Klinische Fachkompetenz erforderlich

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

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

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

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

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

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

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

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

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

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med.Christa Banholzer Voutsis

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Christa Banholzer Voutsis

Adresse : Klosbachstr.2, 8032 Zürich

Telefon : 044 363 40 02

E-Mail : christabanholzer@hin.ch

Datum : 14. 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**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.SMHC	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der 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 Referentin 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>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>	Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>	
				Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen .	

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

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Art.50</p>	<p>Abs.1</p>	<p>c</p>	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 ich lehne 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
Error! Reference source not found.SMHC	2,3,11	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>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 Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

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

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

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

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die 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 blosser 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.	
Error! Reference source not found.			

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

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

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

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

Verfasser:

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

31. August 2019

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

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

Korrespondenzadressen

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

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

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

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

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

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

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

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

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

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

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

Inhaltsverzeichnis

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

0 Management Summary

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

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

Diese drei Massnahmen beinhalten:

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

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

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

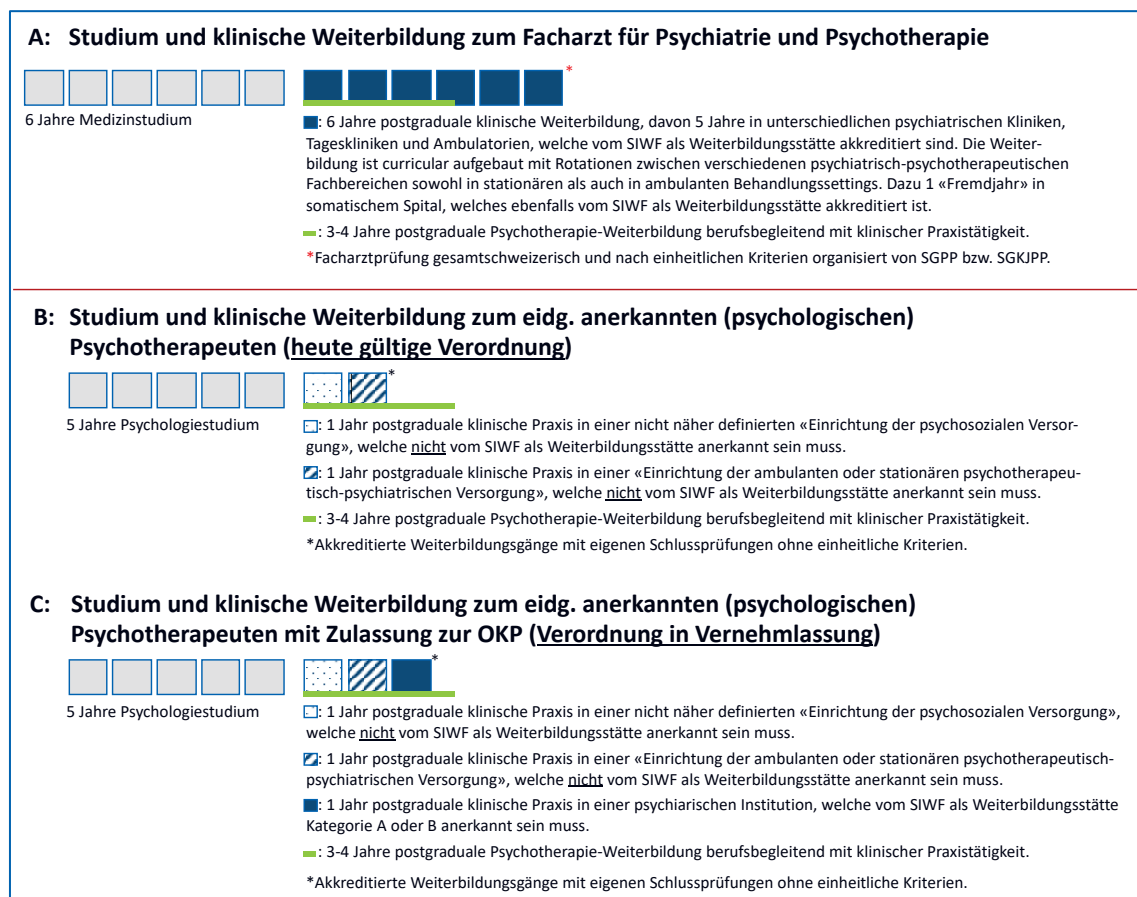


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre).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

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

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

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

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

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

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

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

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

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

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

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

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

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

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

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

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

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

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

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

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

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

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

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

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁹). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

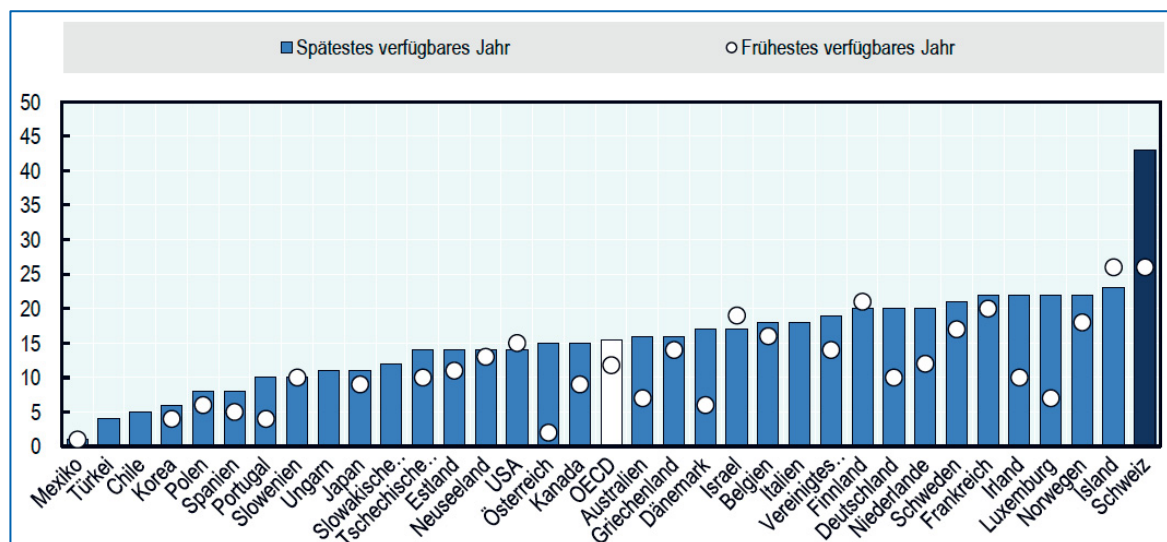


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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

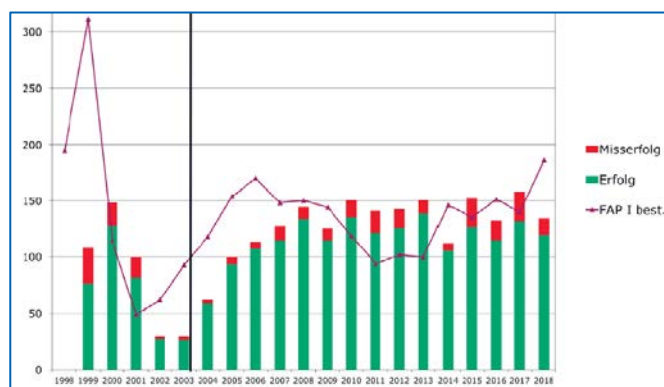


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

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

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

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

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

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

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

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

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

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

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

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

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

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

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

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

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

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

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

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

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

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

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

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

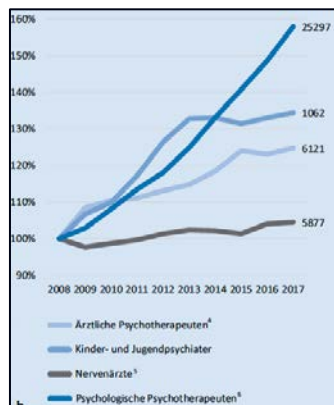


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte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

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

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

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

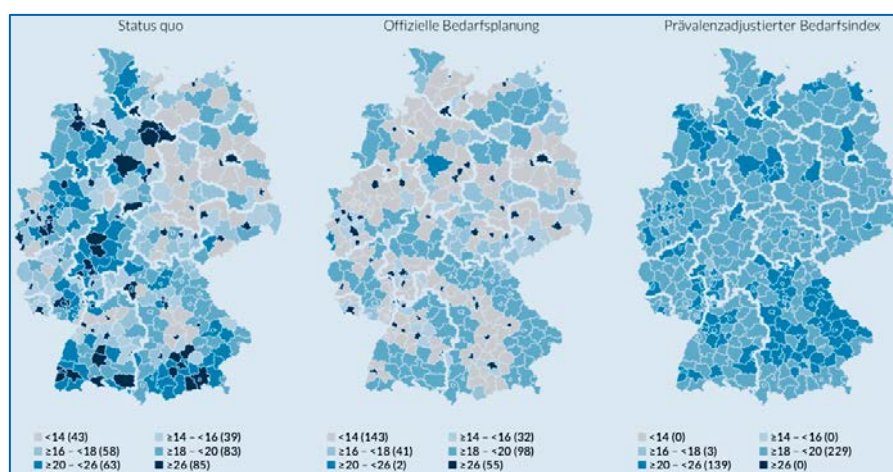


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

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

Dies kann wie folgt erreicht werden:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

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

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

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

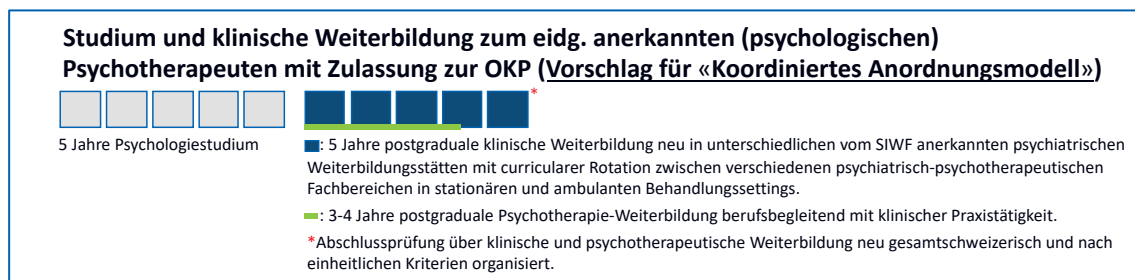


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu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

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

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

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

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

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

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

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

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

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

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

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

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

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

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

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

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

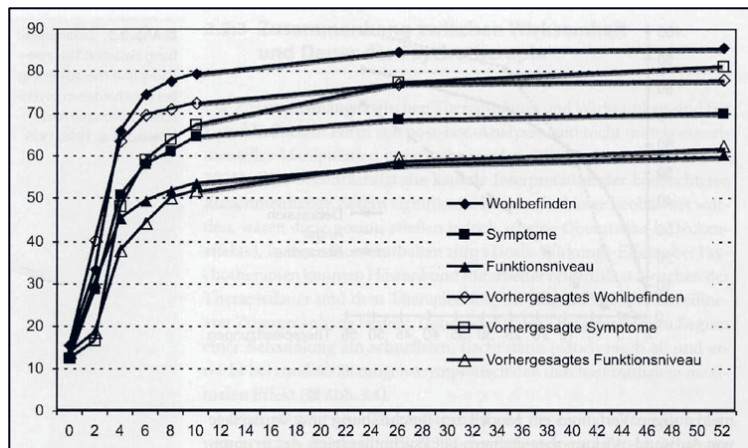


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch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

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

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

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

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

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

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

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

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

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

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

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

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

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

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

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

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

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

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

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

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

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

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

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

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

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

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

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

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

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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).

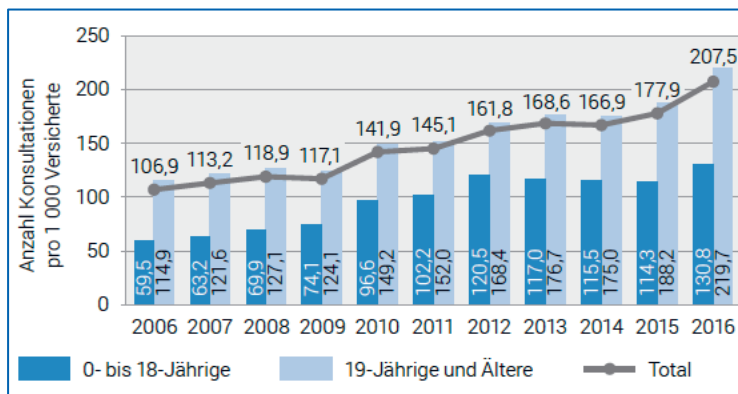


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

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**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

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

Bern, 10. September 2019

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

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

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

I.I. Kritikpunkte

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

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

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

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne 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 abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

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

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

Gesamtwürdigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

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

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

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

3. Kostendeckung gewährleisten

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

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

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

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

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

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

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

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

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

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

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

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

~~*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 Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

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

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

Begründung

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

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

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

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

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

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

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

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

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

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

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

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

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

Begründung

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

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

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

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

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

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

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

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

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

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

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

Klinische Fachkompetenz erforderlich

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

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

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

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

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

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

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

Psychoanalytische Gemeinschaftspraxis Albisrieden
Barbara Modena
Praktische Ärztin FMH
Psychiatrie und Psychotherapie
Albisriederstr. 80
8003 Zürich
+41 (0)43 818 69 13
barbara.modena@hin.ch
EAN-Nr. 7601 00071 9690
ZSR-Nr. A 2317.01

Eidgenössisches Departement des
Inneren EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Krankenversicherung
gever@bag.admin.ch

Zürich, der 23.09.2019

Stellungnahme zum Anordnungsmodell von Dr. Barbara Modena, Psychoanalytische Gemeinschaftspraxis Albisrieden

Sehr geehrte Damen Bundesrätinnen und Herren Bundesräte, sehr geehrte Damen und Herren des BAG

Mit grosser Sorge habe ich den VO-entwurf des BAG zur Anordnung der Psychotherapien studiert.

Ergänzend zu der Stellungnahme des Psychoanalytischen Seminars Zürich (PSZ) vom 12.09.2019, die ich vollumfänglich gutheisse, und ergänzend zu den Forderungen des Argumentariums der SGPP, welche ich in allen die Ärzt*innen betreffenden Punkten, ausser dem der ärztlichen Anordnungsbefugnis teile, möchte ich folgendes festhalten:

Neben den vielen in diesem VO-entwurf des BAG enthaltenen neuen und die Psychotherapeut*innen schlechterstellenden Regeln, werden die bisher verordnenden praktischen Ärzt*innen mit Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie und / oder Dignität Psychiatrie und Psychotherapie vom Anordnungsmodell ausgeschlossen:

Mit dieser VO wird nicht nur die delegierte PT abgeschafft, mit ihr werden auch alle praktischen Ärzt*innen, die bisher delegieren durften und eine grosse Erfahrung und Kompetenz in Psychotherapie und in der Zusammenarbeit mit den Therapeut*innen haben, mitabgeschafft! Nämlich all jene, die keinen FMH-Weiterbildungstitel haben.

Das wird einige (und deren Patient*innen, die delegierte Psychotherapien in Anspruch nehmen müssen) sehr hart treffen (Versorgungsengpass!), wenn nicht wenigstens die Dignität Psychiatrie und Psychotherapie (Besitzstandesgarantie) das Anordnen erlaubt und/oder der Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie in einen Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie umgewandelt wird.

Um den breiten Zugang zur psychologischen Psychotherapie zu gewährleisten, möchte ich deshalb zusätzlich folgendes fordern:

Erstens, dass der bisherige Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie in einen Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie umgewandelt wird, der allen bisher unbescholtenen und seit mehr als 5 Jahre lang delegierenden Ärzt*innen, unabhängig vom Facharztstitel zuerkannt werden soll. Dies im Sinne einer Besitzstandesgarantie und um Härtefälle bei den Patient*innen (Versorgungsengpass!) zu verhindern.

Und zweitens: Wenn denn ein Facharztstitel Bedingung werden sollte für einen Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie, dann bitte erst nach Einführung des Anordnungsmodelles: So dass nicht alle seit mehr als 5 Jahre delegierenden Ärzte ausgeschlossen werden!

Ein weiterer zu grosser Sorge Anlass gebender Punkt ist, dass es keine Übergangsregelung für bisher im Delegationsverhältnis angestellte Psychotherapeut*innen gibt, die keine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung erhalten können (dies trifft vor allem all jene besonders hart, die 2-4 Jahre vor der Pensionierung stehen):

Hier sollten alle Psychotherapeut*innen, die mehr als 5 Jahre angestellt und unbescholten gearbeitet haben und die somit seit mehr als 5 Jahren über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zur unselbständigen Arbeit via ihren Arzt-arbeitgeber verfügen, mit einer Bewilligung für die selbständige Berufsausübung ausgestattet werden.

Dies ohne dass sie die Bedingungen der neuen Verordnung erfüllen müssen und im Sinne einer Amnestie für Härtefälle.

Wenn das nicht möglich sein sollte, sollte zumindest ein Anstellungsverhältnis weiter möglich sein.

Hochachtungsvoll und mit freundlichen Grüssen



Barbara Modena

Praktische Ärztin FMH

Eidg. anerkannte Psychotherapeutin für Erwachsene

Dignität Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Supervisorin und Lehranalytikerin PSZ

Beilagen:

- Stellungnahme PSZ
- Argumentarium der SGPP mit Forderungen

Psychoanalytische Gemeinschaftspraxis Albisrieden
Barbara Modena
Praktische Ärztin FMH
Psychiatrie und Psychotherapie
Albisriederstr. 80
8003 Zürich
+41 (0)43 818 69 13
barbara.modena@hin.ch
EAN-Nr. 7601 00071 9690
ZSR-Nr. A 2317.01

Eidgenössisches Departement des
Inneren EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Krankenversicherung
gever@bag.admin.ch

Zürich, der 23.09.2019

Stellungnahme zum Anordnungsmodell von Dr. Barbara Modena, Psychoanalytische Gemeinschaftspraxis Albisrieden

Sehr geehrte Damen Bundesrätinnen und Herren Bundesräte, sehr geehrte Damen und Herren des BAG

Mit grosser Sorge habe ich den VO-entwurf des BAG zur Anordnung der Psychotherapien studiert.

Ergänzend zu der Stellungnahme des Psychoanalytischen Seminars Zürich (PSZ) vom 12.09.2019, die ich vollumfänglich gutheisse, und ergänzend zu den Forderungen des Argumentariums der SGPP, welche ich in allen die Ärzt*innen betreffenden Punkten, ausser dem der ärztlichen Anordnungsbefugnis teile, möchte ich folgendes festhalten:

Neben den vielen in diesem VO-entwurf des BAG enthaltenen neuen und die Psychotherapeut*innen schlechterstellenden Regeln, werden die bisher verordnenden praktischen Ärzt*innen mit Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie und / oder Dignität Psychiatrie und Psychotherapie vom Anordnungsmodell ausgeschlossen:

Mit dieser VO wird nicht nur die delegierte PT abgeschafft, mit ihr werden auch alle praktischen Ärzt*innen, die bisher delegieren durften und eine grosse Erfahrung und Kompetenz in Psychotherapie und in der Zusammenarbeit mit den Therapeut*innen haben, mitabgeschafft! Nämlich all jene, die keinen FMH-Weiterbildungs-Titel haben.

Das wird einige (und deren Patient*innen, die delegierte Psychotherapien in Anspruch nehmen müssen) sehr hart treffen (Versorgungsengpass!), wenn nicht wenigstens die Dignität Psychiatrie und Psychotherapie (Besitzstandesgarantie) das Anordnen erlaubt und/oder der Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie in einen Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie umgewandelt wird.

Um den breiten Zugang zur psychologischen Psychotherapie zu gewährleisten, möchte ich deshalb zusätzlich folgendes fordern:

Erstens, dass der bisherige Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie in einen Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie umgewandelt wird, der allen bisher unbescholtenen und seit mehr als 5 Jahre lang delegierenden Ärzt*innen, unabhängig vom Facharzttitel zuerkannt werden soll. Dies im Sinne einer Besitzstandesgarantie und um Härtefälle bei den Patient*innen (Versorgungsengpass!) zu verhindern.

Und zweitens: Wenn denn ein Facharztstitel Bedingung werden sollte für einen Fähigkeitsausweis Anordnung Psychotherapie, dann bitte erst nach Einführung des Anordnungsmodelles: So dass nicht alle seit mehr als 5 Jahre delegierenden Ärzte ausgeschlossen werden!

Ein weiterer zu grosser Sorge Anlass gebender Punkt ist, dass es keine Übergangsregelung für bisher im Delegationsverhältnis angestellte Psychotherapeut*innen gibt, die keine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung erhalten können (dies trifft vor allem all jene besonders hart, die 2-4 Jahre vor der Pensionierung stehen):

Hier sollten alle Psychotherapeut*innen, die mehr als 5 Jahre angestellt und unbescholten gearbeitet haben und die somit seit mehr als 5 Jahren über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zur unselbständigen Arbeit via ihren Arzt-arbeitgeber verfügen, mit einer Bewilligung für die selbständige Berufsausübung ausgestattet werden.

Dies ohne dass sie die Bedingungen der neuen Verordnung erfüllen müssen und im Sinne einer Amnestie für Härtefälle.

Wenn das nicht möglich sein sollte, sollte zumindest ein Anstellungsverhältnis weiter möglich sein.

Hochachtungsvoll und mit freundlichen Grüssen

Barbara Modena
Praktische Ärztin FMH
Eidg. anerkannte Psychotherapeutin für Erwachsene
Dignität Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Supervisorin und Lehranalytikerin PSZ

Beilagen:

- Stellungnahme PSZ
- Argumentarium der SGPP mit Forderungen

Argumentarium SGPP und Forderungen SGPP

FORDERUNGEN FÜR DIE ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE:

Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV.

Von der Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten soll Abstand genommen werden.

Beibehaltung von 40 Sitzungen bis zum ersten Kostengutsprachege such.

Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten.

FORDERUNGEN FÜR DIE PSYCHIATRISCH – PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG:

Es sollen nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können.

Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich der Ausweitung der Anordnungsbefugnis auf andere Facharzt titel festhält, soll ein FMH-Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie» eingeführt werden.

FORDERUNGEN FÜR DIE ZULASSUNG VON PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN:

Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen ist zu erhöhen, was eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf zwei Jahre bedingt sowie eine zusätzliche 12-monatige klinische Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitel in einer SIWF-anerkannten Institution der Kategorie A.

Der Bund soll Massnahmen wie den Numerus Clausus oder eine Zulassungssteuerung einführen, um die Zahl der selbstständigen Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis zu reglementieren.

Es soll ein Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen eingerichtet werden, in dem die SGPP und die SGKJPP vertreten sind.

Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Psychoanalytisches Seminar Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : PSZ

Adresse : Quellenstrasse 27

Kontaktperson : Norbert Wolff (Mitglied der Seminarleitung), Renata Maggi (Sekretariat)

Telefon : 044 271 73 97

E-Mail : seminarleitung@psychoanalyse-zuerich.ch

Datum : 12.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17. Okt. 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PSZ	<p>Das PSZ bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.</p> <p>Grundsätzlich begrüssen wir es, dass das heutige Modell der delegierten Psychotherapie, in der psychologische Psychotherapeut*innen ihre Leistungen als Angestellte in einer Arztpraxis unter Aufsicht und in der Verantwortung der delegierenden Psychiater*in erbringen, abgeschafft werden soll – dieser Schritt war längst überfällig. Das Delegationsverhältnis war immer nur als eine vorübergehende Lösung gedacht und ist nicht angemessen, angesichts der hohen Anforderungen an die Qualifikation für eine psychotherapeutische Tätigkeit wie sie im PsyG geregelt sind und durch die akkreditierten Weiterbildungsinstitute gewährleistet wird. Das Delegationsverhältnis ist für die psychologischen Psychotherapeut*innen diskriminierend und erschwert den Patient*innen den Zugang zur Psychotherapie, da Praxen die vielen Anfragen nicht bewältigen können und teilweise lange Wartezeiten bestehen.</p> <p>Das BAG möchte den Zugang der Bevölkerung zur Psychotherapie erleichtern. Ziel ist eine bessere Versorgung der Patient*innen und eine Verbesserung der Berufsbedingungen der Psychotherapeut*innen. Diese Absichten begrüssen wir ausdrücklich. Unserer Einschätzung nach kann beides nur durch eine einmalige ärztliche Anordnung an eine Psychotherapeut*in im Sinne einer Zuweisung erreicht werden. Psycholog*innen mit einem Weiterbildungstitel in Psychotherapie sollen ihre Leistungen selbständig und in eigener Verantwortung erbringen und diese direkt mit der Grundversicherung abrechnen können. Der Zugang der Patient*innen zur psychotherapeutischen Versorgung soll damit erleichtert und verbessert werden.</p> <p>Der vorliegende Entwurf zum Anordnungsmodell im Vernehmlassungsverfahren beinhaltet verschiedene Aspekte, die im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an eine psychologische Psychotherapeut*in stehen. So werden die psychologischen Psychotherapeut*innen im Entwurf zum Anordnungsmodell in ihren Kompetenzen eingeschränkt, eine psychotherapeutische Behandlung selbständig zu planen, die Indikationsstellung zur Fortführung einer solchen Behandlung in eigener Verantwortung fortwährend zu überprüfen sowie die Anforderung zu erfüllen, eine Behandlung auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen. Insgesamt handelt es sich beim Entwurf zum Anordnungsmodell also nicht um eine Verbesserung der Berufsbedingungen für die Psychotherapeut*innen, wie es eigentlich beabsichtigt wäre. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage, ob damit die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung gewährleistet und somit die Versorgung der Patient*innen verbessert werden kann, was ebenfalls ein erklärtes Ziel des vorliegenden Entwurfes sein soll. Aus diesen Gründen plädieren wir für nachfolgende Änderungen des Verordnungsentwurfs.</p>

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

PSZ	<p>Ein wichtiger Punkt, den wir hier grundsätzlich anmerken wollen, betrifft die Situation der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung, die im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt wird.</p> <p>Wir fordern, dass für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung weiterhin die Möglichkeit besteht, in Ambulatorien oder sozialpsychiatrischen Diensten ambulant tätig zu sein. Eine entsprechende Verrechnbarkeit der Leistungen muss sichergestellt werden.</p> <p>Grundsätzlich verlangen wir von den Kantonen die Sicherstellung von ausreichend zahlreichen und fair entlöhnten Ausbildungsplätzen für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (durch den Wegfall der Möglichkeit in einem Delegationsverhältnis psychotherapeutisch tätig zu sein, wird der Bedarf an psychologischen Stellen in den Institutionen und Ambulatorien stark ansteigen, da die Weiterzubildenden die gesamte Weiterbildungszeit in Institutionen verbleiben werden).</p>
PSZ	<p>Wir möchten festhalten, dass wir es bedauern, dass wir und alle anderen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitutionen sowie die EFPP Suisse bei der Liste der Vernehmlassungsadressaten nicht aufgeführt wurden und regen an, diese Institutionen explizit in den weiteren Prozess einzubeziehen.</p>

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

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSZ	50c	1	c	<p>Klinische Erfahrung: Eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer der genannten psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen ist für die Kompetenzerweiterung der psychologischen Psychotherapeuten sicher gewinnbringend. Der Grossteil der Psycholog*innen absolviert de facto bereits jetzt mindestens ein solches klinisches Jahr im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Psychotherapeut*in.</p> <p>Die Forderung, dass dieses klinische Jahr <u>nach</u> Abschluss der Weiterbildung zu erbringen ist, erachten wir als unvereinbar mit den Zielsetzungen des PsyG, die mit Abschluss der Weiterbildung eine Befähigung zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes beinhalten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst <u>nach</u> Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat.</p> <p>Wir fordern, dass die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung bereits <u>während</u> der Weiterbildung absolviert werden können. Dies auch, weil die tatsächliche Weiterbildungsdauer je nach Weiterbildungsang (in der Regel 4 bis 6 Jahre) erheblich sein kann (im Teilzeitmodell bis zu 10 Jahren). Unnötige Verlängerungen und die Benachteiligung von denjenigen, die ihre Weiterbildung in Teilzeit absolvieren (z.B. aufgrund von Kinderbetreuung) muss vermieden werden.</p>	<p><i>«Während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.»</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**

PSZ	Übergangs- bestimmung		<p>Übergangsbestimmung: Auch für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung soll eine Besitzstandswahrung gelten. Die Weiterbildung zur Psychotherapeutin ist ein langwieriger, zeit- und ressourcenintensiver Werdegang. Angehende Psychotherapeut*innen sind bereits während ihrer Weiterbildung hauptberuflich im Tätigkeitsfeld engagiert. Es ist sicherzustellen, dass die individuelle Karriereplanung nicht durch eine neue Gesetzgebung gefährdet ist (z.B. durch die vorgeschlagenen ergänzenden Zulassungsbedingung, die mit einer Aufgabe der privaten Praxis (im Delegationsverhältnis) und einer Rückkehr ins stationäre Setting verbunden wäre).</p> <p>Zudem muss eine Besitzstandswahrung gelten für Personen, die bisher nur im Angestelltenverhältnis psychotherapeutisch tätig waren. Wer schon jahrelang psychotherapeutisch gearbeitet hat, soll dies auch weiter tun können!</p>	<p>Ergänzung der Übergangsbestimmungen wie folgt:</p> <p><i>«Personen, die beim Inkrafttreten der Änderungen vom (Datum) sich bereits in Weiterbildung zur Psychotherapeutin nach PsyG befinden, werden nach Abschluss der Weiterbildung zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.»</i></p>
-----	--------------------------	--	---	--

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSZ	2	1	b	<p>Diagnostik: Das PSZ lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab, solange die Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik sich nicht in einem Pilotprojekt bewährt hat.</p> <p>Sollten validierte diagnostische Instrumente nach Abschluss des Pilotprojekts zur Anwendung kommen, dann müssen diese zwingend an das jeweilige empirisch anerkannte Therapieverfahren angepasst sein.</p> <p>Erläuterungen dazu: Diagnostik, Therapie und Effekt befinden sich auf gleicher Ebene: eine psychodynamische Therapie z.B. erfordert eine psychodynamische Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik als auch eine psychodynamisch fundierte Erfassung der Therapieeffekte (PTO-Kongruenz¹). Eine rein deskriptive Diagnose, die sich auf Symptome und beobachtbares Verhalten konzentriert, wie die psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V und die Methode der genetischen Diagnostik erfassen nicht alle relevanten Informationen für Diagnostik, Behandlung und Prognose. Daher müssen zur sachgerechten Erfassung der Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik die Instrumente um andere Dimensionen ergänzt werden.</p>	<p>Das PSZ lehnt zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vernehmlassungsentwurf beschrieben wird ab.</p> <p>Bei Anwendung: <i>«Sie umfasst eine Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik, sowie eine Erfassung der Therapieeffekte mit validierten Instrumenten in Kombination von Fremd- und Selbsteinschätzung, die sich an den jeweiligen empirisch anerkannten Therapiemethoden (psychoanalytisch, systemisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch) orientieren.»</i></p>

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

				<p>Zudem ist auf eine Selbst- und Fremdeinschätzung zu achten um einer grobe Fehleinschätzung vorzubeugen.</p> <p>Für die psychodynamischen Verfahren ist dabei die Erfassung von intrapsychischen Konflikten und strukturellen Charaktermerkmalen resp. Einschränkungen² internationaler Standard. D.h. neben den Symptomveränderungen muss die Diagnostik insbesondere strukturelle Veränderungen mit berücksichtigen. Strukturdiagnostik hat eine grosse Relevanz für die Behandlungsplanung (Setting, Ziele, Interventionen, etc.) damit Patienten nicht unter- oder überfordert werden.</p> <p>Mittlerweile gibt es verlässliche und valide psychoanalytische Instrumente zur Strukturdiagnostik, die sich international etabliert haben: das Manual der OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und die erprobte Heidelberger Umstrukturierungsskala HSCS. Beide Verfahren sind zentral in der Schweiz mitentwickelt und erprobt worden. Die OPD-2 ist heute wichtiger Bestandteil des Weiterbildungsprogramms der FMH. Sie wird in psychiatrischen Kliniken, psychiatrischen Ambulatorien und psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen eingesetzt³ und findet eine breite Verwendung. Sie ist zudem in der aktuellen Psychotherapieforschung⁴ und Qualitätssicherung zentral. Mit der Qualitätssicherung für psychodynamische Psychotherapie (QPP)⁵ gibt es zudem ein praktikables und massgeschneidertes Instrumentarium für ambulante Psychotherapie.</p> <p>Heutiger wissenschaftlicher Konsens in der Psychotherapieforschung ist, dass es keine validierte, einheitliche Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt,</p>	
--	--	--	--	---	--

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

				<p>vor allem keine, die zur Steuerung des Therapieprozesses oder der Therapiedauer geeignet wären, aber es existieren Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Der Begriff der «Erfolgsdiagnostik» ist durch den Begriff der «Erfassung von Therapieeffekten» zu ersetzen.</p> <p>Die Einschätzung eines Therapieeffekts in Bezug auf eine psychotherapeutische Behandlung ist nach obigen Ausführungen abhängig von der Validität der unterschiedlichen Messinstrumente, dem jeweiligen angewendeten Therapieverfahren und der individuellen psychotherapeutischen Beziehung. Wirksamkeit kann somit nur am individuellen Verlauf einer Behandlung, d.h. einzelfallbezogen mit Hilfe der Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik und einer Therapieeffekterfassung unter Berücksichtigung der Informationen von Patient und Therapeut beurteilt werden. Es geht um eine praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen.</p>	
PSZ	3			<p>Anzahl der Sitzungen: Es soll an der bisher bewährten Sitzungszahl von 40 Stunden festgehalten werden, die sich in den letzten 12 Jahren sowohl in der Praxis bewährt hat als auch durch die wissenschaftliche Forschung bestätigt wird.⁶</p> <p>Erläuterungen: Dem Verordnungsentwurf liegt mit Bezug auf die BASS Strukturerhebung (2012) die Annahme zugrunde, dass sich die durchschnittliche Anzahl Therapiesitzungen pro Psychotherapie auf 29 Therapiesitzungen beläuft. In der BASS Studie wird die</p>	<p><i>«Die Versicherung übernimmt die Kosten für 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu 90 Minuten bei Einzelsitzungen, 105 Min. für Paar-, Familien- und Gruppentherapie. Artikel 3b bleibt vorbehalten.»</i></p>

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

			<p>Abbruchquote am Anfang der Therapien nicht adäquat berücksichtigt, was zu einer Verzerrung der Durchschnittswerte führt. Die zugrundeliegenden wissenschaftlichen Befunde sind umstritten. Andere Studien zeigen, dass ein beträchtlicher Teil der Psychotherapien mehr als 40 Sitzungen benötigt.⁷</p> <p>Bei vielen Patient*innen muss entsprechend ein Gesuch um eine oder mehrere Verlängerungen der Kostengutsprachen gestellt werden. Eine Verlängerung der Psychotherapie ist in vielen Fällen sowohl zweckmässig und nachhaltig als auch wirtschaftlich. So zeigt die Psychotherapieforschung nicht nur, dass in Langzeitpsychotherapien Symptome erfolgreich behandelt werden, sondern auch, dass im Vergleich zu kürzeren Therapieverläufen insbesondere strukturelle Veränderungen in der Psyche der Patient*innen erzielt werden, welche eine erneute Erkrankung mit den gleichen oder anderen psychischen oder somatischen Symptomen verhindert.⁸</p> <p>Sitzungsdauer: Die Beschränkung der Sitzungsdauer insbesondere bei Einzelsitzungen ist unsachgemäss und steht in klarem Widerspruch zu den Anforderungen des PsyG (Art. 5, Abs. 2, Buchstaben c und f), welches «interdisziplinäre Zusammenarbeit» und «Einbezug von Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens» verlangt.</p> <p>Erläuterungen: In der Behandlung von strukturschwachen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen), chronisch kranken und schwer beeinträchtigten (traumatisierten) Patient*innen sowie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, wo der Vernetzung mit</p>	
--	--	--	--	--

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

				<p>Zuweisenden und anderen Fachpersonen aus dem Helfernetz oder Gesprächen mit Angehörigen oder Arbeitgebern eine grosse Bedeutung zukommt, ist eine solche Einschränkung unrealistisch, nicht durchsetzbar und therapeutisch kontraindiziert.</p> <p>Um den oben genannten Patientengruppen gerecht werden zu können, müssen die bisherigen zeitlichen Rahmenbedingungen beibehalten werden.</p>	
PSZ	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugnis: Im Sinne der Besitzstandwahrung müssen auch Ärzt*innen, die keinen der genannten Facharztstitel besitzen, aber einen bestehenden Fähigkeitsausweis zur Delegation nachweisen, zur Anordnung zugelassen werden.</p>	
PSZ	11b	2, 4		<p>Erneuerung der Anordnung nach 15 Sitzungen: Die Erneuerung der ärztlichen Anordnung nach 15 Sitzungen ist sowohl aus therapeutischer als auch fachlicher Perspektive nicht zielführend, nicht praktikabel und kontraproduktiv.</p> <p>Erläuterungen: Ein stabiles Behandlungssetting ist für den Therapieprozess unerlässlich. Die Unsicherheit, ob die Therapie nach 15 Sitzungen weiter finanziert wird, erschwert oder verhindert, dass sich Patient*innen ausreichend auf die Therapie einlassen können, womit die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Therapie stark reduziert wird und damit auch die erhoffte Kostensenkung in Frage steht.</p>	

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

				<p>Zudem zeigen die allermeisten verfügbaren Studien, dass 15 Stunden Psychotherapie als Krisenintervention durchaus gute Wirkung zeigen können, dass leider aber mit 15 Stunden Psychotherapie keine nachhaltige Veränderung psychischer Störungen erzielt werden kann.⁹</p> <p>Die Beurteilung der Indikation für eine Psychotherapie (erste Anordnung) ist eine Sache, die Beurteilung der Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie (Verlängerung) eine andere. Dazu werden fundierte psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen benötigt, wie sie Psychotherapeut*innen dank ihrer fundierten Weiterbildung und klinischen Erfahrung besitzen. Mit Ausnahme der Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sind Ärzt*innen i.d.R. dafür nicht entsprechend qualifiziert. Es ist daher mit Fehleinschätzungen zu rechnen; dies in Kombination mit dem administrativem Aufwand für die Ärzteschaft, bei ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen.</p> <p>Psychotherapeut*innen sind gemäss PsyG in der Lage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>«die Problemlagen und die psychische Verfassung ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen und adäquate Massnahmen anzuwenden oder zu empfehlen»</i> • <i>«mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen.»</i> <p>Es ist daher nicht einzusehen, weshalb für die Fortführung der Therapie die Anordnung durch eine Kontrollinstanz benötigt wird, zumal die Zweckmässigkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Massnahme äusserst fraglich ist.</p>	
--	--	--	--	---	--

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

				<p>Wenn die Art der psychischen Störung der Patient*in eine Zusammenarbeit mit einer Psychiater*in erforderlich macht (z.B. wegen einer notwendigen zusätzlichen medikamentösen Behandlung), ist die/der psychologische Psychotherapeut*in in der Lage, dies zu erkennen und selbständig in die Wege zu leiten.</p> <p>Wir plädieren daher für eine einmalige ärztlich Anordnung (Zuweisung) zur Einleitung der Therapie. Die Beurteilung der Notwendigkeit bzw. die Indikationsstellung einer Fortführung der Therapie soll im alleinigen Ermessen der/des behandelnden Psychotherapeut*in liegen. Sie können die notwendige Behandlungsdauer am besten einschätzen.¹⁰ Dementsprechend soll auch der Bericht an den Vertrauensarzt der Krankenkasse durch die/den behandelnde/n Psychotherapeutin / Psychotherapeuten erfolgen.</p>	<p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p><i>Vor Ablauf von 40 Stunden Psychotherapie erstattet der/die behandelnde Psychotherapeutin / Psychotherapeut dem/der Vertrauensarzt/in der Krankenkasse Bericht, wenn eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie besteht.</i></p>
PSZ	11b	3,5		Siehe Ausführungen zu Art. 3.	
PSZ	II			<p>Übergangsbestimmung:</p> <p>Um die Weiterführung der Therapie ohne unnötige Unterbrüche zu gewährleisten und um den organisatorischen Anpassungen während der Berufsausübung Rechnung zu tragen, ist eine Übergangsfrist von mindestens 36 Monaten nötig (Anpassung bzw. Erwerb von EDV-Systemen; Kündigung bzw. Neuregelung der Mietverhältnisse der Räumlichkeiten; administrative, buchhalterische und treuhänderische Abläufe).</p>	<p><i>«Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 36 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum). Für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befindenden (gemäss PsyG 935.81 vom 18. März 2011, Art. 6, Abs. 1 und 2) und in Delegationsverhältnis</i></p>

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

				<p>Im Fall der in psychotherapeutischer Weiterbildung stehenden Psycholog*innen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Verordnung bereits im Delegationsmodell tätig sind, ist eine zusätzliche Verlängerung dieser Übergangsfrist bis zum Abschluss ihrer Weiterbildung notwendig - auch im Sinne der Besitzstandswahrung.</p>	<p><i>arbeitenden Psycholog*innen, übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 5 Jahre.»</i></p>
--	--	--	--	---	---

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

¹ PTO-Kongruenz , P „clinical problem“, T „process of therapeutic change“, O „clinical outcome“ (Strupp, Schacht & Henry (1988).

PTO-Studien: Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (Rudolf, Grande, Oberbracht, Jakobsen et al.; FIPP (Küchenhoff et al. Basel); Jungianer Studie (Mattanza et al. Zürich); QPP Qualitätssicherung für ambulante Praxen (Rudolf, Jakobsen, Horn); PAL-Studie.

² „Psychologische Gesundheit ist nicht bloss die Abwesenheit von Symptomen; sie ist das positive Vorhandensein innerer Fähigkeiten und Ressourcen, das Menschen ermöglicht, mit einem stärkeren Gefühl der Freiheit und der Möglichkeiten zu leben. Symptomorientierte Ergebnismasse, die üblicherweise in Outcome-Studien benutzt werden (z.B. des Beck-Depressionsinventar Beck et al 1961 (...)) versuchen nicht, solche innere Fähigkeiten zu bewerten (Blatt u. Auerbach 200; Kazdin 2008).

(...) Daher unterstützt diese wichtigste Förderungsinstitution (National Institut für Mental Health NIMH) seit einigen Jahren keine ausschließlichen Ergebnisstudien mehr, sondern nur solche, die Erkenntnisse zu den zugrundeliegenden Veränderungsmechanismen versprechen. (Kaufhold et al. (2019) Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie. Psyche – Z Psychoanal 73 ,106-133.)

Zudem mehren sich die Hinweise, dass eine nachhaltige gesundheitliche Besserung auf der Veränderung von Konflikt und Strukturmerkmalen basiert.

³ Arbeitskreis OPD-2 (2015) OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung. Hogrefe Verlag.

Arbeitskreis OPD (2014) OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe Verlag.

Arbeitskreis OPD Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD (Hrsg.). OPD-2 Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik Manual. Bern, Huber 2013

⁴ J.C. Ehrenthal (2014) Strukturdiagnostik. Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. Journal Psychodynamische Psychotherapie PDP, Vol. 13, 103-114.

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

Vernehmlassungsverfahren

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

Erfahrungen mit der Qualitätssicherung für psychodynamische Psychotherapien (QPP)

Grundsätzliches:

Das Qualitätssicherungsprojekt QPP für ambulante psychoanalytische und tiefenpsychologische Psychotherapien beinhaltet eine fragebogensgestützte Evaluation der Therapieergebnisse aus Patienten- und Therapeutenperspektive. Dies stellt eine ergänzende Bemühung zur Qualitätssicherung /-management dar und soll es ermöglichen, unter Praxisbedingungen eine verfahrensspezifische Form der Qualitätssicherung durchzuführen. **Durchgeführt wurde sie von 2001 bis ca. 2010 auf freiwilliger Basis in Deutschland und der Schweiz von 71 psychodynamischen Praxen die für die Kosten selbst aufkamen. Es wurden ca. 340 Patienten mit diesem System erfasst und die Daten an die Therapeuten zurückgemeldet.**

Ziel war es, dem Therapeuten durch systematische einzelfallbezogene Rückmeldungen Informationen zur Verfügung zu stellen, die ihm zusammen mit ihren detaillierten Kenntnissen aus der Behandlung eine Verlaufsbewertung ermöglichen, so dass z.B. langfristig „gute“ und „problematische“ Verläufe identifiziert werden können. Zugrunde liegt die Vorstellung, dass eine angemessene Qualitätssicherung sinnvoll nur mit dem Wissen des Therapeuten über den individuellen Prozess möglich ist.

Vorgehen:

QPP stütze sich auf Erfahrungen und Materialien der Berliner Psychotherapiestudie, der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) und Erfahrungen mit der einzelfallbezogenen Rückmeldung auf der Station der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg. Verwendet wurden die Begrifflichkeiten der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD).

Durchgeführt wurden Erhebungen zu Beginn und zum Ende der Therapie, zusätzlich sind Verlaufseinschätzungen sinnvoll: 6 Monate oder 1 Jahr nach der Therapie war eine katamnestiche Erhebung auf Patientenseite empfohlen.

Zusätzlich würde man heute die neuen Patientenfragebögen der OPD (Struktur und Konflikt) einsetzen. Die OPD-2 für den Therapeuten ist bereits enthalten.

Beginn	Therapieverlauf	Ende	Katamnese
Bogen vom Th. → Pat.	Bogen vom Th. → Pat.	Bogen vom Th. → Pat.	Bogen per Post vom Th. → Pat.
Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen p. Post Pat. → Th. → Zentrum
→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.

Ziele:

- ♦ Praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter Psychotherapien
- ♦ Validierung der Ergebniseinschätzung durch die Verknüpfung von Patienten- und Therapeutenperspektive
- ♦ Zertifizierung von Praxen, die an der Qualitätssicherung teilnehmen

- ♦ Keine direkte Einflussnahme auf den aktuellen therapeutischen Prozess
- ♦ Kein undifferenzierter Vergleich verschiedener Praxen miteinander

Achtung: Eine qualitätssichernde Begleitung des therapeutischen Prozesses mit dem Ziel, auf problematische Indikationen oder akute krisenhafte Entwicklungen zeitnah hinzuweisen, ist nicht intendiert und nicht möglich.

Vorteile des vorgeschlagenen Vorgehens:

- ♦ Die qualifizierte Beurteilung des Therapieverlaufs obliegt dem Therapeuten.
- ♦ Die so eingesetzten Instrumente sind gegenstandsangemessen.
- ♦ Vergleiche von Patienten- und Therapeuteneinschätzungen zu Therapiebeginn und -ende (Therapieergebnis) sind möglich.
- ♦ Katamnestiche Erhebungen der Patienteneinschätzungen sind leicht realisierbar.
- ♦ Eine Gesamtübersicht über die Praxis ist bei längerer Beteiligung möglich.
- ♦ Geringe Beeinflussung des aktuellen Therapieprozesses und Minimierung des Aufwandes durch ein zentrales Auswertungszentrum.
- ♦ Übersichtliche zeitnahe Rückmeldungen zu den einzelnen Behandlungen für die Therapeuten in schriftlicher Form.
- ♦ Praktisch und realisierbar in einer ambulanten Praxis.

Kritische Punkte:

- ♦ QPP macht Arbeit. Pro Pat. für den Th. ca. 3 h verteilt auf die gesamte Therapie.
- ♦ Die Durchführung kostet Geld (Lizenzgebühren, Porto, Auswertung etc.)
- ♦ Um Selektionseffekte zu vermeiden, sollten alle behandelten Patienten eines Therapeuten teilnehmen.
- ♦ Patienten, mit denen nur probatorische Sitzungen stattfinden nehmen nicht teil.
- ♦ Die Erfassung der Therapieabbrüche und deren Gründe ist wichtig, da diese in der Logik der Qualitätssicherung einen „unentdeckten Schatz“ darstellen.

© 2019 Dipl. Psych. Th. Jakobsen & Prof. Dr. G. Rudolf (Basel/Heidelberg)

⁶ P. Tossman et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015; Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

⁷ M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015.

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

⁸ M. Leuzinger-Bohleber et. al (2019). Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung* Ergebnisse der LAC-Studie in Psyche – Z Psychoanal 73, 2019, 77–105; M. Leuzinger-Bohleber et. al (2003; 84: 263-290) How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study¹ von in Int J. Psychoanal; J. Kaufhold et al (2019 106-133). Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie*. In Psyche - Z Psychoanal 73 (02), 2019.

⁹ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015. 247-250; M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015; Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

¹⁰ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015. 247-250; M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015

Frau Dr. med.
Barbara Schillig
Gemeinschaftspraxis integra
Sagastägstrasse 1A
7220 Schiers

Schiers, 30.09.19

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Hausärztin in einem Kanton, in welchem ein Mangel an PsychotherapeutInnen besteht, lehne ich den Änderungsvorschlag ab. Falls dies umgesetzt wird, riskiert der Bundesrat eine qualitative Verschlechterung und Rationierung der psychotherapeutischen Versorgung unserer Bevölkerung.

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.

Damit bin ich nicht einverstanden und ersuche Sie deshalb das Delegationsmodell parallel zum Anordnungsmodell beizubehalten. Dies ist rechtlich ohne Probleme möglich.

Eine Minimalvariante wäre die Besitzstandswahrung zu bewilligen. Ein solcher Besitzstand wäre mit dem Erhalt des Delegationsmodelles nicht nötig und die Abschaffung des Delegationsmodells ist nach wie vor nicht zwingend.

Freundliche Grüsse



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 (SMCH) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

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

Diese drei Massnahmen beinhalten:

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

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

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

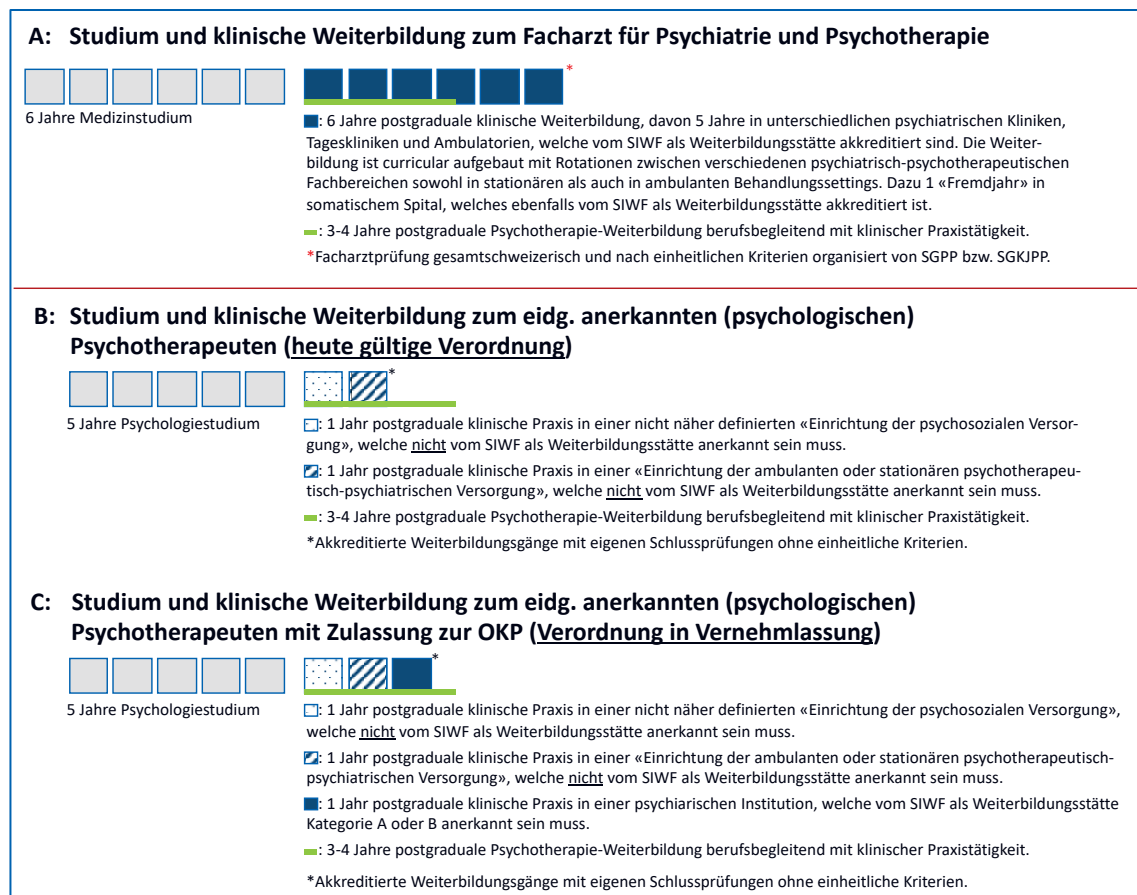


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre).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

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

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

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

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

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

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

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

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

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

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

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

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

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

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

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

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

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

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

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

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

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

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

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

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

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

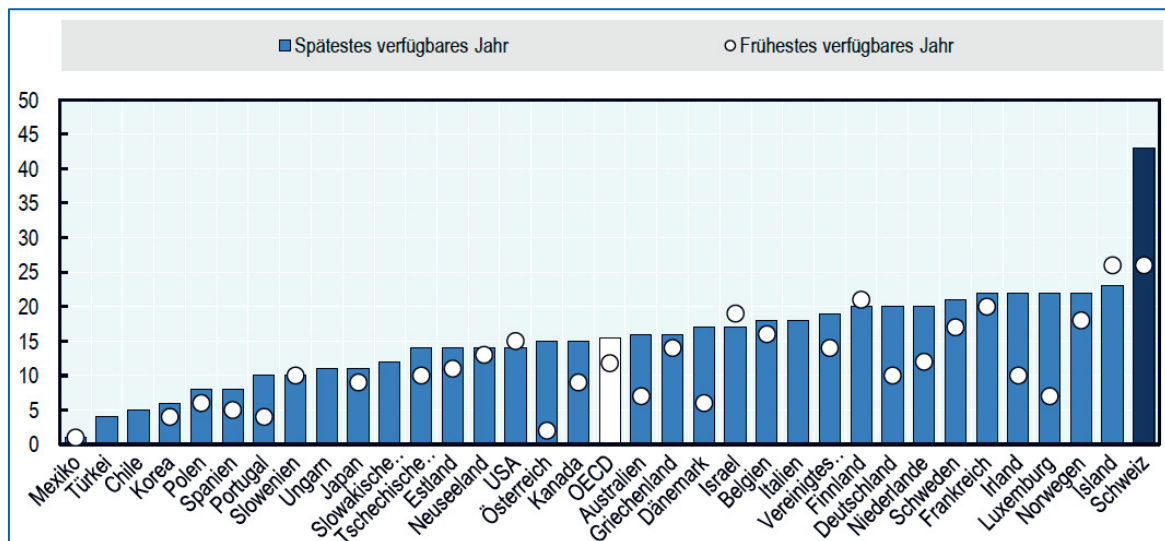


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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

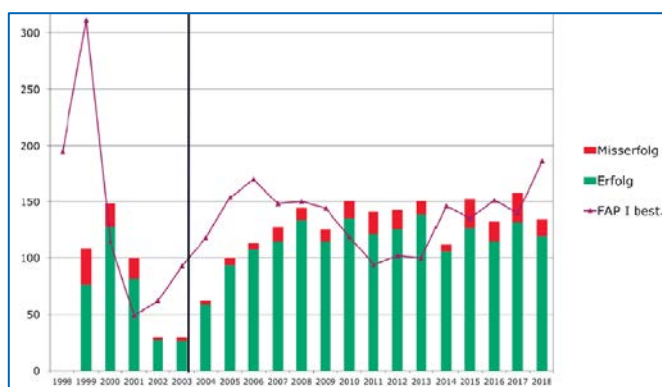


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

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

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

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

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

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

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

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

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

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

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

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

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

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

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

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

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

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

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

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

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

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

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

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

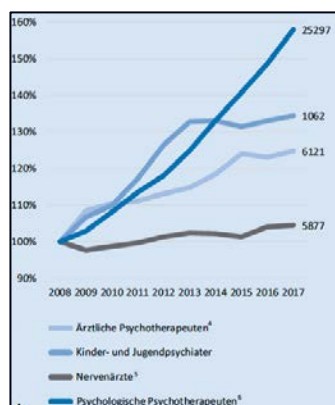


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte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

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

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

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

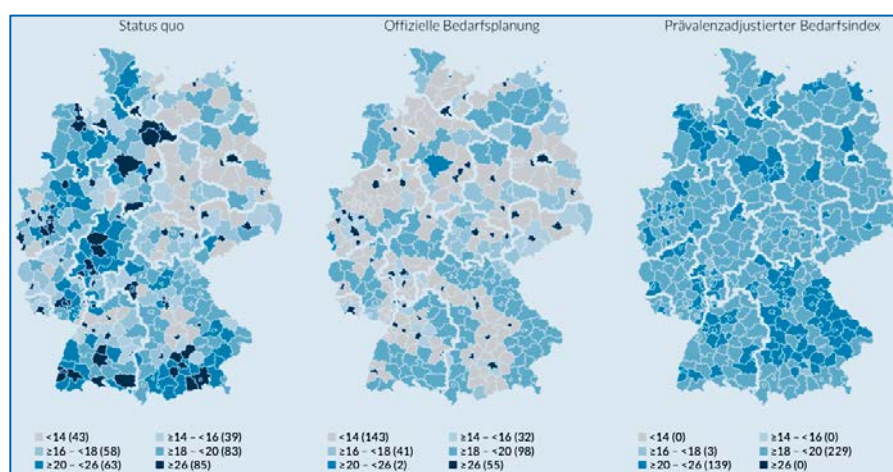


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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

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

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

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

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

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

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

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

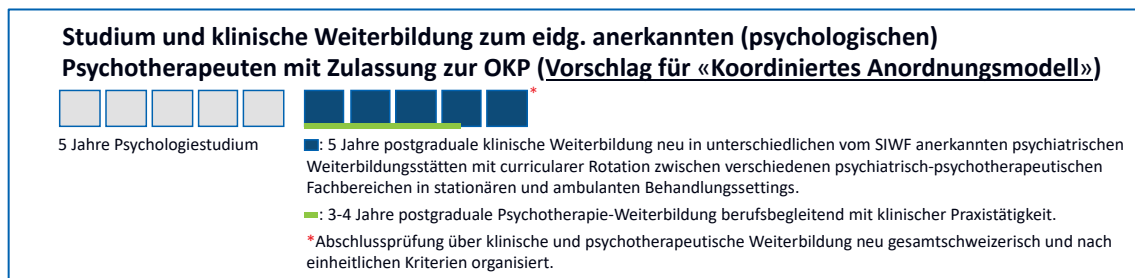


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

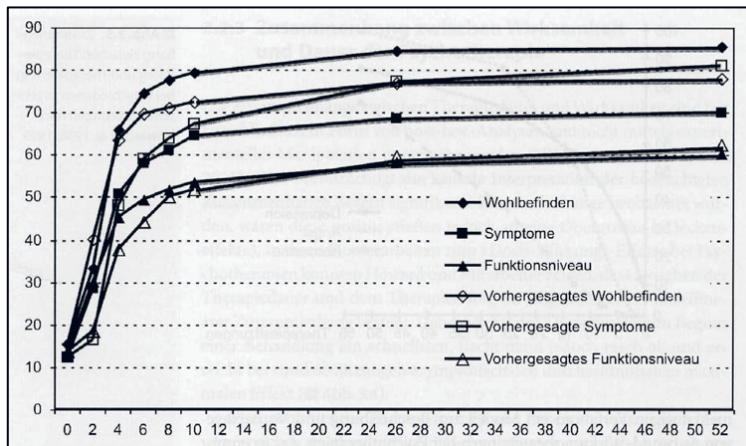


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

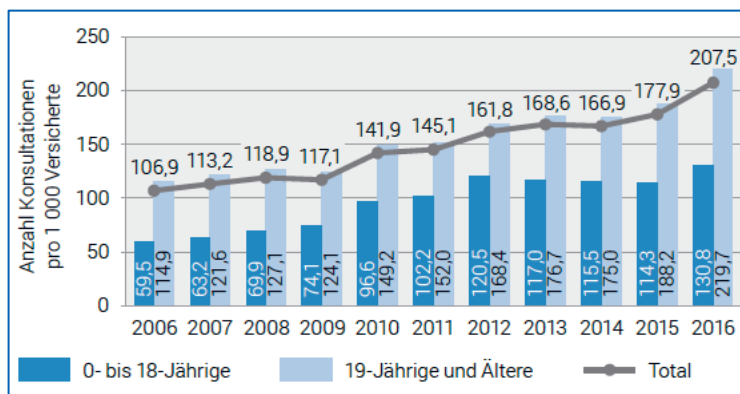


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Dr. med. Hans-Ulrich Baur
Gländstrasse 6
CH-4803 Vordemwald

Vordemwald, den 13. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine *«Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»* auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien *«zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen»* notwendig, welche *«in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone»* lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 *«Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)»* in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: ***«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie»***.

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche 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 Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr

Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die

psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in

Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~**g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.**~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und

c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine **SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte** ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu

bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in

Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie 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 vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Hervorzuheben ist auch die überragende Bedeutung der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (IPPB) der PsychiaterInnen, die unverzichtbar ist, jedoch durch eine Änderung direkt gefährdet ist.

Es ist ärztliche Kompetenz und «ärztliche Kunst» notwendig, um die zahlreichen somatischen Symptome («Magen-Darm-Beschwerden», Kreislaufprobleme, Schlafstörungen, Schmerzen, vegetative Reaktionen (Blutdruckanstieg, Herzrasen, Schweissausbrüche, Zittern, roter Kopf), Kopfschmerzen etc.) richtig beurteilen, diagnostizieren und behandeln zu können (Nebenwirkungen von Medikamenten?, körperliche Probleme?, psychosomatische Erkrankung?). Selbstverständlich sollen auch Zustandsänderungen (z.B. Verbesserungen) stets kompetent in beiden Bereichen («Körpermedizin und Psychologie») beurteilt werden, um die richtigen Konsequenzen im Sinne der Genesung abzuleiten, wozu Psychiater ein volles Medizinstudium absolviert und ausreichend lange klinisch in diversen Fächern tätig waren (im Gegensatz zu den Psychologen, die über kein Medizinstudium verfügen und entsprechende klinische Erfahrung folglich nicht besitzen können).

Die IPPB ist daher bei allen psychiatrischen Krankheitsbildern zweckmässig und wirtschaftlich, längst nicht nur bei schweren, sondern selbstverständlich genauso bei leichteren Störungen (die beispielsweise chronisch werden können, falls inadäquat behandelt). Durch die denkbaren Änderungen würde diese übergeordnete und gesamtheitliche Behandlung ohne Not - zum Nachteil der Patienten - wegfallen, die jeder Psychiater leisten kann. Auch die Hausärzte verfügen hier für gewöhnlich nicht über die gleiche Ausbildung.

Eine "reine ärztliche Psychotherapie" ist praktisch nicht vorstellbar bei einem Psychiater, schliesslich werden sinnvollerweise immer auch somatische Interaktionen in die Überlegungen miteinbezogen, verlaufsbeobachtet und sind wesentlich für den Behandlungserfolg. Von daher gibt im Praxisalltag keine reine «ärztliche Psychotherapie».

Der Forderung der FSP, dass die psychologische Psychotherapie der ärztlichen Psychotherapie entspreche, ist damit grundlegend falsch.

Die ärztliche psychiatrische Psychotherapie ist integriert in eine gesamtheitliche psychiatrische Behandlung (IPPB), die selbstverständlich eine «komplette medizinisch-ärztliche Ausbildung» beinhaltet. Die IPPB muss erhalten und last but not least durch einen eigenen Tarifpunkt gesichert werden.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen


Dr. med. Hans-Ulrich Baur

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Hans-Ulrich Baur

Adresse : Gländstrasse 6, CH-4803 Vordemwald

Telefon : +41 (62) 752 02 82

E-Mail : aighub@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 **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Weitere Vorschläge	24

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Hans-Ulrich Baur	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt. <p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigrschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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)
	Art.46		g	<p>III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995</p> <p>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.</p>	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</p>
				<p>Ich lehne 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 meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	Art.50	Abs.1	c	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).</p> <p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in</p>	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den 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 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	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 ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	

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
Hans-Ulrich Baur	2,3,11	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW- Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den 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> <p>Hervorzuheben ist auch die überragende Bedeutung der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (IPPB) der PsychiaterInnen, die unverzichtbar ist, jedoch durch eine Änderung direkt gefährdet ist.</p> <p>Es ist ärztliche Kompetenz und «ärztliche Kunst» notwendig, um die zahlreichen somatischen Symptome («Magen-Darm-Beschwerden», Kreislaufprobleme, Schlafstörungen, Schmerzen, vegetative Reaktionen (Blutdruckanstieg, Herzrasen, Schweissausbrüche, Zittern, roter Kopf), Kopfschmerzen etc.) richtig beurteilen, diagnostizieren und behandeln zu können (Nebenwirkungen von Medikamenten?, körperliche Probleme?, psychosomatische Erkrankung?). Selbstverständlich sollen auch Zustandsänderungen (z.B. Verbesserungen) stets kompetent in beiden Bereichen («Körpermedizin und Psychologie») beurteilt werden, um die richtigen Konsequenzen im Sinne der Genesung abzuleiten, wozu Psychiater ein volles Medizinstudium absolviert und ausreichend lange klinisch in diversen Fächern tätig waren (im Gegensatz zu den Psychologen, die über kein Medizinstudium verfügen und entsprechende klinische Erfahrung folglich nicht besitzen können).</p> <p>Die IPPB ist daher bei allen psychiatrischen Krankheitsbildern zweckmässig und wirtschaftlich, längst nicht nur bei schweren, sondern</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>selbstverständlich genauso bei leichteren Störungen (die beispielsweise chronisch werden können, falls inadäquat behandelt). Durch die denkbaren Änderungen würde diese übergeordnete und gesamtheitliche Behandlung ohne Not - zum Nachteil der Patienten - wegfallen, die jeder Psychiater leisten kann. Auch die Hausärzte verfügen hier für gewöhnlich nicht über die gleiche Ausbildung. Eine "reine ärztliche Psychotherapie" ist praktisch nicht vorstellbar bei einem Psychiater, schliesslich werden sinnvollerweise immer auch somatische Interaktionen in die Überlegungen miteinbezogen, verlaufsbeobachtet und sind wesentlich für den Behandlungserfolg. Von daher gibt im Praxisalltag keine reine «ärztliche Psychotherapie».</p> <p>Der Forderung der FSP, dass die psychologische Psychotherapie der ärztlichen Psychotherapie entspreche, ist damit grundlegend falsch. Die ärztliche psychiatrische Psychotherapie ist integriert in eine gesamtheitliche psychiatrische Behandlung (IPPB), die selbstverständlich eine «komplette medizinisch-ärztliche Ausbildung» beinhaltet. Die IPPB muss erhalten und last but not least durch einen eigenen Tarifpunkt gesichert 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
		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : BIF Beratungsstelle für Frauen gegen Gewalt in Ehe und Partnerschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : BIF

Adresse : Postfach, 8036 Zürich

Kontaktperson : Justyna Gospodinov

Telefon : 044 278 99 97

E-Mail : info@bif.ch

Datum : 03.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
BIF	<p>BIF 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. BIF 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 BIF der Stellungnahme der FSP entspricht.</p>
BIF	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche der BIF klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BIF 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 BIF 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.
BIF	<p>Inhalte der Vorlage, welche die BIF ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BIF 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 BIF lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die BIF 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 BIF lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die BIF verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die BIF 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 BIF 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.
BIF	<p>Ergänzungen, welche die BIF 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 BIF 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 BIF braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die BIF 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 BIF eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die BIF 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**

BIF	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)
BIF	45-50a			Keine Bemerkungen	
BIF	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>	
BIF	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.	
BIF	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 BIF unbestritten. Die BIF 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 BIF 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 BIF begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die BIF 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 BIF 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 BIF ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
BIF	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die BIF 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.	
BIF	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die BIF ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die BIF 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 BIF 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>
BIF	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**

BIF	(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>
BIF	Übergangsbest.	1 & 2		<p>Die BIF 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

BIF	Übergangsbest.	3		Die BIF 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)
BIF	2	1	a	Keine Bemerkungen	
BIF	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die BIF 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 BIF 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.	
BIF	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die BIF 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. 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.	
BIF	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 [...]
BIF	11b	1		Keine Bemerkungen	
BIF	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Die BIF 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 BIF 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>	
BIF	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 BIF 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.	
BIF	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>
BIF	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>
BIF	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**

BIF	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.
BIF	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 : med. pract. Björn Fiedler, Psychiatrische Praxis am Sarasinpark

Abkürzung der Firma / Organisation : Prax Fied

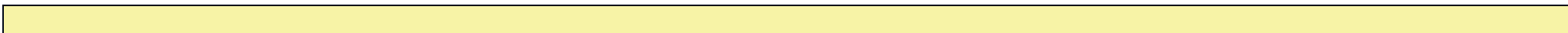
Adresse : Baselstr. 88, 4125 Riehen

Kontaktperson : med. pract. Björn Fiedler

Telefon : 061-5251866

E-Mail : praxis@praxis-fiedler.ch

Datum : 28.09.2019



**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
Error! Reference source not found.	med. pract. Björn Fiedler IN RIEHEN 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, die 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.	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 (Aufnahmewang 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><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>med. pract. Björn Fiedler unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></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>med. pract. Björn Fiedler 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>	
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: med. pract. Björn Fiedler 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><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 Sitzungs dauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></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: med. pract. Björn Fiedler 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 Praxis am Sarasinpark 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</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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?	
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 24 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 einer, 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.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 :

Abkürzung der Firma / Organisation : Psychiatriepraxis

Adresse : Theodorskirchplatz 7

Kontaktperson : Dr. med. K. Blaser

Telefon : 0616839851

E-Mail : praxis@blasernick.ch

Datum : 10.9.19

**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	
	Bemerkung/Anregung
	DIE ARZTPRAXIS 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> <p>Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen</p> <p>Vernehmlassungsverfahren</p>

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 der Kategorie A (Aufnahmewang 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 SIWF-anerkannte Institutionen der</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenezwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</p> <p>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</p> <p>Die Praxis 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 erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der</p>	STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>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
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>	STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>FORDERUNG: Die Praxis 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: <i>Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p>FORDERUNG: <i>Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p>	
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 Praxis 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?	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 24 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.	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Brigitta Bende, PhD + MSc Liverpool University, FRCPsych, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis Clara 7

Adresse : Clarastrasse 7, 4058 Basel

Kontaktperson : Dr. Brigitta Bende

Telefon : 061 554 30 48

E-Mail : bende.praxis@hin.ch

Datum : 10.9.2019

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
Error! Reference source not found.	DR BRIGITTA BENDE – DIE UNTERZEICHNERIN - 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, die 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.	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 (Aufnahmewang 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 Schwerkranken 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><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang 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 Dr. Bende, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Die Unterzeichnerin unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></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 Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die Unterzeichnerin 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>	
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>Psychiatrisch-psychotherapeutische Patienten leiden oft unter einer Vielzahl an Störungen und Symptomen, für die es nicht unbedingt geeignete aussagekräftige Test gibt, die einen Verlauf erfassen.</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.</p> <p>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. Zumal unklar ist, ob der/die anordnende Ärztin die Testresultate auswerten sollte, und dafür die Kompetenz hat, vor allem sollte es sich nicht um eine/n Facharzt/ärztin für Psychiatrie handeln.</p> <p>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</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>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> <p><i>FORDERUNG:</i> Die Unterzeichnerin 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</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>(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. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch</p>	<p>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>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 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 Unterzeichnerin 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</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**

		<i>Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i>	
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 formalen Antrag mitgeschickt wird?</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**

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 24 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.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Hauptstrasse 55, 4127 Birsfelden

Kontaktperson : Dr. med. Brigitta Senn

Telefon : 061 501 98 70

E-Mail : brigitta.senn@hin.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
Dr. med. Brigitta Senn	IN ÜBEREINSTIMMUNG MIT DER FACHGRUPPE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE BASELSTADT UND DER SGPP LEHNE ICH DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Dr. med. Brigitta Senn	<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>Forderung: Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, welche die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p>
Dr. med. Brigitta Senn	<p>Im Internet auf der Seite des BAG aufgeschalteten Text vom 26.06.2019 zur Vernehmlassung der Änderung des KLV werden die beiden folgenden Punkte hervorgehoben, zu denen ich gerne Stellung beziehen möchte.</p> <p>1. <u>Weniger Engpässe</u></p> <p>Es wird behauptet, dass durch das Anordnungsmodell „Versorgungsengpässe bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen in Krisen- und Notfallsituationen reduziert werden. Die Anordnung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt ermöglicht einen einfacheren und früheren Zugang zur Psychotherapie als die bisher erforderliche vorgängige Konsultation bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Langzeittherapien und Chronifizierungen können dadurch vermindert werden“.</p> <p>Stellungnahme:</p> <p>Eine Verbesserung der Versorgungssituation wird nur gewährleistet werden können, wenn die Leistungserbringer, im konkreten Fall also die anordnenden Ärzte ohne Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, sowie die psychotherapeutisch tätigen Psychologen überhaupt / besser als aktuell gefordert in der psychiatrischen Medizin geschult sind. So sind im aktuellen Vorschlag für Psychologen, oder auch für die somatisch tätigen Ärzte keine eindeutigen Veränderungen in der Ausbildung vorgesehen, obwohl mehr</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Kompetenzen erhalten. Dies wird zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung führen, da unzureichend fachlich qualifizierte Personen die Erstversorgung übernehmen werden und nicht mehr zwingend ein fachlich qualifizierter Psychiater eingebunden werden muss.</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diese Situation besteht vereinzelt heute schon, zum Beispiel wenn der Hausarzt eine Person krank schreibt und ein nicht delegiert arbeitender Psychologe die Behandlung macht. Gutachtern fällt z.B. deutlich auf, dass Pat. in solchen Behandlungskonstellationen länger krank geschrieben werden im Vergleich zu einer Krankschreibung durch einen Facharzt, eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, wobei auch der Heilungsverlauf protrahiert verläuft. – Es ist bekannt, dass v.a. ältere Pat. kurze Zeit vor einem Suizid den Hausarzt aufsuchen. Oft wird die Suizidalität dabei nicht erkannt. Die Integration von Wissen in den Bereichen Psyche und Sozialem und Somatischen ist daher z.B. in der Beurteilung von Suizidalität von herausragender Bedeutung, insbesondere da sich nicht nur eindeutig psychisch kranke Menschen das Leben nehmen, sondern auch solche, von denen es "man gar nicht gedacht hätte". Gerade um diese Pat. zu erkennen und richtig zu versorgen, welche eben gerade nicht auf den ersten Blick schwer psychisch erkrankt oder gestört sind, sich aber dennoch in einer inneren Krisensituation befinden, braucht es eine langjährige fundierte Ausbildung und klinische Erfahrung. Es besteht eine grosse Sorge, dass die ohnehin hohe Suizidrate in der Schweiz bei Umsetzung des aktuell vorgesehenen Modells noch höher werden wird. – 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 und von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Zudem fehlen den Psychologinnen und Psychologen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen, insbesondere bei Vorliegen von zusätzlichen somatischen Leiden, somatopsychischen und psychosomatische Erkrankungen, praktische Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka und anderen Medikamenten, Arbeit mit Familien und Betreuung- / Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie benötigen zum Erwerb dieses Wissens eine postgraduale 6-jährige Weiterbildung im stationären, ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen und somatischen Bereich. Es wird durch die vorgeschlagenen Änderungen des KLV postuliert, dass Psychologen und PsychologInnen nach 1-2 Jahren klinischer Tätigkeit und in einer psychiatrischen Klinik die gleichen
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Kompetenzen haben sollen wie psychotherapeutisch fertig ausgebildete Ärzte nach über 5 Jahren klinischer Tätigkeit in einer psychiatrischen Institution.</p> <p>Da dies nicht der Fall ist, werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren und eben nicht für Personen in Krisen- und Notsituationen. In Bereich der "leichten Fälle" werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots und damit einer Kostenausweitung sorgen, <u>ohne</u> entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche).</p> <p>Fazit:</p> <p>Die vorgeschlagene Verordnungsänderung ist eine ineffektive Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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)., hingegen wird es voraussichtlich zu einer Fehlversorgung kommen. – Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird mit der vorgesehenen Änderung des KVL nicht behoben werden. – Auf Grund der gemachten Vorschläge gibt es keinen Anhaltspunkt für die postulierte Verminderung protrahierter oder chronischer Verläufe. – Gerade die genannten speziell vulnerablen Personengruppen, nämlich Kinder und Jugendliche und Menschen in Krisen, welche aufgrund ihrer Not und wegen ihres jungen Alters besonders abhängig sind, bedürfen einer besonders gut qualifizierten Behandlungsperson. Diese Anforderungen werden mit den gegenwärtig vorhandenen und weiterhin vorgeschlagenen Weiterbildungsbedingungen für psychotherapeutisch tätigen Psychologin und die für die Anordnung vorgesehenen somatischen Ärzte (weiterhin) nicht erfüllt werden.
Dr. med. Brigitta Senn	<p>2. <u>Zu den Massnahmen gegen ungerechtfertigte Mengenausweitungen</u></p> <p>Wie bereits dargelegt, werden die vorgeschlagenen Massnahmen der Kostenkontrolle keine Mengenausweitung verhindern, sondern mehr Kosten verursachen. Dies einerseits durch die bereits dargelegte Konzentration der Psychologen und PsychologInnen auf</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>"leichte Fälle", aber auch durch die dadurch entstehende Unruhe in den Therapien, welche dadurch verlängert werden.</p> <p>Die bisher praktizierte Massnahme gegen eine Mengenausweitung war eine Limitierung der Anwender, resp. der niedergelassenen Ärzte. Es stellt sich die Frage, weshalb nicht erneut diese Massnahme für die Berufsgruppe der psychotherapeutischen Psychologen vorgeschlagen wird.</p> <p>Die Vermutung liegt nahe, dass es dem Bundesrat vielmehr darum gehen könnte, die erbrachten Leistungen durch noch mehr Kontrolle zu limitieren. Dies macht aber aus medizinischer Sicht keinen zwingenden Sinn für den einzelnen Patienten, ist allenfalls ein Interesse der Versicherungen. Diese Kontrollbestrebungen wurden schon mit der Einführung des Unterschieds KVG und KLV versucht und durch die aktuellen Begrenzungen, ohne dass dies meines Wissens zu einer Kostenreduktion geführt hätte.</p> <p>Dabei zeigt sich eine gefährliche Tendenz zur Simplifizierung und ein fehlendes medizinisches Verständnis: es wird angenommen, dass jede Krankheit und jede Person gleich viel Behandlung braucht. Es gibt die Annahme einer Standardisierung - dies entspricht aber nicht der Realität von Krankheitsbildern, Krankheitsverläufen oder auch Patienten. Deswegen bringt das Vorgehen ausser Kosten keinen Gewinn für den medizinischen Behandlungsverlauf. Wenn das vorgesehene Vorgehen die WZW Kriterien nicht erfüllt, ist es ersatzlos zu streichen. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass das vorgesehene Vorgehen wirtschaftlich oder wirksam wäre.</p> <p>Die in Art. 2, Abs. 1, Bst. B) geforderte Einführung "diagnostischer Instrumente" ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zur Einschränkung einer befürchteten Mengenausweitung bei ärztlichen Psychotherapeuten, welche ohnehin unter Nachwuchssorgen leiden, nicht nötig. Im Gegenteil könnten solche unnötigen und als sinnlos erlebten administrativen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit junge Kollegen und Kolleginnen zusätzlich davon abhalten, den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben, womit eine Akzentuierung der Versorgungsengpässe für Pat. mit schwereren psychiatrischen Erkrankungen und Menschen in Krisen- und Notsituationen zu erwarten ist.</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)
Dr. med. Brigita Senn	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>Wie bereits ausführlich dargelegt, reicht die Erfahrung eines klinischen Jahres bei weitem nicht aus zur Diagnostik und Behandlung von schwereren psychischen Erkrankungen oder gar Erwachsenen und Kinder / Jugendlichen in Krisensituationen. Deutlich wird dies durch die geforderte mindestens 6-jährige Weiterbildung zum Erhalt des Facharztstitels für Psychiatrie und Psychotherapie für Ärzte nach Abschluss des 6-jährigen Grundstudiums Medizin, welche eine fundierte Ausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie im stationären und ambulanten Bereich sowie eine Vertiefung somatischer Kenntnisse umfasst.</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>...eine klinische Erfahrung von mindestens 4 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum), davon je 2 im stationären und 2 im ambulanten Bereich.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Intervisionen zusammenarbeiten und dadurch eine ständige Kompetenzerweiterung in der Versorgung schwerer erkrankter Patienten und Patientinnen erfahren und dadurch adäquat in der Lage sind, diese Patienten mitzuversorgen.</p> <p><i>FORDERUNG:</i> Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>vier</u> Jahre in einer SIWF - anerkannten Institution (SIWF = Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut), davon je 2 Jahre stationär und ambulant, ist notwendig.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Brigitta Senn	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>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychiaterinnen und Psychiater stellen Diagnosen mittels integraler klinischer Befunderhebung inkl. Anamnese und Fremdanamnese, wozu bei Bedarf auch Fragebögen, Tests und / oder klinische Interviews hinzugezogen werden können - und nicht einseitig mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Es existieren keine geeigneten Instrumente, welche dem Anspruch gerecht werden, eine Diagnose zu sichern oder alleinig den Verlauf zu beurteilen. Hier bedarf es zwingend eines Gesamturteils, welches alle Aspekte miteinbezieht und gegeneinander abwägt. – Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und nachgewiesen wirksame 	<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>Psychotherapiemethoden sind Fragebögen verfahrensfremde Eingriffe, somit inadäquat und therapiestörend. 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> <ul style="list-style-type: none"> – 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. – Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen. – 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 via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird daher eine Fehlversorgung akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, in kürzeren Zeiträumen 	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>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> <ul style="list-style-type: none"> – Nicht ausgebildete Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie können ohne spezifische Weiterbildung die Testresultate oft nicht auswerten. Somit stellt sich die Frage, wer die Indikation für eine psychotherapeutische / psychiatrische Behandlung oder Verlängerung einer solchen stellen wird. De facto würde somit letztlich die Psychologin / der Psychologe entscheiden, ob eine Psychotherapie durch- oder weitergeführt wird. – Vergleich mit der Somatik: <p>In der somatischen Medizin werden auch keine diagnostischen Instrumente vorgeschrieben, da man vertrauensvoll davon ausgehen kann und darf, dass Ärzte und Ärztinnen solche selbstverständlich verwenden, wenn sie deren bedürfen, sie aber auch nicht anwenden, wenn nicht notwendig oder sinnvoll.</p> <p>In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg 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>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>Unklarheiten durch den Verordnungstext:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. – 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 	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 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. Somit würden erneut die sehr vulnerablen, schwer kranken und chronisch kranken Pat. unterversorgt und benachteiligt.</p> <p><i>FORDERUNG: In Übereinstimmung mit der FG Ψ BL und der SGPP fordere ich, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p>	
Dr. med. Brigitta Senn	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</p>	<p>BEIBEHALTUNG DES BISHERIGEN VERORDNUNGSTEXTES</p> <p>Die übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- Versicherung 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>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>Durch diese zusätzliche Beschränkung würde sich zudem die Gefahr erhöhen, dass eine positive Selektion für Pat. mit leichteren psychischen Störungen entsteht, um den zusätzlichen und unnötigen administrativen Aufwand zu umgehen. Somit würden schwerer psychiatrisch erkrankten Pat., z.B. auch Pat. mit Burnout - Symptomatik oder chronisch erkrankte Pat. benachteiligt werden. Die sich durch diese Unterversorgung ergebenden Kosten für die Allgemeinheit (Chronifizierung, Berentung, Arbeitslosigkeit bei Arbeitsplatzverlust etc.) sind nicht abschätzbar.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p><i>FORDERUNG: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten!</p> <p>Begründung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen (z.B. Traumatherapien, schematherapeutische Interventionen, Expositionstherapien, Konfrontationen, Einbezug von Angehörigen u.a.m.) 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 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. – Eine Maximaldauer in der Psychotherapie festzulegen (ausser bei Kriseninterventionen) erscheint grundsätzlich 	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>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. Es erschiene ja auch im somatischen Bereich unsinning, z.B. Operationszeiten knapp zu limitieren, da man auch dort um des Ergebnisses willen genügend Zeit und Ruhe braucht um sorgfältig und verantwortungsvoll zu arbeiten.</p> <p>Fazit:</p> <p>Auch hier wird einer befürchteten Mengenausweitung nicht wirksam begegnet, da sich ein Arbeitstag eines psychotherapeutischen Leistungserbringers nicht verkürzt oder verlängert, wenn Behandlungseinheiten limitiert werden. Eine unsachgemässe Verkürzung kann im Gegenteil zu vermehrten Krisensituationen in den Therapien führen, welche sich nachteilig auf die Therapie und auf die Kostenentwicklung auswirken werden.</p> <p><i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p>	
Dr. med. Brigitta Senn	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</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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.</p> <p>Die anordnende Fachärztin, der Facharzt muss die notwendige Zeit und das Wissen aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen für jeden einzelnen Pat. gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können und er/sie muss die ärztliche Verantwortung dafür voll tragen können.</p> <p>FORDERUNG: <i>In Übereinstimmung mit der FG Psychiatrie BL verlange ich, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können.</i></p> <p>FORDERUNG: <i>Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, muss ein FMH-Fähigkeitsausweis "Anordnung Psychotherapie" eingeführt werden, welcher neu zu schaffen und zu definieren wäre. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
Dr. med. Brigitta Senn	Art. 11b, Abs. 4 und	<p>Berichterstattung vor Ablauf der angeordneten Sitzungen</p> <p>«Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. 5	<p>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>Problematik:</p> <p>Ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es für eine Ärztin, einen Arzt unmöglich ausreichend objektiv den Patientenzustand und den 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. De facto entscheidet somit die Psychologin / der Psychologe über die Weiterführung einer 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 : Dr. med. Patrick Brunner

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Heuberg 16, 4051 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Patrick Brunner

Telefon : 061 702 11 11

E-Mail : patrick.brunner@hin.ch

Datum : 5.9.19

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. PB 1	Es ist nicht konstruktiv ohne die Beteiligten Änderungen an der aktuelle KLV vorzunehmen, die Abnahme der Versorgung wird zurückschlagen: Zunahme von Suiziden, Klinikeinweisungen, Ausweichen auf den Hausarzt und Notfallstationen, weiter Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten, Sozialhilfe Empfängern und IV Anträgen.
Dr. PB 2	Messinstrumente Berichte: Messinstrumente sind auf eine bestimmte Gruppe und Fragestellung zugeschnitten, meist max 2 Dimensional, welche die komplexen Begebenheiten mit welchen wir zu tun haben nicht gerecht werden. Das aktuelle Berichtswesen verursacht unglaubliche Kosten.
Dr. PB 3	Verkürzung der Sitzungsdauer auf 60 Minuten, ist bei Patienten mit erheblichen Beziehungsstörung kontraproduktiv, meist finden die evidente Arbeit nach langer Vorbereitung, Eintuning in der Sitzung statt. Ich sehe es als kontraproduktiv mit den Folgen unter Punkt 1.
Dr. PB 4	Abklärungsphase von 40h auf 30h zu reduzieren > führt zu mehr Kosten und Papierkrieg auf Seiten Patient, Versicherung, Arzt.
Dr. PB 5	Anordnungsmodell: <ul style="list-style-type: none"> - viele Psychologinnen zahl wären ohne medizinische Versorgung, AUF, Medikation - so wäre ein Teil der Patienten in psychologischer Psychotherapie schlechter gestellt. - Psychiater würde noch mehr zu einem „Papier- & berichte-Tiger“, Beruf noch unattraktiver - Anordnung über entsprechende Fachpersonen Psychiater oder Fähigkeitsausweis SAPP, alles andere ist unqualifiziert.

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.

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 : Maria Bruno Salvadori

Abréviation de l'entreprise / organisation :

Adresse : Ch. de la Cure 14, 1114 Colombier (VD)

Personne de référence :

Téléphone : 021 869 87 16

Courriel : maria.bruno@vd.ch

Date : 5-10-19

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
Maria Bruno Salvadori	<p>Je remercie vivement le Conseil Fédéral d'avoir ouvert la consultation du présent projet, qui abolit enfin, suite à l'entrée en vigueur de la LPsy en 2013 (ultime condition nécessaire pour le passage de modèle), le modèle de la psychothérapie déléguée, qui créait une dépendance économique des psychologues-psychothérapeutes et parfois des conditions d'engagement abusives. Je salue la reconnaissance de la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes, reconnue à raison comme équivalente pour fournir des prestations de psychothérapie remboursées par l'AOS, au même titre que les médecins-psychiatres et -psychothérapeutes. Ce projet permettra un meilleur accès aux soins psychiques, via les médecins de premier recours notamment.</p> <p>Mon commentaire porte sur la question des coûts de la santé.</p> <p>J'aimerais exprimer ici un argument qui va à l'encontre de l'idée que la psychologie sous prescription ferait augmenter les coûts de la santé à la charge de l'AOS. Aujourd'hui, seulement dans le canton de Vaud, on peut estimer à une centaine les psychologues qui travaillent en délégation, pour la plupart de jeunes professionnels qui sont trop peu encadrés et formés. Leur principal employeur est un grand cabinet psychiatrique, Les Toises (je donne son nom car je ne vois aucune raison des les protéger par l'anonymat). Ce cabinet facture grassement des prestations que l'on peut craindre de médiocre qualité. Avec le nouveau modèle de la prescription, au contraire, les psychologues qui pourront exercer devront donner la preuve de leur formation et de leur expérience pour obtenir une autorisation cantonale de pratique.</p> <p>Les sommes importantes, aujourd'hui dépensées au travers de ces grands cabinets de psychiatrie, seront transférées aux psychologues-psychothérapeutes indépendants, pour des prestations de qualité, administrées par des professionnels correctement formés et reconnus comme tels. Le patient a tout à y gagner.</p> <p>Le médecin de premier recours, ou tout autre médecin référent, est parfaitement à même de comprendre les besoins psychologiques de ses patients et de les adresser au psychologue-psychothérapeute, si tel est son choix, sans faire un détour par un médecin psychiatre, détour qui se révélerait onéreux et ralentirait de beaucoup l'accès au soins psychiques du patient.</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)
	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 de catégorie I. A ou I. B sous la direction d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.</p> <p>Et</p> <p>L'établissement de psychiatrie et psychothérapie visé à l'al. 1, let. b [si let. c supprimée], 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 1^{er} juillet 2009 « Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie » dans la version du 15 décembre 2016.</p>
Maria Bruno Salvadori	52d		c	Modification consécutive à la modification de l'art. 50c al. 1 let. b (psychologues en formation de psychothérapie) Nous saluons l'excellente possibilité de formation ainsi ouverte aux organisations de psychologues-psychothérapeutes vis-à-vis	« 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

				des psychologues en formation de psychothérapie, pour autant que le statut d'assistantat proposé 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 assistant de psychothérapeute ; toutefois la facturation au nom des psychologues (diplômés) assistants de psychothérapeute pose problème et peu d'assurances (complémentaires) ne remboursent leurs prestations.	
Maria Bruno Salvadori	Art. 3, 3b et 11b	2/3/5		<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 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 anéantir le présent projet. En outre, elle 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>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</p>	<p>Limitation à 30 séances, équivalente aux médecins</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> <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>

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>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>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>	
Maria Bruno Salvadori	11b	1 3	b	<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 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</p>	Pas de limitation des séances dans la durée (comme les médecins)

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

				limitation.	
Maria Bruno Salvadori	11b			Modalités de la prescription 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.	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
Maria Bruno Salvadori	2	1	b	Temps et critères du diagnostic 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. 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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Beratungszentrum Bezirk Baden Plus

Abkürzung der Firma / Organisation : BZBplus

Adresse : Mellingerstrasse 30, 5400 Baden

Kontaktperson : Michael Schwilk

Telefon : 056 200 55 78

E-Mail : michael.schwilk@bzbplus.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.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
BZBPLUS	<p>Das BZBplus 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 BZBplus 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 BZBplus der Stellungnahme der FSP entspricht.</p>
BZBplus	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das BZBplus klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das BZBplus 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 BZBplus 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.
BZBplus	<p>Inhalte der Vorlage, welche das BZBplus ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das BZBplus lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. • Das BZBplus 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"> • Das BZBplus 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 BZBplus lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das BZBplus verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das BZBplus 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 BZBplus 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.
BZBplus	<p>Ergänzungen, welche das BZBplus 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 BZBplus 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 BZBplus braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das BZBplus 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 BZBplus eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das BZBplus 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**

BZBplus	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)
BZBplus	45-50a			Keine Bemerkungen	
BZBplus	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>	
BZBplus	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.	
BZBplus	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 BZBplus unbestritten. Das BZBplus 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 BZBplus 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 BZBplus begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das BZBplus 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>Das BZBplus 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 das BZBplus ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
BZBplus	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. Das BZBplus fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
BZBplus	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das BZBplus ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet Das BZBplus 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 BZBplus 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**

BZBplus	52d			Keine Bemerkungen	
BZBplus	(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>
BZBplus	Übergangsbest.	1 & 2		Das BZBplus 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.	
BZBplus	Übergangsbest.	3		Das BZBplus 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)
BZBplus	2	1	a	Keine Bemerkungen	
BZBplus	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Das BZBplus 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>Das BZBplus 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.	
BZBplus	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das BZBplus 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>Das BZBplus 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>	
BZBplus	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>
BZBplus	11b	1		Keine Bemerkungen	
BZBplus	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Das BZBplus 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. Das BZBplus 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>
BZBplus	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 BZBplus 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.	
BZBplus	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>
BZBplus	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>
BZBplus	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.
BZBplus	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.
BZBplus	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 : Caritas Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : CAG

Adresse : Laurenzenvorstadt 80

Kontaktperson : Fabienne Notter

Telefon : 0628370725

E-Mail : fn@caritas-aargau.ch

Datum : 5.10.2019

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
CAG	Die CAG 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 CAG 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.
CAG	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die CAG klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die CAG 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 CAG 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.
CAG	<p>Inhalte der Vorlage, welche die CAG ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die CAG 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 CAG lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die CAG 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 CAG lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die CAG verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die CAG 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 CAG 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.
CAG	<p>Ergänzungen, welche die CAG 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 CAG 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 CAG braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die CAG 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 CAG eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die CAG 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**

CAG	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)
CAG	45-50a			Keine Bemerkungen	
CAG	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>	
CAG	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.	
CAG	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 CAG unbestritten. Die CAG 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 CAG 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 CAG begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die CAG 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 CAG 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 CAG ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
CAG	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 CAG fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
CAG	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die CAG ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die CAG 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 CAG 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**

CAG	52d			Keine Bemerkungen	
CAG	(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>
CAG	Übergangsbest.	1 & 2		Die CAG 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.	
CAG	Übergangsbest.	3		Die CAG 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)
CAG	2	1	a	Keine Bemerkungen	
CAG	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die CAG 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 CAG 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.	
CAG	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die CAG 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 CAG 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>	
CAG	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>
CAG	11b	1		Keine Bemerkungen	
CAG	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die CAG 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 CAG 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 CAG 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>
CAG	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 CAG 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.	
CAG	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>
CAG	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>
CAG	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.
CAG	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.
CAG	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 : Fr. Dr. med. Carola Schillinger, FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxisgemeinschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Habsburgerstrasse 15, 4055 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Carola Schillinger

Telefon : 061 383 74 74

E-Mail : praxis.schillinger@bluewin.ch

Datum : 02.10.2019

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.	FR. DR. MED. CAROLA SCHILLINGER LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN VOM DELEGATIONSMODELL ZUM ANORDNUNGSMODELL AB!!! SOLCH EINE ÄNDERUNG FÜHRT ZU EINER VERSCHLECHTERUNG DER VERSORGUNG DER PSYCHISCH KRANKEN UND ZU EINER KOSTENEXPLOSION IM PSYCHOTHERAPIESEKTOR!
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, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>
Error! Reference source not found.	Wir werden in den nächsten Jahren unter einem massiven Mangel an Psychiatern leiden. Unser Ausbildungskurrikulum ist lange, zeitintensiv und anspruchsvoll. Die ärztliche Psychotherapie kann der psychologischen Psychotherapie nicht gleichgesetzt werden, da die ärztliche klinische Erfahrung und die Verantwortung in all den Notfalldiensten und Extremsituationen nicht mit einem theoretisches Psychologiestudium ersetzt werden kann. Die Einführung des Anordnungsmodelles wird vom Bundesrat genutzt, um unseren Berufsstand weiterhin zu entwerten, indem er die ärztliche Psychotherapie der psychologischen Psychotherapie gleichsetzt und sie massiv beschneidet, indem er nur noch 15 Stunden statt 40 Stunden bewilligen will und anstatt den jetzigen 75 Minuten nur noch 60 Minuten bewilligen will. Ich als Körpertherapeutin benötige oft die 75 Minuten. Zudem wurde unser Lohn durch die Taxpunktwerbsenkung bereits reduziert.
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**

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 <u>4</u> Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmewang 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>vier</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><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Fr. Dr. med. C. Schillinger unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></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 Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Fr. Dr. med. C. Schillinger 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 psychologischen Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.</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><i>FORDERUNG: Dr. med. C. Schillinger 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.</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>	
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: Dr. med. C. Schillinger 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</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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?	
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 24 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.			

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

**Dr. med. C. Wyler van Laak
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Landstrasse 43a
8450 Andelfingen**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Andelfingen, 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.

Dr. med. Catja Wyler van Laak 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. Catja Wyler van Laak 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 Autorin** dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die

psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, 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 Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|---|
| c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht. |
|---|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu

bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in

Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. C. Wyley van Laak



**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Catja Wyler van Laak

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Adresse : Landstrasse 43a, 8450 Andelfingen

Kontaktperson : Dr. med. Catja Wyler van Laak

Telefon : 044 364 55 71

E-Mail : c.c.wyler@bluewin.ch

Datum : 25. September 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Weitere Vorschläge	23

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Dr. med. C. Wyler van Laak	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Dr. med. C. Wyler van Laak 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<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**

qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.

- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.
 - Dr. med. C. Wyler van Laak als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>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).</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.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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		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 <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 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>	
			Begründung	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<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.			<p>II</p> <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> <i>Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden</i> <i>zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c</i> <i>nicht erfüllen.</i> <i>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum)</i> <i>über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen</i> <i>die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c</i> <i>Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>
			<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>	
			<p><i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1</i> <i>Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom</i> <i>(Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen</i> <i>Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin</i> <i>zugelassen.</i></p> <p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und 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
Dr. med. C. Wyler van Laak	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</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 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 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 Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.</p> <p>Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz 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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Céline Vuille, delegierte Psychotherapeutin im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie in Biel

Abkürzung der Firma / Organisation : ZFPP

Adresse : Bahnhofstrasse 19

Kontaktperson : Céline Vuille

Telefon : 032 323 83 31

E-Mail : c.vuille@zfpp.ch, celineanne.vuille@gmail.com

Datum : 10.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	Betreffend Entlohnung scheint noch Unklarheit. Die Nennung der Psychologen in einem Zug mit Hebammen, Ergotherapeuten etc. lässt vermuten, dass die Löhne auf einem ähnlichen Niveau ausfallen sollen, was nicht akzeptierbar ist. Hier scheint es wichtig miteinzubeziehen, dass es einen Master in klinischer Psychologie braucht und eine mindestens 4-jährige Therapieweiterbildung. Für die (erheblichen) Kosten für die Aus- und Weiterbildung kommen die Psychologen, im Gegensatz zu den Ärzten, selber auf. In den ambulanten Praxen verrichten die delegiert Arbeitenden dieselbe Arbeit wie die Ärzte, daher ist eine unterschiedliche Entlohnung für die gleiche Arbeit (oder eine Anpassung gegen „unten“) ein herber Angriff, der letztlich den Studiengang Psychologie entwertet und volkswirtschaftlichen Schaden anrichtet.
	Der administrative Aufwand sollte im Allgemeinen nicht noch erhöht werden, sondern der Fokus sollte klar auf der Genesung der Patienten liegen und dafür braucht es genügend zeitliche Ressourcen, möglichst ohne finanziellen Druck.
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	Eine strikte Limitierung auf 60 Minuten ist nicht sinnvoll, zudem scheint unklar, ob in diesen 60 Minuten die bereits sehr knapp bemessene Vor- und Nachbereitung von je 5 Minuten enthalten sind. Sowohl in Notfallsituationen als auch beim Erstgespräch und bei der Durchführung von Tests ist es wichtig, dass man die Möglichkeit hat mehr Zeit einzuberechnen (so wie es jetzt bereits gehandhabt wird mit max. 90 Minuten pro Tag). Sonst würde das ja bedeuten, dass der Therapeut gratis weiter arbeitet oder seine Verantwortung ignoriert und die Sitzung abschliesst.	
Error! Reference source not found.	3b	Für die Erstellung einer Kostengutsprache ist es wichtig, dass die Kriterien, ob eine Therapie weiter finanziert wird oder nicht, klar definiert sind.	
Error! Reference source not found.	11b	<p>Um eine Diagnostik, wie im neuen Modell gefordert, valide durchzuführen, braucht es deutlich mehr Zeit als dies in 15 Sitzungen gemacht werden kann. Zumal es zu Beginn auch viel Zeit in Anspruch nimmt eine therapeutische tragfähige Beziehung herzustellen (was nach wie vor den grössten Einfluss auf eine erfolgreiche Therapie hat). Zudem trägt dies eher zu einem defizitorientierten Fokus bei, der einer ressourcenorientierten Unterstützung der Patienten und somit einer raschen Genesung eher entgegen wirkt.</p> <p>Schwierig erscheint auch die Tatsache, dass bei bestimmten Pathologien (z.B. Sucht/Esstörungen, dissoziative Störungen) zu Beginn keine eigentliche Krankheitseinsicht besteht. Das kranke Verhalten wird bei den Betroffenen eher als Lösung empfunden. Eine Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustandes ist in diesen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Verläufen entsprechend eher als eine Art "Fortschritt" zu werten. Das Realisieren des Ausmasses der Krankheit geht immer mit einer Verschlechterung des subjektiv empfundenen psychischen Wohls einher.</p> <p>Würde der Zustand sofort besser könnte ein solches Resultate darauf hinweisen, dass eben keine professionelle Therapie gemacht worden ist und die eigentlich wichtigen, schmerzhaften Themen nicht erkannt und bearbeitet wurden. Gemäss diesen Überlegungen müssten wir mit verzerrten Resultaten die nur unzureichend verglichen und interpretiert werden können rechnen. Es entstehen Mehrkosten, die weder zweckmässig sind noch eine positive Wirkung auf die Genesung haben.</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.			

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 : Centre de recherches familiales et systémiques

Abréviation de l'entr. / org. : CERFASY

Adresse : Ruelle Vaucher 13, 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Daniel Stern

Téléphone : 032 724 24 72

Courriel : daniel.stern@cerfasy.ch

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 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
CERFASY	<p>Le CERFASY 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. Le CERFASY 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>
CERFASY	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par le CERFASY:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le CERFASY 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, le CERFASY 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.
CERFASY	<p>Contenus du projet rejetés par le CERFASY et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le CERFASY 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"> Le CERFASY 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. Le CERFASY 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. Le CERFASY 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. Le CERFASY demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. Le CERFASY 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. Le CERFASY 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.
CERFASY	<p>Adaptations complémentaires proposées par le CERFASY, 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. Le CERFASY 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 du CERFASY, 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"> • Le CERFASY 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, le CERFASY 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, le CERFASY 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.
CERFASY	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)
CERFASY	45-50a			Aucune remarque.	
CERFASY	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>	
CERFASY	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

CERFASY	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour le CERFASY, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. Le CERFASY 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. Le CERFASY 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. Le CERFASY est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. Le CERFASY 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 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>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, le CERFASY 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"> • Le CERFASY 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. • Le CERFASY propose que soit créée une liste d'institutions habilitées à former, liste qui ne se limiterait pas à celle de l'ISFM. En effet, les institutions qui y figurent doivent répondre aux critères de la formation des médecins-psychiatres alors que dans le cas d'espèce il 	
--	--	--	--	---	--

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

				s'agit de la formation des psychologues-psychothérapeutes. Ainsi, il serait précieux et utile de disposer à l'avenir d'une liste d'institutions à même de former et d'encadrer correctement les psychologues durant leur formation postgrade en psychothérapie.	
CERFASY	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. Le CERFASY 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)
CERFASY	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>Le CERFASY 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, le CERFASY 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. 	<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>

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"> 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 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>
CERFASY	52d			Aucune remarque.	
CERFASY	(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 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

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>remplissant les conditions énoncées à l'art. 50b;</p> <p>d) disposent des équipements correspondant à leur champ d'activité;</p> <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>
CERFASY	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		Le CERFASY 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.	
CERFASY	Disposition transitoire	Al. 3		Le CERFASY 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)
CERFASY	2	1	a	Aucune remarque.	
CERFASY	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>Le CERFASY 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>Le CERFASY 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>	
CERFASY	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>Le CERFASY 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, le CERFASY 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.	
CERFASY	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 [...]
CERFASY	11b	1		Aucune remarque.	
CERFASY	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire Le CERFASY 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. Le CERFASY 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 au CERFASY, 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>	
CERFASY	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>Le CERFASY 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.	
CERFASY	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>
CERFASY	11b	3		<p>Le CERFASY 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>
CERFASY	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.
CERFASY	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.
CERFASY	Disposition transitoire			La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable.	

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Dr. med. Christine Fischer

Fachärztin für Neurologie FMH

Klinik Südhang

Südhang 1

3038 Kirchlindach

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, geвер@bag.admin.ch)

Bern, 25. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.
Frau Dr. C. Fischer nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Frau Dr. Fischer 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.

- Frau Dr. Fischer als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer 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

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 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**

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 Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <p><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 Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitalern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im 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



Frau Dr. med. Christine Fischer, Oberärztin der Klinik Südhang

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Christine Fischer

Abkürzung der Firma / Organisation : Klinik Südhang

Adresse : Südhang 1, 3038 Kirchlindach

Kontaktperson : Dr. med. Christine Fischer

Telefon : +41788308784

E-Mail : Fischerchristine2208@gmail.com

Datum : 25.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Weitere Vorschläge	23

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Dr. Fischer	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Dr. Fischer lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<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. Dr. Fischer als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<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		g	III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>	Wir lehnen Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.
				Wir lehnen Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.	
				Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen .	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.50	Abs.1	c	<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 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.				<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 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>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>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. Fischer	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 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 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
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>	

25.09.2019 Bein

C. Fischer

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
 Bundesamt für Gesundheit
 Abteilung Leistungen Krankenversicherung
 Schwarzenburgstrasse 157
 3003 Bern

med. prakt.
 Christine Solanki-Hoegerle
 Psychiatrie und Psychotherapie FMH
 Beckenhofstr. 16 - 8006 Zürich
 Tel. und Fax 044 / 350 56 38

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 04. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Zürich, den 13. September 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
 Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verwaltungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer

und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern. Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen

Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.

- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.
 - Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
 - Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen 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

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmontoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMEC wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell-

oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen,

vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig

7

bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird.

Das Schweizer System wäre mit den 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;*

- 8
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
 - f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
 - g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die

Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen

Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe e 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 selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem

notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

11

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosser Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichter psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosser Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den 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

12
werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



med. prakt.
Christine Solanki-Hoegerle
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Beckenhofstr. 16 - 8006 Zürich
Tel. und Fax 044 / 350 56 38

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

med. prakt.
Christine Solanki-Hoegerle
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Beckenhofstr. 16 - 8006 Zürich
Tel. und Fax 044 / 350 56 38

Zürich, den 13. September 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschatlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine
strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für
die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer

und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz – Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern. Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen

Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.

- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.
 - Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
 - Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
 - Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) **nicht** unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell-

6
oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen,

vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig

7

bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;
- d. Logopäde oder Logopädin;

- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;
f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;
g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die

Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren Übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem

notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

11

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie 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

12
werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ch. Solanki

med. prakt.
Christine Solanki-Hoegerle
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Beckenhofstr. 16 - 8006 Zürich
Tel. und Fax 044 / 350 56 38

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP.....	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung.....	3
2	Grundlagen der Ist-Situation.....	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen.....	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung.....	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern.....	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen.....	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz.....	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen.....	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?.....	11
2.3	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 ambulanten psychiatrischen Institutionen.....	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten.....	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen.....	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung.....	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB.....	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmaßnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

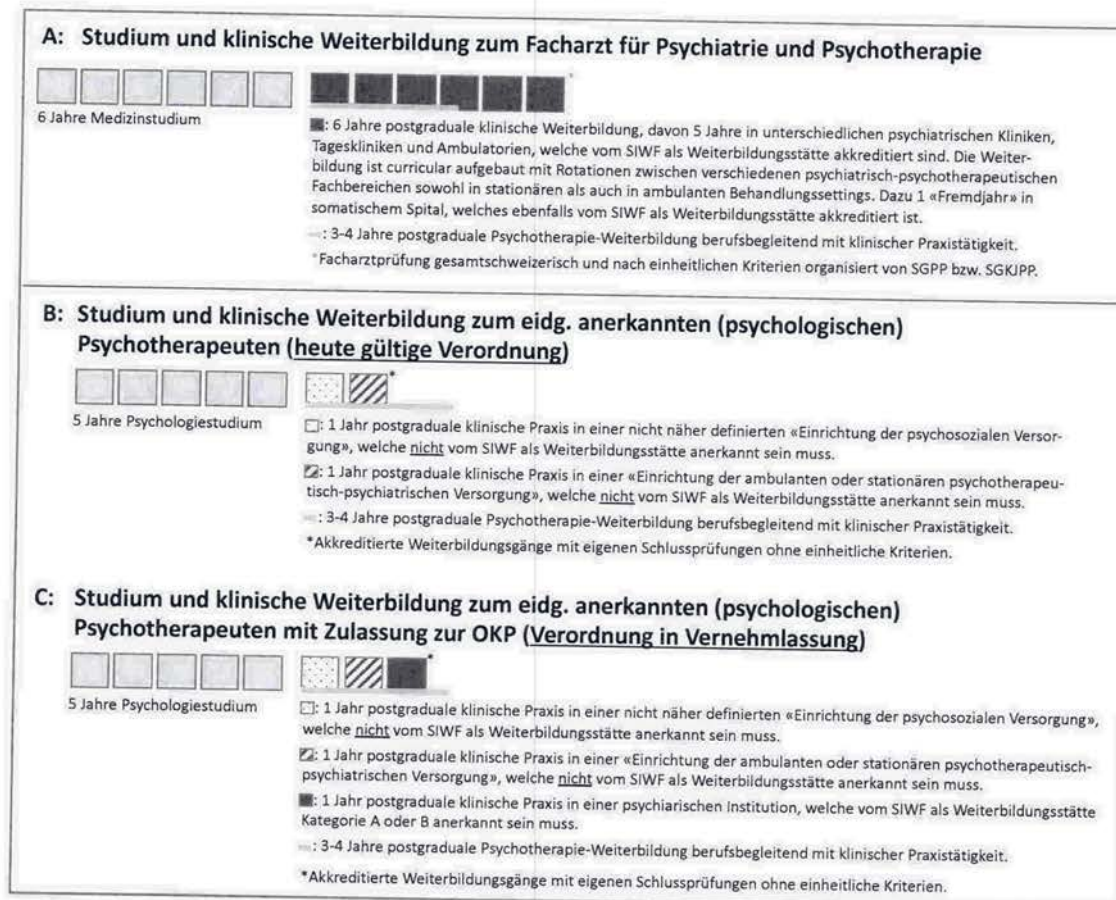


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktbereiche der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale Ausbildung für Psychotherapeuten 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 Weiterbildungswege der Psychologieberufe [akkredv-PsyG] vom 25.11.2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuordnung 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 Medizin-studium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapie-resistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Facharztkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeuten 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 Psychotherapieformen 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 Weiterbildungswege und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJP) anerkannten Institutionen 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 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

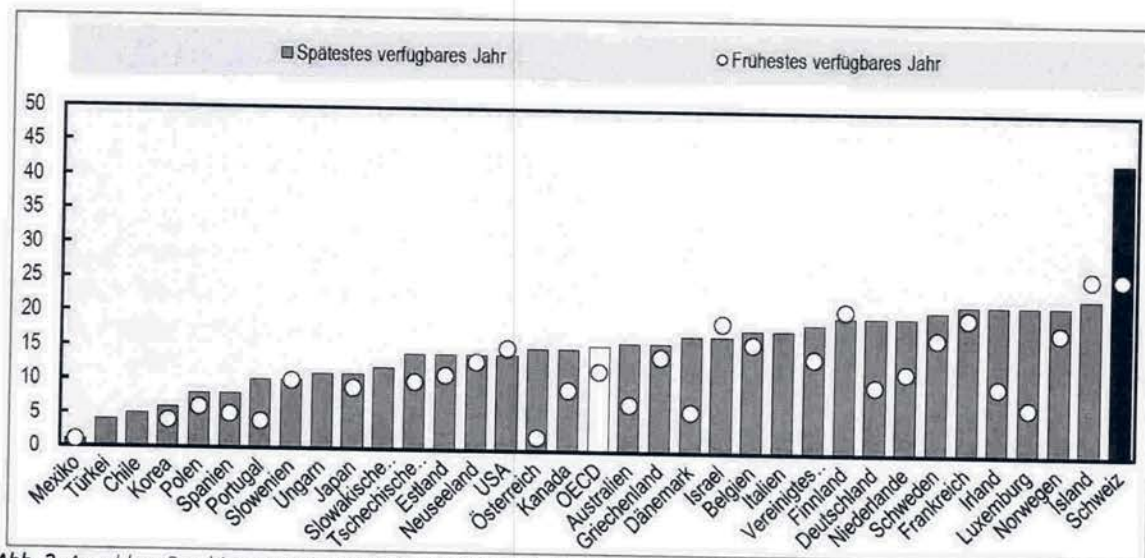


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

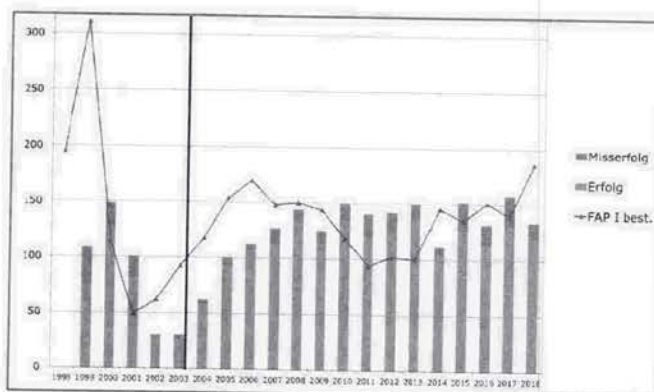


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für 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.

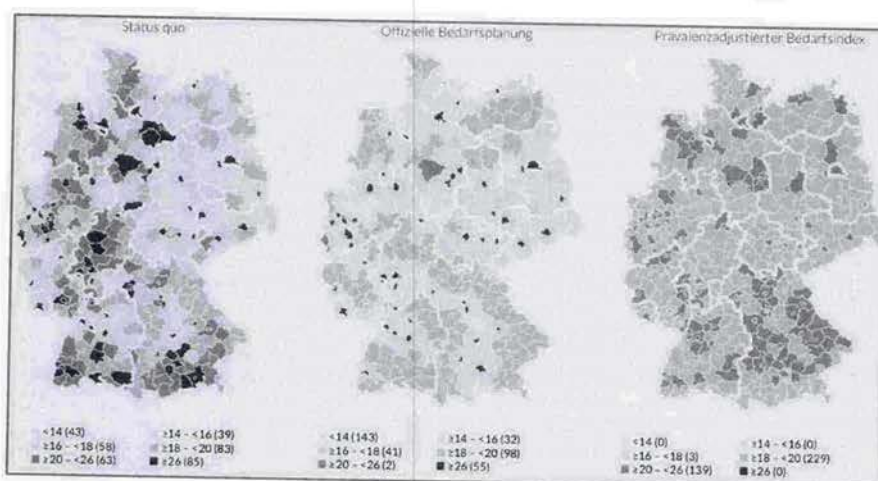


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

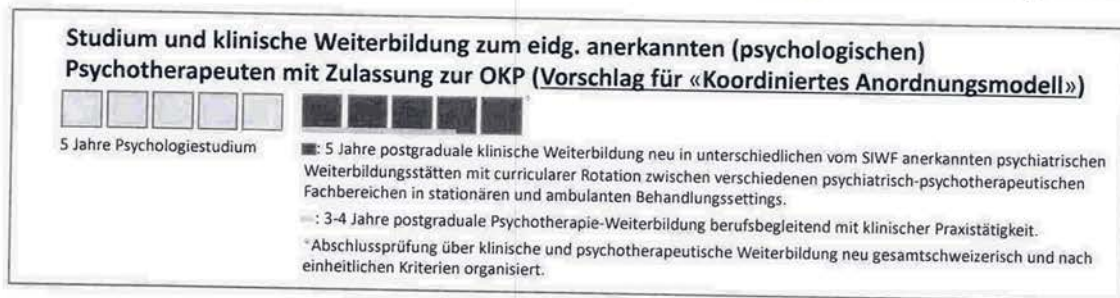


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

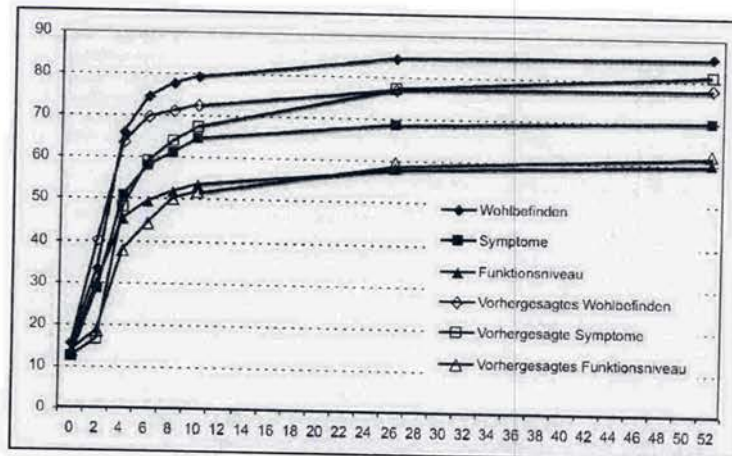


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

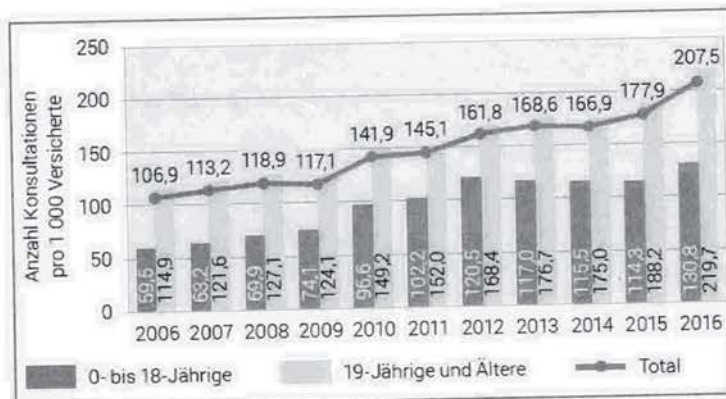


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsperiode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Begutachtungen GmbH

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Bahnhofstrasse 43, 9470 Buchs

Kontaktperson : Dr. med. Christoph Burz

Telefon : 081 756 60 20

E-Mail : praxis@psychotherapie-burz.ch

Datum : 08.10.19

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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
Christoph Burz	ICH LEHNE DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Christoph Burz	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Christoph Burz	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 (Aufnahmewang 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><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Die unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p>	
Christoph Burz				<p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Die erachtet diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der</p>	<p>STREICHUNG von Abs. 1 und Abs. 2 in den Übergangsbestimmungen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<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>	

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
Christoph Burz	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: <i>Ich fordere, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</i></p>	
	Art. 3	<p>Kostenübernahme</p> <p>Eine Verkürzung von 40 auf 30 Sitzungen ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Es ist ein rein (finanz-)politisches Unterfangen, um der mit der Verordnungsänderung zu erwartenden Mengenausweitung als Argument einer kostendämpfenden Massnahme zu dienen.</p> <p>Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken und sind eine Beeinträchtigung für die Therapie (Stichworte Vertrauensbildung und Sicherheit).</p> <p>Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine 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>	
Christoph Burz	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: <i>Ich fordere, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p>FORDERUNG: <i>Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordere ich die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>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>
Christoph Burz	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
Christoph Burz		<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>
Christoph Burz		<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>
Christoph Burz		<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.	
Christoph Burz		Durch das vorgesehene Anordnungsmodell wird der Beruf der Psychiater*innen erneut geschwächt. Es ist immer schwieriger junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu motivieren. Erst recht in die Praxis zu gehen. Wer davon profitiert sind die Institutionen. In einem zweiten Schritt werden aber die Praxen nicht mehr besetzt werden können, was die Versorgung von schwer psychisch Kranken, die auf Medikamente und ggfs. AUF- Beurteilungen angewiesen sind weiter verschlechtern wird. Durch die unkontrollierte Mengenausweitung werden zudem die Tarife unter Druck kommen, was im Sinne eines Teufelskreises ebenfalls dazu führen wird, dass Fachärzte in den Institutionen bleiben	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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. Christoph ETTLIN, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Unterer Rheinweg 32

Kontaktperson : Dr. Christoph Ettlin

Telefon : 061 691 70 60

E-Mail : ch.ettlin@zmb-basel.ch

Datum : 23. 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 15.10.2019 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.xy	<p>Die Verordnung löst meiner Meinung nach die im Kommentar erwähnten Probleme nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Angebots-Mangel für Menschen in Krisen- und Notfallsituationen wird nicht durch Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten zur selbständigen Tätigkeit aufgefangen. In Krisen- und Notfallsituationen braucht es fast immer auch Medikamente, und da braucht es doch wieder den Psychiater, da Hausärzte in der Regel zu wenig bewandert sind in Psychopharmakotherapie. • In der Situationsanalyse wird, verglichen mit dem Ausland, eine hohe Dichte an Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten festgestellt, hingegen eine geringe Zahl von Psychiatrie-Pflegefachpersonen. Eine Unterversorgung mit Psychotherapeuten (Ärzte und Psychologen) ist nicht ausgewiesen. Es besteht deshalb kein Anlass, den „Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu vereinfachen“. <p>Festgestellt wird zu Recht ein Mangel an intermediären Angeboten.</p> <p>Um die festgestellten effektiven Versorgungslücken zu füllen, braucht es also nicht ein Mehrangebot von Psychotherapeuten, sondern eine bessere Notfallversorgung und interdisziplinäre Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten. Staatliche Ambulatorien könnten dies am besten gewährleisten.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.xy	<p>Die Verordnung wird mit wesentlichen Mehrkosten verbunden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mehr Anbieter auf dem Markt. • Die Verordnung wird zu administrativem Mehraufwand führen (obligatorische Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik u.a.). • Psychologische Psychotherapeuten behandeln heute auch vieles, was nicht als Krankheit, sondern als Befindlichkeitsstörung einzustufen ist. Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit Befindlichkeitsstörungen, die bis anhin selber zahlten, froh sein werden, wenn neu die Grundversicherung bezahlt...
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	<p>Die Verordnung wird fachlichen Begebenheiten zum Teil nicht gerecht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Zeitbegrenzung von 60 Min. pro Sitzung bei Einzeltherapien ist aus fachlichen Überlegungen ungünstig. Diverse Therapie-Methoden, z.B. Traumatherapie, benötigen oft mehr als 60 Minuten pro Sitzung.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.xy	<ul style="list-style-type: none"> • Die fachlichen Anforderungen für Psychologen sind ungenügend (ein Jahr klinische Erfahrung in psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtung ist zu wenig). • Hausärzten, Gynäkologen, Kinderärzten und Neurologen fehlen in der Regel die Fachkenntnisse zur Verordnung von Psychotherapien, insbesondere für das Abfassen von Berichten zur Weiterführung einer Therapie.
------------------	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.xy	50c	1	c.	Mind. 3 Jahre klinische Tätigkeit. Dies kann aber auch vor Erlangung des Weiterbildungstitels sein.	Während der Weiterbildung zum Weiterbildungstitel in Psychotherapie eine klinische Erfahrung von 3 Jahren in einer psychiatrischen Institution.

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.Xy	2	Sie umfasst eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.	Ersatzlos streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Xy	3	Dauer einer Sitzung bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien ist zu wenig	Dauer von bis zu 75 Minuten bei Einzeltherapien
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Xy	11b	Keine Ärzte mit Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin als verordnende Ärzte zulassen.	Auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit eidgenössischem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Xy	11b	Wenn Psychologen schon selbständig abrechnen können sollen, sollten sie auch in der Lage sein, den Bericht zur Fortsetzung der Therapie selber zu verfassen.	Der Antrag mit Bericht erfolgt durch den behandelnden Psychotherapeuten oder die behandelnde Psychotherapeutin.

DR. MED. CHRISTOPH ZIMMERMANN
SPEZIALARZT FÜR PSYCHIATRIE UND
PSYCHOTHERAPIE FMH

BRÜCKFELDSTRASSE 19,
TEL: 031 302 47 77

3012 BERN, DEN 11.10.2019

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	15. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Eidg. Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie (Verordnung KVV und KLV) im Rahmen der OKP

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Aus der Sicht eines ‚alten‘ Psychiaters /Psychotherapeuten (in freier Praxis tätig seit 1984) ist zu befürchten, dass das vorgeschlagene Anordnungsmodell nicht zu einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung insbesondere schwer kranker psychiatrischer PatientInnen (in der Folge wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet) führen wird. Die Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten (mit nur einem Jahr nachgewiesener klinischer Erfahrung) ist ungenügend für die entsprechende Diagnosestellung, die Therapieindikation und Verlaufsevaluation. Der Zugang zu den Psychiatriepatienten über ein Psychologiestudium beinhaltet nicht die bio-psycho-sozialen Dimensionen des Medzinstudiums. Und die neu vorgeschlagene Anordnungskompetenz für kassenpflichtige Psychotherapie durch fachfremde Ärzte ist nicht gewährleistet.

Im Rahmen der zu erwartenden Kostensteigerung durch Mengenausweitung insbesondere im Bereich der von den Psychologen behandelten ‚leichten‘ Fälle würden die finanziellen Möglichkeiten zur Behandlung komplexer Krankheitsfälle dezimiert. Die zur Dämpfung der Kostenfolgen dieser Mengenausweitung bevorstehende Reduktion der Anzahl und Zeitdauer von Therapiesitzungen psychiatrischen Tätigkeit mit Zunahme der praxisfremden Kontrollen (Kontrollen mit sog. ‚validierten Instrumenten‘) und entsprechender administrativer Belastung der Behandler wird zu einer

Verschiebung von psychiatrisch-psychotherapeutischen zu pharmakotherapeutischen Schwerpunkten der psychiatrischen Tätigkeit führen. Dies wäre gemäss praktischer Erfahrung und Studienlage keineswegs im Interesse der Patienten. Hinzu kommt die zusätzliche weitere Verminderung der Attraktivität der beruflichen Tätigkeit als Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie - es zeichnet sich schon seit Jahren ein dramatischer Engpass ab, was mit der fehlenden Wertschätzung dieses Fachbereichs zu tun hat, wie er sich z.B. im geplanten misstrauischen Aufdrängen von Kontrollinstrumenten (warum eigentlich nur in der Psychiatrie und nicht z.B. in der Ophthalmologie, orthopädischen- oder Kieferchirurgie?) oder in der im Vergleich mit der übrigen Ärzteschaft schlechten Entlohnung (TARMED) zeigt.

Der Vorschlag vertritt einseitig die Interessen der Berufsgruppe der Psychologen und verschlechtert ohne Not die Stellung der Psychiater. Er bedarf dringend der Überarbeitung unter Einbezug der entsprechenden Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Swiss Mental Healthcare, Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie SGKJPP).

Mit freundlichen Grüssen

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'D. G. Zimmermann', is written below the closing text.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Clenia AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Gertrudstrasse 17, 8400 Winterthur

Kontaktperson : David Bosshard, CEO

Telefon : 052 234 14 00

E-Mail : david.bosshard@clenia.ch

Datum : 18. 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
Clenia AG	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die Clenia AG lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</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 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 Clenia AG betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit
--	---

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 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>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	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 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 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				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</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.	
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
Clenia AG	2,3,11	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<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 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.	
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.			

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 10. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die SMHC lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne 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 abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwellige Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher 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»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssen nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulas-

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*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 Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichter psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassenen Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr.med. Dipl.Theol. Michael Pfaff, Ärztlicher Direktor/Chefarzt

Abkürzung der Firma / Organisation : Clinica Holistica Engiadina

Adresse : Plaz 40, 7542 Susch

Kontaktperson :

Telefon : 081 300 20 30

E-Mail : m.pfaff@clinica-holistica.ch

Datum : 25.9.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	DIE OBEN ANGEFÜHRTE PERSON 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, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>
Error! Reference source not found.	Ich trage eine grosse Sorge, dass die Behandlungsqualität von psychisch Kranken abnehmen wird, wenn zunehmend die fundierte und langjährige allgemeinmedizinische aber vor allem auch fachärztliche Ausbildung als Grundlage einer fachgerechten Beurteilung gerade im hochkomplexen und stark erfahrungsbasierten Bereich der Psychiatrie/Psychotherapie in den Hintergrund gerät. Ein Überblick über schwere Krankheitsverläufe, Erfahrung im klinischen Management von akuten Krisensituationen und auch das Wissen um und die Erfahrung mit einer zusammenhängenden Behandlungskette in der Heilung der psychisch Kranken ist notwendig, um eine kostensparende und zielorientierte klar strukturierte Behandlungsführung bei letztendlich medizinischen Diagnosen erbringen zu können. Das neue Anordnungsmodell ist daher insuffizient.
Error! Reference source not found.	Das Anordnungsmodell in der jetzigen Fassung wird zunehmend den Krankenkassen eine Beeinflussung der Therapie- und Behandlungsverläufe ermöglichen, was für die Heilung der Patienten nicht tolerabel ist. Der administrative Aufwand von Berichten und Testungen ist nicht tolerabel und bietet keinen objektiven Einblick in das tatsächliche Heilungsgeschehen.
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.	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 (Aufnahmewang 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><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Die unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></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 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>	
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><i>FORDERUNG: Die oben genannte Person 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.</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>	
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 oben genannte Person 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</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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?	
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 24 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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Clenia Schlössli AG

Abkürzung der Firma / Organisation : CLS

Adresse : Schlösslistrasse 8, 8618 Oetwil am See

Kontaktperson : Martin Werthmüller, Klinikdirektor

Telefon : 044 929 81 11

E-Mail : martin.werthmüller@clenia.ch

Datum : 8. 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
CLS	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Die Clenia Schlössli AG lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</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 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 Clenia Schlössli AG betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang
--	---

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>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. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	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 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 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				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</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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
CLS	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**

		Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.	
Error! Reference source not found.			

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found.		<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.			

Eidgenössisches Departement
 des Innern EDI
 Bundesamt für Gesundheit
 Abteilung Leistungen Krankenversicherung
 Schwarzenburgstrasse 157
 3003 Bern

Geschäftsleitung
 Martin Werthmüller, Executive MBA HSG
 Direktwahl +41 44 929 82 29
 Martin.Werthmueller@clenia.ch

Oetwil am See, 4. Oktober 2019

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 10. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Vernehmlassung

Änderung der Verordnung 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 Clenia Schlössli AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die Clenia Schlössli AG lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der

Privatklinik
 Littenheid

Privatklinik
 Schlössli

Bergheim

Psychiatriezentrum
 Wetzikon

Psychiatriezentrum
 Frauenfeld

Psychiatriezentrum
 Sirmach

Ambulatorium
 Kinder/Jugend Winterthur

Gruppenpraxen

ZKJF Zentren für Kind
 Jugend und Familie

Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021
Seite 3 / 17

- 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 Clenia Schlössli AG betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer 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

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.
- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**
Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).
2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**
Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).
3. **Kostendeckung gewährleisten**
Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen (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. 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,

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».

Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴
Seite 8 / 17

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.

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
Seite 9 / 17

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 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 **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.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU).

Art. 50 Abs. 1 lit c NEU

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinspsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**.

Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische

und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten
Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die
Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen
sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

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 **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches

der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blosse Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. 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.

Freundliche Grüsse

Clenia Schlössli AG


Martin Werthmüller, Executive MBA HSG
Klinikdirektor


KD Dr. med. Markus Baumgartner, MAS MHC
Ärztlicher Direktor
Chefarzt PZW
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

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 Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefarztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplust AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplust.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
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	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 ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

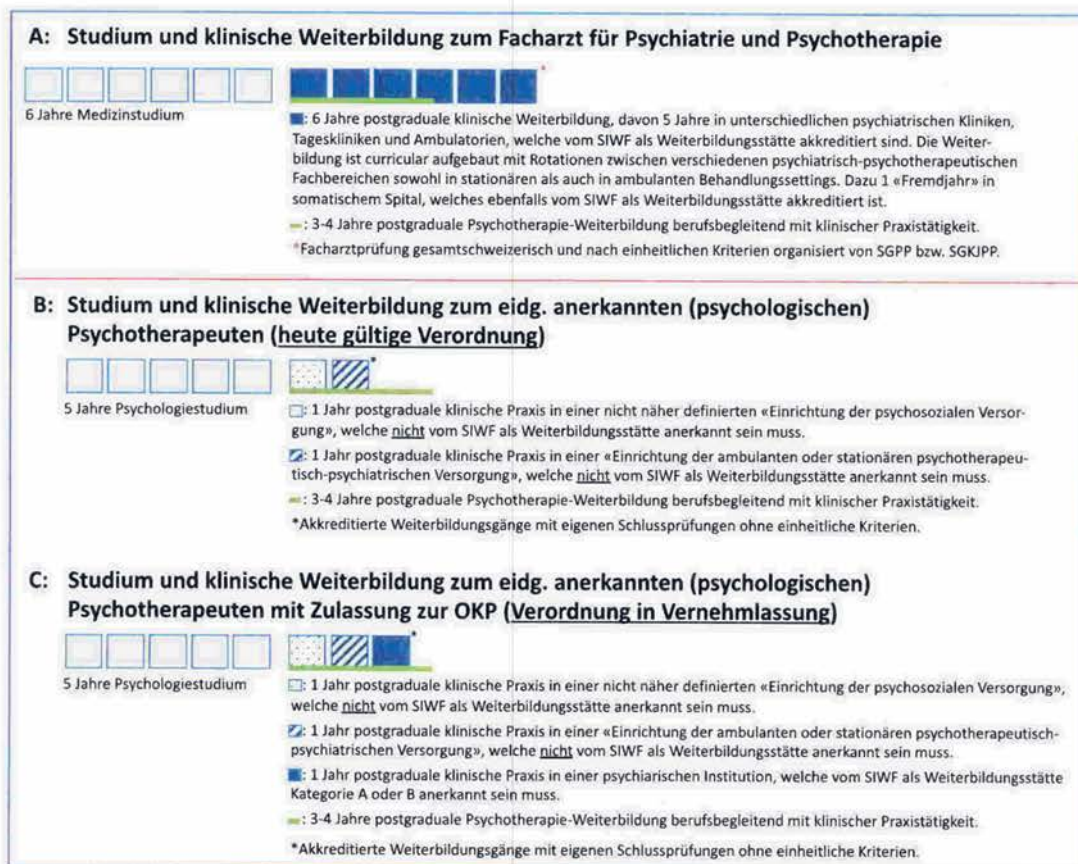


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Facharztkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunktstitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arzt Diplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-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).

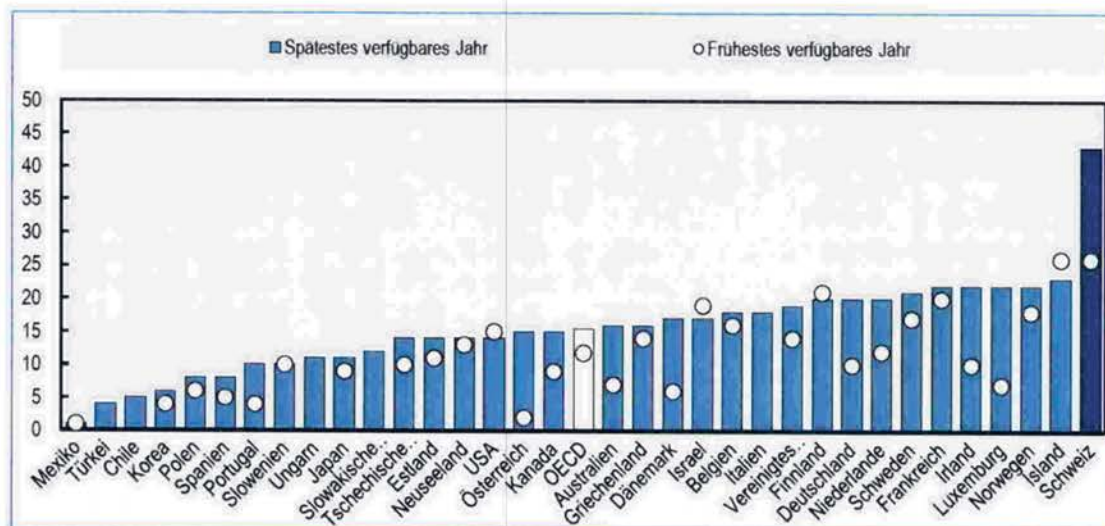


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

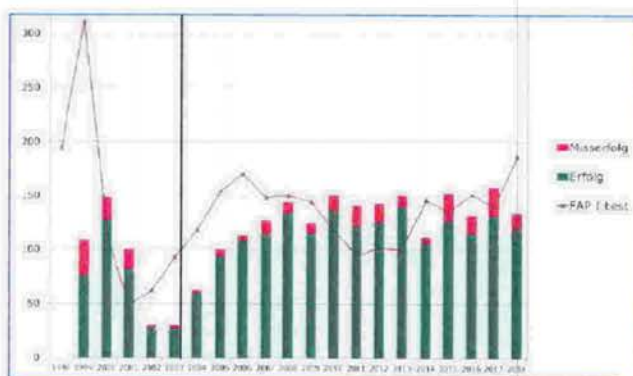


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-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.

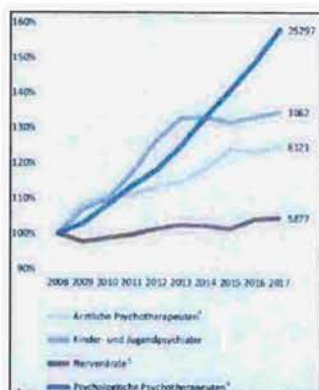


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

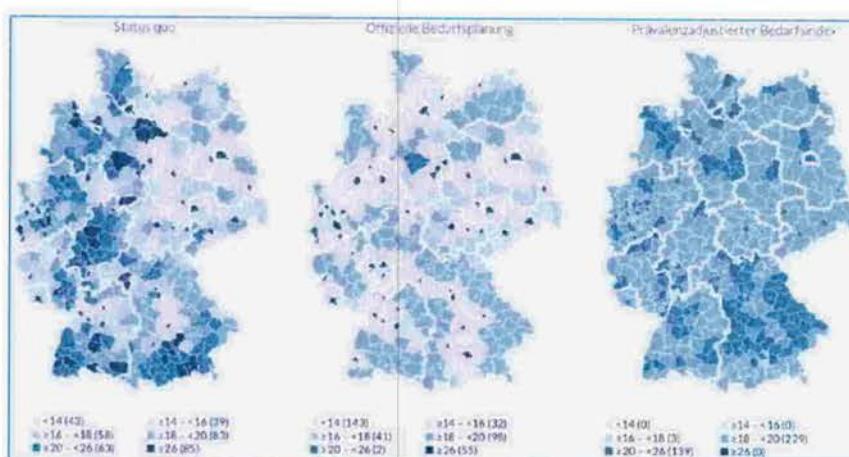


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

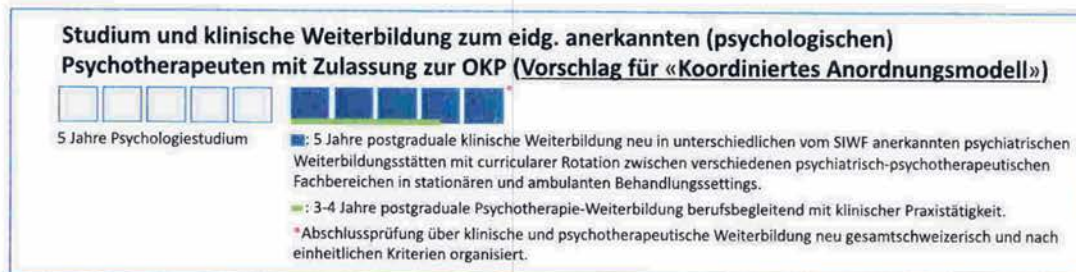


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

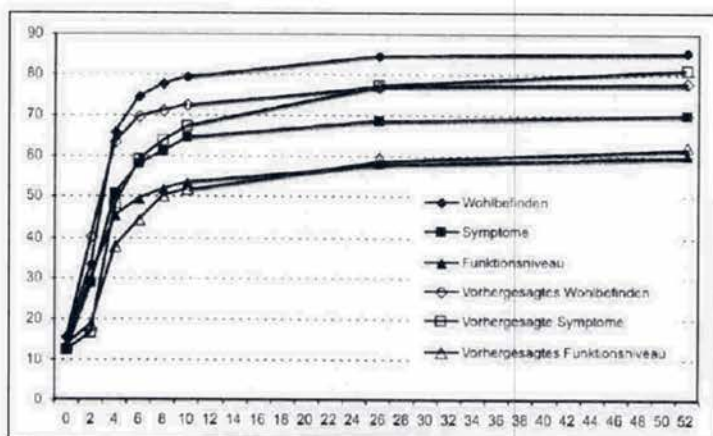


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten 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 Tarifsystem 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 : FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Parkstrasse 5

Kontaktperson : Dr. med. Daniel Barth

Telefon : 061 422 00 21

E-Mail : Daniel@Barth.net

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**

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KJP BS	<p>ALS NIEDERGELASSENER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER DES KANTONS BASEL-LAND SCHLIESSE ICH MICH DER DER STELLUNGNAHME DER FMPP UND DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER BS AN UND ERGÄNZE 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 Cotherapeuten, 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	<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.

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
KJP BS	2, Abs. 1, Bst. B)	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>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.</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>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“.</p>	
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. Daniel Barth</p>	<p>zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</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>Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz</i>	<i>11</i>
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	<i>Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen</i>	<i>15</i>
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	<i>Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes</i>	<i>18</i>
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	<i>Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen</i>	<i>19</i>
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

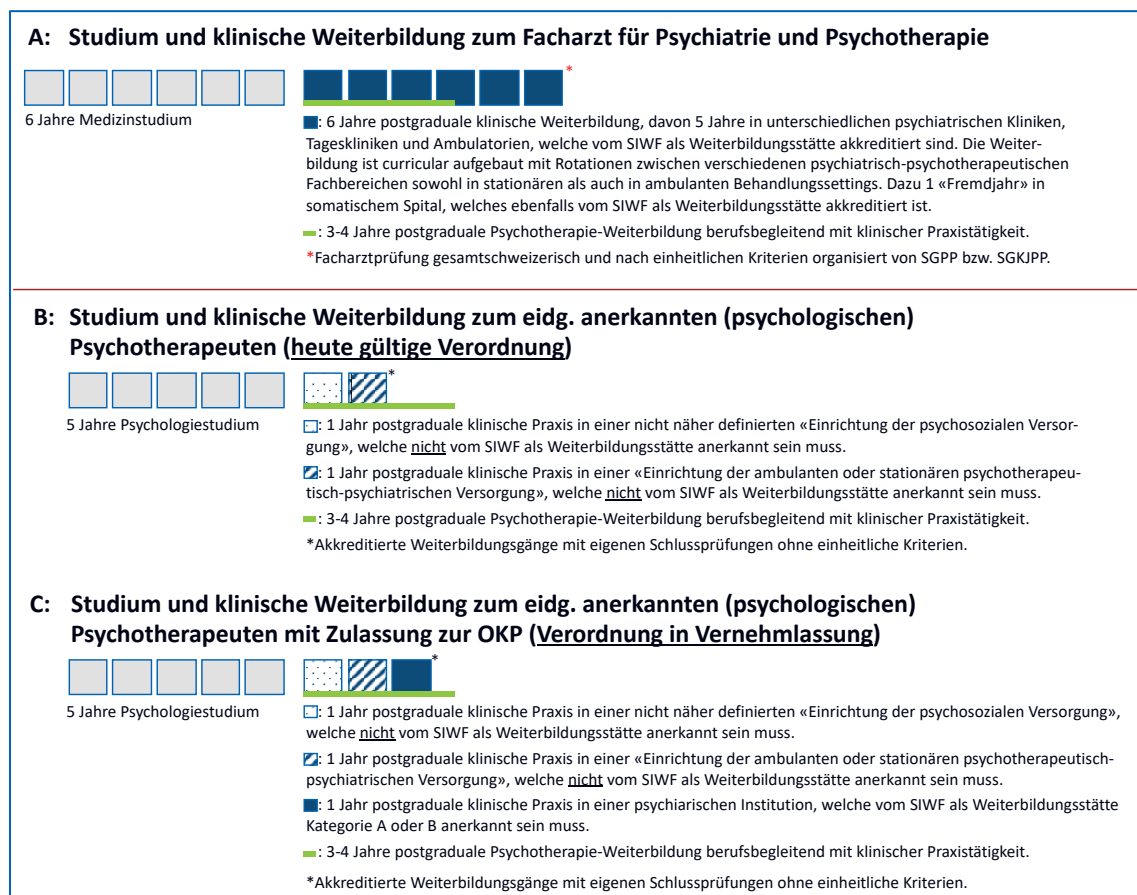


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei 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 sogenannt bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁹). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

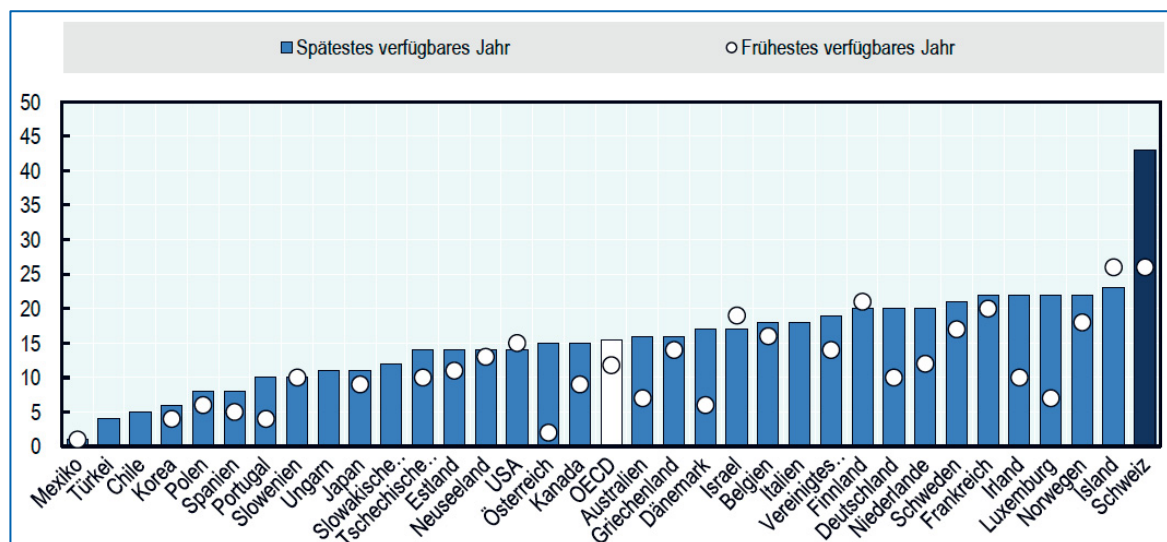


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

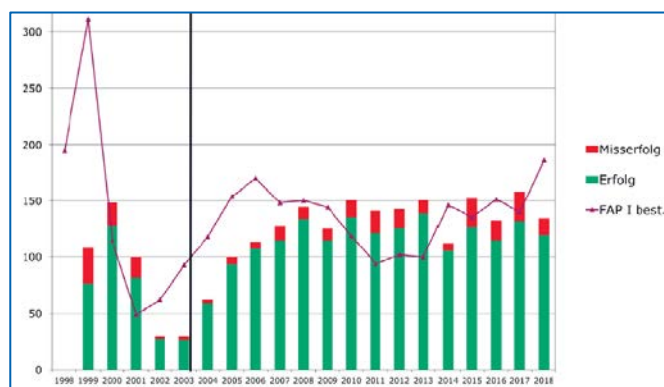


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

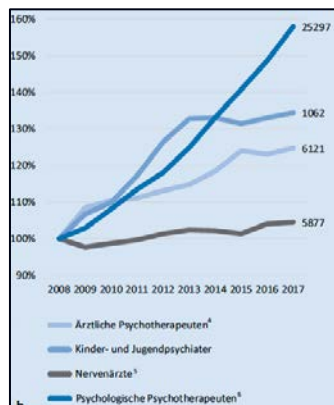


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

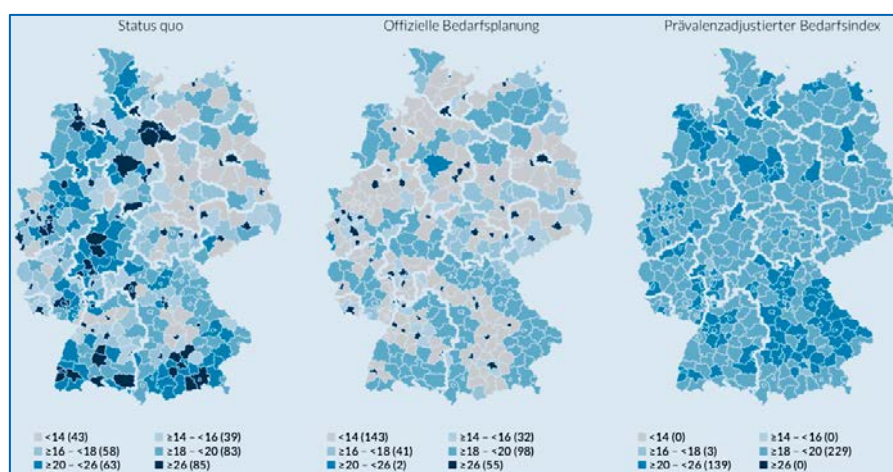


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen – analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen – in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

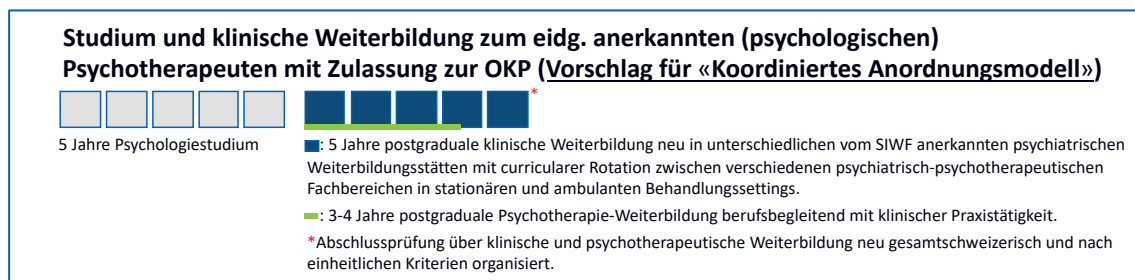


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

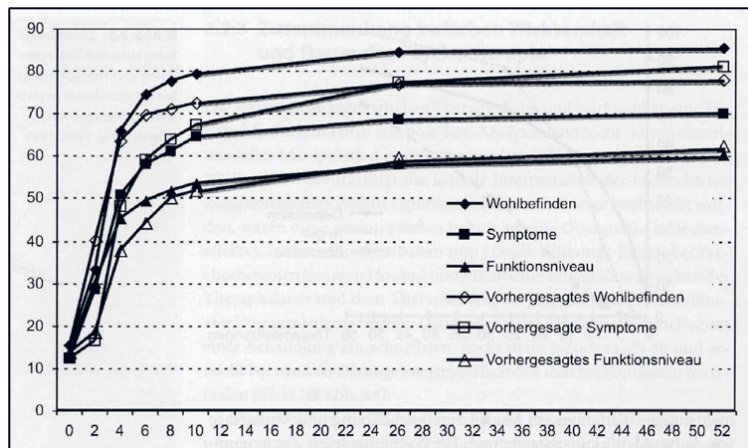


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmoitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

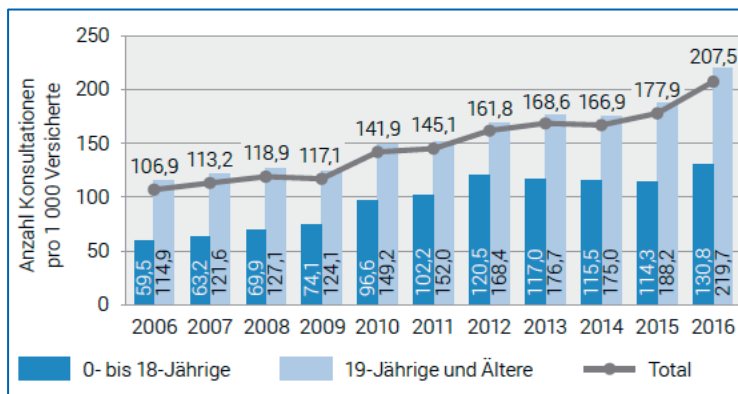


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Busch Daniel, dipl. Arzt

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Ackerstrasse 49, 8708 Männerdorf

Kontaktperson : Daniel Busch

Telefon : +41 78 829 55 81

E-Mail : dbusch@zadz.ch

Datum : 15. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Weitere Vorschläge	23

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Privat	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den 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

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Ich als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer 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.
Error! Reference source not found.	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>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)
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 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				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
Privat	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 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>	

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Daniel Busch, dipl. Arzt
Ackerstrasse 49
8708 Männerdorf

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zürich, 15. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab meinen Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betone: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis

auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche

klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».* Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: *«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie 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, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Daniel Busch, dipl. Arzt
Arzt für Psychiatrie & Psychotherapie

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Daniela Odenheimer

Adresse : Paulusgasse 16, 4051 Basel

Telefon : 076 328 60 40

E-Mail : d.odenheimer@eye.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**

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 Schreispfachstunde 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**

		<p>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“.</p>	
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 eingengt werden.</p> <p><i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></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. R. 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 : Dr. med. Eliana Saliba

Abkürzung der Firma / Organisation : Oberärztin

Adresse : Rütliweg 106, 3072 Ostermundigen

Kontaktperson : Dr. med. Eliana Saliba

Telefon : +76 445 29 41

E-Mail : eliana.saliba@gmx.net

Datum : XXXXXXXXXX

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

01. Okt. 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Frau Dr. med. Eliana Saliba	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Frau Dr. med. Eliana 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)).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<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. Eliana 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 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.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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		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 <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 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.			<p style="text-align: center;">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 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.</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. Eliana 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): <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**

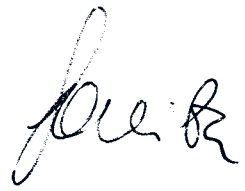
		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, 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 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. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Bern, 26. September 2019
 Dr. med. Eliana Saliba 

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

Dr. med. Eliana Saliba

Rütiweg 106

3072 Ostermundigen

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. Eliana 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. Eliana 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 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.

- Frau Dr. med. Eliana 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 Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

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, Sparsbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis

auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|--|
| <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 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 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.

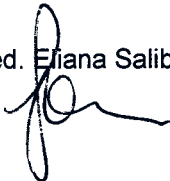
Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Eliana Saliba



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 Eliézer

Abréviation de l'entreprise / organisation : Eliézer

Adresse : Ch. Du Scex 10, 1920 Martigny

Personne de référence : Loriane Carron, directrice

Téléphone : 079 667 41 86

Courriel : loriane.carron@eliezer-vs.ch

Date : 01.10.2019

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
Association Eliézer	<p>L'association Eliézer 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'association Eliézer 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 Eliézer sera utilisée dans l'ensemble de cette prise de position.</u></p>
Association Eliézer	<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, Eliézer 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>
Association Eliézer	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par Eliézer_:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliézer 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, Eliézer 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.
Association Eliézer	<p>Contenus du projet rejetés par Eliézer et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliézer 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. • Eliézer 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"> • Eliézer 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. • Eliézer 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. Eliézer demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • Eliézer 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. • Eliézer 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.
Association Eliézer	<p>Adaptations complémentaires proposées par Eliézer, 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. Eliézer 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, <i>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,</i> 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 d'Eliézer, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • Eliézer 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, Eliézer 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, Eliézer 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.
Association Eliézer	<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)
Association Eliézer	45-50a			Aucune remarque.	
Association Eliézer	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>	
Association Eliézer	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</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

				de formation postgrade fédéral défini par la LPsy, ainsi que sur l'autorisation de pratiquer cantonale.	
Association Eliézer	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour Eliézer, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. Eliézer 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. Eliézer 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. Eliézer est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. Eliézer 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</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>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>Par conséquent, Eliézer 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"> • Eliézer 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. 	
--	--	--	--	--	--

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

Association Eliézer	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. Eliézer 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)
Association Eliézer	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>Eliézer 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, Eliézer 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>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</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

				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).	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 [...].
Association Eliézer	52d			Aucune remarque.	
Association Eliézer	(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 correspondant à leur champ d'activité;

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

					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.
Association Eliézer	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		Eliézer 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.	
Association Eliézer	Disposition transitoire	Al. 3		Eliézer 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)
Association Eliézer	2	1	a	Aucune remarque.	
Association Eliézer	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>Eliézer 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 	<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>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> <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>Eliézer 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>	
--	--	--	--	--	--

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

Association Eliézer	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>Eliézer 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>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

				Par conséquent, Eliézer 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 la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3.	
Association Eliézer	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 [...]
Association Eliézer	11b	1		Aucune remarque.	
Association Eliézer	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire Eliézer 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	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

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>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. Eliézer 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>	spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]
Association Eliézer	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>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

				<p>Eliézer 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>	
Association Eliézer	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>
Association Eliézer	11b	3		<p>Eliézer n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.</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</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.	individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.
Association Eliézer	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.
Association Eliézer	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.
Association Eliézer	Disposition transitoire			La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable.	

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 10. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die SMHC lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne 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 abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwellige Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kosten ausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher 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»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssen nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulas-

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*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 Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichter psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassenen Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Psychoanalytisches Seminar Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : PSZ

Adresse : Quellenstrasse 27

Kontaktperson : Norbert Wolff (Mitglied der Seminarleitung), Renata Maggi (Sekretariat)

Telefon : 044 271 73 97

E-Mail : seminarleitung@psychoanalyse-zuerich.ch

Datum : 12.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17. Okt. 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PSZ	<p>Das PSZ bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie.</p> <p>Grundsätzlich begrüssen wir es, dass das heutige Modell der delegierten Psychotherapie, in der psychologische Psychotherapeut*innen ihre Leistungen als Angestellte in einer Arztpraxis unter Aufsicht und in der Verantwortung der delegierenden Psychiater*in erbringen, abgeschafft werden soll – dieser Schritt war längst überfällig. Das Delegationsverhältnis war immer nur als eine vorübergehende Lösung gedacht und ist nicht angemessen, angesichts der hohen Anforderungen an die Qualifikation für eine psychotherapeutische Tätigkeit wie sie im PsyG geregelt sind und durch die akkreditierten Weiterbildungsinstitute gewährleistet wird. Das Delegationsverhältnis ist für die psychologischen Psychotherapeut*innen diskriminierend und erschwert den Patient*innen den Zugang zur Psychotherapie, da Praxen die vielen Anfragen nicht bewältigen können und teilweise lange Wartezeiten bestehen.</p> <p>Das BAG möchte den Zugang der Bevölkerung zur Psychotherapie erleichtern. Ziel ist eine bessere Versorgung der Patient*innen und eine Verbesserung der Berufsbedingungen der Psychotherapeut*innen. Diese Absichten begrüssen wir ausdrücklich. Unserer Einschätzung nach kann beides nur durch eine einmalige ärztliche Anordnung an eine Psychotherapeut*in im Sinne einer Zuweisung erreicht werden. Psycholog*innen mit einem Weiterbildungstitel in Psychotherapie sollen ihre Leistungen selbständig und in eigener Verantwortung erbringen und diese direkt mit der Grundversicherung abrechnen können. Der Zugang der Patient*innen zur psychotherapeutischen Versorgung soll damit erleichtert und verbessert werden.</p> <p>Der vorliegende Entwurf zum Anordnungsmodell im Vernehmlassungsverfahren beinhaltet verschiedene Aspekte, die im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an eine psychologische Psychotherapeut*in stehen. So werden die psychologischen Psychotherapeut*innen im Entwurf zum Anordnungsmodell in ihren Kompetenzen eingeschränkt, eine psychotherapeutische Behandlung selbständig zu planen, die Indikationsstellung zur Fortführung einer solchen Behandlung in eigener Verantwortung fortwährend zu überprüfen sowie die Anforderung zu erfüllen, eine Behandlung auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen. Insgesamt handelt es sich beim Entwurf zum Anordnungsmodell also nicht um eine Verbesserung der Berufsbedingungen für die Psychotherapeut*innen, wie es eigentlich beabsichtigt wäre. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage, ob damit die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung gewährleistet und somit die Versorgung der Patient*innen verbessert werden kann, was ebenfalls ein erklärtes Ziel des vorliegenden Entwurfes sein soll. Aus diesen Gründen plädieren wir für nachfolgende Änderungen des Verordnungsentwurfs.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

PSZ	<p>Ein wichtiger Punkt, den wir hier grundsätzlich anmerken wollen, betrifft die Situation der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung, die im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt wird.</p> <p>Wir fordern, dass für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung weiterhin die Möglichkeit besteht, in Ambulatorien oder sozialpsychiatrischen Diensten ambulant tätig zu sein. Eine entsprechende Verrechnbarkeit der Leistungen muss sichergestellt werden.</p> <p>Grundsätzlich verlangen wir von den Kantonen die Sicherstellung von ausreichend zahlreichen und fair entlöhnten Ausbildungsplätzen für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (durch den Wegfall der Möglichkeit in einem Delegationsverhältnis psychotherapeutisch tätig zu sein, wird der Bedarf an psychologischen Stellen in den Institutionen und Ambulatorien stark ansteigen, da die Weiterzubildenden die gesamte Weiterbildungszeit in Institutionen verbleiben werden).</p>
PSZ	<p>Wir möchten festhalten, dass wir es bedauern, dass wir und alle anderen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitutionen sowie die EFPP Suisse bei der Liste der Vernehmlassungsadressaten nicht aufgeführt wurden und regen an, diese Institutionen explizit in den weiteren Prozess einzubeziehen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSZ	50c	1	c	<p>Klinische Erfahrung: Eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer der genannten psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen ist für die Kompetenzerweiterung der psychologischen Psychotherapeuten sicher gewinnbringend. Der Grossteil der Psycholog*innen absolviert de facto bereits jetzt mindestens ein solches klinisches Jahr im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Psychotherapeut*in.</p> <p>Die Forderung, dass dieses klinische Jahr <u>nach</u> Abschluss der Weiterbildung zu erbringen ist, erachten wir als unvereinbar mit den Zielsetzungen des PsyG, die mit Abschluss der Weiterbildung eine Befähigung zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes beinhalten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst <u>nach</u> Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat.</p> <p>Wir fordern, dass die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung bereits <u>während</u> der Weiterbildung absolviert werden können. Dies auch, weil die tatsächliche Weiterbildungsdauer je nach Weiterbildungsang (in der Regel 4 bis 6 Jahre) erheblich sein kann (im Teilzeitmodell bis zu 10 Jahren). Unnötige Verlängerungen und die Benachteiligung von denjenigen, die ihre Weiterbildung in Teilzeit absolvieren (z.B. aufgrund von Kinderbetreuung) muss vermieden werden.</p>	<p><i>«Während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.»</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**

PSZ	Übergangs- bestimmung		<p>Übergangsbestimmung: Auch für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung soll eine Besitzstandswahrung gelten. Die Weiterbildung zur Psychotherapeutin ist ein langwieriger, zeit- und ressourcenintensiver Werdegang. Angehende Psychotherapeut*innen sind bereits während ihrer Weiterbildung hauptberuflich im Tätigkeitsfeld engagiert. Es ist sicherzustellen, dass die individuelle Karriereplanung nicht durch eine neue Gesetzgebung gefährdet ist (z.B. durch die vorgeschlagenen ergänzenden Zulassungsbedingung, die mit einer Aufgabe der privaten Praxis (im Delegationsverhältnis) und einer Rückkehr ins stationäre Setting verbunden wäre).</p> <p>Zudem muss eine Besitzstandswahrung gelten für Personen, die bisher nur im Angestelltenverhältnis psychotherapeutisch tätig waren. Wer schon jahrelang psychotherapeutisch gearbeitet hat, soll dies auch weiter tun können!</p>	<p>Ergänzung der Übergangsbestimmungen wie folgt:</p> <p><i>«Personen, die beim Inkrafttreten der Änderungen vom (Datum) sich bereits in Weiterbildung zur Psychotherapeutin nach PsyG befinden, werden nach Abschluss der Weiterbildung zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.»</i></p>
-----	--------------------------	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSZ	2	1	b	<p>Diagnostik: Das PSZ lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vorschlag definiert ist ab, solange die Tauglichkeit und Praktikabilität einer solchen Diagnostik sich nicht in einem Pilotprojekt bewährt hat.</p> <p>Sollten validierte diagnostische Instrumente nach Abschluss des Pilotprojekts zur Anwendung kommen, dann müssen diese zwingend an das jeweilige empirisch anerkannte Therapieverfahren angepasst sein.</p> <p>Erläuterungen dazu: Diagnostik, Therapie und Effekt befinden sich auf gleicher Ebene: eine psychodynamische Therapie z.B. erfordert eine psychodynamische Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik als auch eine psychodynamisch fundierte Erfassung der Therapieeffekte (PTO-Kongruenz¹). Eine rein deskriptive Diagnose, die sich auf Symptome und beobachtbares Verhalten konzentriert, wie die psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V und die Methode der genetischen Diagnostik erfassen nicht alle relevanten Informationen für Diagnostik, Behandlung und Prognose. Daher müssen zur sachgerechten Erfassung der Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik die Instrumente um andere Dimensionen ergänzt werden.</p>	<p>Das PSZ lehnt zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wie sie im Vernehmlassungsentwurf beschrieben wird ab.</p> <p>Bei Anwendung: <i>«Sie umfasst eine Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik, sowie eine Erfassung der Therapieeffekte mit validierten Instrumenten in Kombination von Fremd- und Selbsteinschätzung, die sich an den jeweiligen empirisch anerkannten Therapiemethoden (psychoanalytisch, systemisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch) orientieren.»</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Zudem ist auf eine Selbst- und Fremdeinschätzung zu achten um einer grobe Fehleinschätzung vorzubeugen.</p> <p>Für die psychodynamischen Verfahren ist dabei die Erfassung von intrapsychischen Konflikten und strukturellen Charaktermerkmalen resp. Einschränkungen² internationaler Standard. D.h. neben den Symptomveränderungen muss die Diagnostik insbesondere strukturelle Veränderungen mit berücksichtigen. Strukturdiagnostik hat eine grosse Relevanz für die Behandlungsplanung (Setting, Ziele, Interventionen, etc.) damit Patienten nicht unter- oder überfordert werden.</p> <p>Mittlerweile gibt es verlässliche und valide psychoanalytische Instrumente zur Strukturdiagnostik, die sich international etabliert haben: das Manual der OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und die erprobte Heidelberger Umstrukturierungsskala HSCS. Beide Verfahren sind zentral in der Schweiz mitentwickelt und erprobt worden. Die OPD-2 ist heute wichtiger Bestandteil des Weiterbildungsprogramms der FMH. Sie wird in psychiatrischen Kliniken, psychiatrischen Ambulatorien und psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen eingesetzt³ und findet eine breite Verwendung. Sie ist zudem in der aktuellen Psychotherapieforschung⁴ und Qualitätssicherung zentral. Mit der Qualitätssicherung für psychodynamische Psychotherapie (QPP)⁵ gibt es zudem ein praktikables und massgeschneidertes Instrumentarium für ambulante Psychotherapie.</p> <p>Heutiger wissenschaftlicher Konsens in der Psychotherapieforschung ist, dass es keine validierte, einheitliche Erfolgsdiagnostik von psychotherapeutischen Behandlungen gibt,</p>	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>vor allem keine, die zur Steuerung des Therapieprozesses oder der Therapiedauer geeignet wären, aber es existieren Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Der Begriff der «Erfolgsdiagnostik» ist durch den Begriff der «Erfassung von Therapieeffekten» zu ersetzen.</p> <p>Die Einschätzung eines Therapieeffekts in Bezug auf eine psychotherapeutische Behandlung ist nach obigen Ausführungen abhängig von der Validität der unterschiedlichen Messinstrumente, dem jeweiligen angewendeten Therapieverfahren und der individuellen psychotherapeutischen Beziehung. Wirksamkeit kann somit nur am individuellen Verlauf einer Behandlung, d.h. einzelfallbezogen mit Hilfe der Einstiegs- und Verlaufsdiagnostik und einer Therapieeffekterfassung unter Berücksichtigung der Informationen von Patient und Therapeut beurteilt werden. Es geht um eine praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen.</p>	
PSZ	3			<p>Anzahl der Sitzungen: Es soll an der bisher bewährten Sitzungszahl von 40 Stunden festgehalten werden, die sich in den letzten 12 Jahren sowohl in der Praxis bewährt hat als auch durch die wissenschaftliche Forschung bestätigt wird.⁶</p> <p>Erläuterungen: Dem Verordnungsentwurf liegt mit Bezug auf die BASS Strukturerhebung (2012) die Annahme zugrunde, dass sich die durchschnittliche Anzahl Therapiesitzungen pro Psychotherapie auf 29 Therapiesitzungen beläuft. In der BASS Studie wird die</p>	<p><i>«Die Versicherung übernimmt die Kosten für 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer bis zu 90 Minuten bei Einzelsitzungen, 105 Min. für Paar-, Familien- und Gruppentherapie. Artikel 3b bleibt vorbehalten.»</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Abbruchquote am Anfang der Therapien nicht adäquat berücksichtigt, was zu einer Verzerrung der Durchschnittswerte führt. Die zugrundeliegenden wissenschaftlichen Befunde sind umstritten. Andere Studien zeigen, dass ein beträchtlicher Teil der Psychotherapien mehr als 40 Sitzungen benötigt.⁷</p> <p>Bei vielen Patient*innen muss entsprechend ein Gesuch um eine oder mehrere Verlängerungen der Kostengutsprachen gestellt werden. Eine Verlängerung der Psychotherapie ist in vielen Fällen sowohl zweckmässig und nachhaltig als auch wirtschaftlich. So zeigt die Psychotherapieforschung nicht nur, dass in Langzeitpsychotherapien Symptome erfolgreich behandelt werden, sondern auch, dass im Vergleich zu kürzeren Therapieverläufen insbesondere strukturelle Veränderungen in der Psyche der Patient*innen erzielt werden, welche eine erneute Erkrankung mit den gleichen oder anderen psychischen oder somatischen Symptomen verhindert.⁸</p> <p>Sitzungsdauer: Die Beschränkung der Sitzungsdauer insbesondere bei Einzelsitzungen ist unsachgemäss und steht in klarem Widerspruch zu den Anforderungen des PsyG (Art. 5, Abs. 2, Buchstaben c und f), welches «interdisziplinäre Zusammenarbeit» und «Einbezug von Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens» verlangt.</p> <p>Erläuterungen: In der Behandlung von strukturschwachen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen), chronisch kranken und schwer beeinträchtigten (traumatisierten) Patient*innen sowie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, wo der Vernetzung mit</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Zuweisenden und anderen Fachpersonen aus dem Helfernetz oder Gesprächen mit Angehörigen oder Arbeitgebern eine grosse Bedeutung zukommt, ist eine solche Einschränkung unrealistisch, nicht durchsetzbar und therapeutisch kontraindiziert.</p> <p>Um den oben genannten Patientengruppen gerecht werden zu können, müssen die bisherigen zeitlichen Rahmenbedingungen beibehalten werden.</p>	
PSZ	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugnis: Im Sinne der Besitzstandwahrung müssen auch Ärzt*innen, die keinen der genannten Facharztstitel besitzen, aber einen bestehenden Fähigkeitsausweis zur Delegation nachweisen, zur Anordnung zugelassen werden.</p>	
PSZ	11b	2, 4		<p>Erneuerung der Anordnung nach 15 Sitzungen: Die Erneuerung der ärztlichen Anordnung nach 15 Sitzungen ist sowohl aus therapeutischer als auch fachlicher Perspektive nicht zielführend, nicht praktikabel und kontraproduktiv.</p> <p>Erläuterungen: Ein stabiles Behandlungssetting ist für den Therapieprozess unerlässlich. Die Unsicherheit, ob die Therapie nach 15 Sitzungen weiter finanziert wird, erschwert oder verhindert, dass sich Patient*innen ausreichend auf die Therapie einlassen können, womit die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Therapie stark reduziert wird und damit auch die erhoffte Kostensenkung in Frage steht.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Zudem zeigen die allermeisten verfügbaren Studien, dass 15 Stunden Psychotherapie als Krisenintervention durchaus gute Wirkung zeigen können, dass leider aber mit 15 Stunden Psychotherapie keine nachhaltige Veränderung psychischer Störungen erzielt werden kann.⁹</p> <p>Die Beurteilung der Indikation für eine Psychotherapie (erste Anordnung) ist eine Sache, die Beurteilung der Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie (Verlängerung) eine andere. Dazu werden fundierte psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen benötigt, wie sie Psychotherapeut*innen dank ihrer fundierten Weiterbildung und klinischen Erfahrung besitzen. Mit Ausnahme der Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sind Ärzt*innen i.d.R. dafür nicht entsprechend qualifiziert. Es ist daher mit Fehleinschätzungen zu rechnen; dies in Kombination mit dem administrativem Aufwand für die Ärzteschaft, bei ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen.</p> <p>Psychotherapeut*innen sind gemäss PsyG in der Lage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>«die Problemlagen und die psychische Verfassung ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen und adäquate Massnahmen anzuwenden oder zu empfehlen»</i> • <i>«mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen.»</i> <p>Es ist daher nicht einzusehen, weshalb für die Fortführung der Therapie die Anordnung durch eine Kontrollinstanz benötigt wird, zumal die Zweckmässigkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Massnahme äusserst fraglich ist.</p>	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Wenn die Art der psychischen Störung der Patient*in eine Zusammenarbeit mit einer Psychiater*in erforderlich macht (z.B. wegen einer notwendigen zusätzlichen medikamentösen Behandlung), ist die/der psychologische Psychotherapeut*in in der Lage, dies zu erkennen und selbständig in die Wege zu leiten.</p> <p>Wir plädieren daher für eine einmalige ärztlich Anordnung (Zuweisung) zur Einleitung der Therapie. Die Beurteilung der Notwendigkeit bzw. die Indikationsstellung einer Fortführung der Therapie soll im alleinigen Ermessen der/des behandelnden Psychotherapeut*in liegen. Sie können die notwendige Behandlungsdauer am besten einschätzen.¹⁰ Dementsprechend soll auch der Bericht an den Vertrauensarzt der Krankenkasse durch die/den behandelnde/n Psychotherapeutin / Psychotherapeuten erfolgen.</p>	<p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p><i>Vor Ablauf von 40 Stunden Psychotherapie erstattet der/die behandelnde Psychotherapeutin / Psychotherapeut dem/der Vertrauensarzt/in der Krankenkasse Bericht, wenn eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie besteht.</i></p>
PSZ	11b	3,5		Siehe Ausführungen zu Art. 3.	
PSZ	II			<p>Übergangsbestimmung:</p> <p>Um die Weiterführung der Therapie ohne unnötige Unterbrüche zu gewährleisten und um den organisatorischen Anpassungen während der Berufsausübung Rechnung zu tragen, ist eine Übergangsfrist von mindestens 36 Monaten nötig (Anpassung bzw. Erwerb von EDV-Systemen; Kündigung bzw. Neuregelung der Mietverhältnisse der Räumlichkeiten; administrative, buchhalterische und treuhänderische Abläufe).</p>	<p><i>«Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 36 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum). Für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befindenden (gemäss PsyG 935.81 vom 18. März 2011, Art. 6, Abs. 1 und 2) und in Delegationsverhältnis</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				Im Fall der in psychotherapeutischer Weiterbildung stehenden Psycholog*innen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Verordnung bereits im Delegationsmodell tätig sind, ist eine zusätzliche Verlängerung dieser Übergangsfrist bis zum Abschluss ihrer Weiterbildung notwendig - auch im Sinne der Besitzstandswahrung.	<i>arbeitenden Psycholog*innen, übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 5 Jahre.»</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.

¹ PTO-Kongruenz , P „clinical problem“, T „process of therapeutic change“, O „clinical outcome“ (Strupp, Schacht & Henry (1988).

PTO-Studien: Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (Rudolf, Grande, Oberbracht, Jakobsen et al.; FIPP (Küchenhoff et al. Basel); Jungianer Studie (Mattanza et al. Zürich); QPP Qualitätssicherung für ambulante Praxen (Rudolf, Jakobsen, Horn); PAL-Studie.

² „Psychologische Gesundheit ist nicht bloss die Abwesenheit von Symptomen; sie ist das positive Vorhandensein innerer Fähigkeiten und Ressourcen, das Menschen ermöglicht, mit einem stärkeren Gefühl der Freiheit und der Möglichkeiten zu leben. Symptomorientierte Ergebnismasse, die üblicherweise in Outcome-Studien benutzt werden (z.B. des Beck-Depressionsinventar Beck et al 1961 (...)) versuchen nicht, solche innere Fähigkeiten zu bewerten (Blatt u. Auerbach 200; Kazdin 2008).

(...) Daher unterstützt diese wichtigste Förderungsinstitution (National Institut für Mental Health NIMH) seit einigen Jahren keine ausschließlichen Ergebnisstudien mehr, sondern nur solche, die Erkenntnisse zu den zugrundeliegenden Veränderungsmechanismen versprechen. (Kaufhold et al. (2019) Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie. Psyche – Z Psychoanal 73 ,106-133.)

Zudem mehren sich die Hinweise, dass eine nachhaltige gesundheitliche Besserung auf der Veränderung von Konflikt und Strukturmerkmalen basiert.

³ Arbeitskreis OPD-2 (2015) OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung. Hogrefe Verlag.

Arbeitskreis OPD (2014) OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe Verlag.

Arbeitskreis OPD Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD (Hrsg.). OPD-2 Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik Manual. Bern, Huber 2013

⁴ J.C. Ehrenthal (2014) Strukturdiagnostik. Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. Journal Psychodynamische Psychotherapie PDP, Vol. 13, 103-114.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassungsverfahren

⁵ Dipl. Psych. Th. Jakobsen & Prof. Dr. G. Rudolf (2019) Erfahrungen mit der Qualitätssicherung für psychoanalytische Psychotherapie (QPP).

Erfahrungen mit der Qualitätssicherung für psychodynamische Psychotherapien (QPP)

Grundsätzliches:

Das Qualitätssicherungsprojekt QPP für ambulante psychoanalytische und tiefenpsychologische Psychotherapien beinhaltet eine fragebogensgestützte Evaluation der Therapieergebnisse aus Patienten- und Therapeutenperspektive. Dies stellt eine ergänzende Bemühung zur Qualitätssicherung /-management dar und soll es ermöglichen, unter Praxisbedingungen eine verfahrensspezifische Form der Qualitätssicherung durchzuführen. **Durchgeführt wurde sie von 2001 bis ca. 2010 auf freiwilliger Basis in Deutschland und der Schweiz von 71 psychodynamischen Praxen die für die Kosten selbst aufkamen. Es wurden ca. 340 Patienten mit diesem System erfasst und die Daten an die Therapeuten zurückgemeldet.**

Ziel war es, dem Therapeuten durch systematische einzelfallbezogene Rückmeldungen Informationen zur Verfügung zu stellen, die ihm zusammen mit ihren detaillierten Kenntnissen aus der Behandlung eine Verlaufsbeurteilung ermöglichen, so dass z.B. langfristig „gute“ und „problematische“ Verläufe identifiziert werden können. Zugrunde liegt die Vorstellung, dass eine angemessene Qualitätssicherung sinnvoll nur mit dem Wissen des Therapeuten über den individuellen Prozess möglich ist.

Vorgehen:

QPP stütze sich auf Erfahrungen und Materialien der Berliner Psychotherapiestudie, der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) und Erfahrungen mit der einzelfallbezogenen Rückmeldung auf der Station der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg. Verwendet wurden die Begrifflichkeiten der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD).

Durchgeführt wurden Erhebungen zu Beginn und zum Ende der Therapie, zusätzlich sind Verlaufseinschätzungen sinnvoll: 6 Monate oder 1 Jahr nach der Therapie war eine katamnestiche Erhebung auf Patientenseite empfohlen.

Zusätzlich würde man heute die neuen Patientenfragebögen der OPD (Struktur und Konflikt) einsetzen. Die OPD-2 für den Therapeuten ist bereits enthalten.

Beginn	Therapieverlauf	Ende	Katamnese
Bogen vom Th. → Pat.	Bogen vom Th. → Pat.	Bogen vom Th. → Pat.	Bogen per Post vom Th. → Pat.
Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen Pat. & Th. p. Post → Zentrum	Bögen p. Post Pat. → Th. → Zentrum
→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.	→ Rückmeldung per e-Mail an Th.

Ziele:

- ♦ Praxisnahe Evaluation und kritische Begleitung ambulanter Psychotherapien
- ♦ Validierung der Ergebniseinschätzung durch die Verknüpfung von Patienten- und Therapeutenperspektive
- ♦ Zertifizierung von Praxen, die an der Qualitätssicherung teilnehmen

- ♦ Keine direkte Einflussnahme auf den aktuellen therapeutischen Prozess
- ♦ Kein undifferenzierter Vergleich verschiedener Praxen miteinander

Achtung: Eine qualitätssichernde Begleitung des therapeutischen Prozesses mit dem Ziel, auf problematische Indikationen oder akute krisenhafte Entwicklungen zeitnah hinzuweisen, ist nicht intendiert und nicht möglich.

Vorteile des vorgeschlagenen Vorgehens:

- ♦ Die qualifizierte Beurteilung des Therapieverlaufs obliegt dem Therapeuten.
- ♦ Die so eingesetzten Instrumente sind gegenstandsangemessen.
- ♦ Vergleiche von Patienten- und Therapeuteneinschätzungen zu Therapiebeginn und -ende (Therapieergebnis) sind möglich.
- ♦ Katamnestiche Erhebungen der Patienteneinschätzungen sind leicht realisierbar.
- ♦ Eine Gesamtübersicht über die Praxis ist bei längerer Beteiligung möglich.
- ♦ Geringe Beeinflussung des aktuellen Therapieprozesses und Minimierung des Aufwandes durch ein zentrales Auswertungszentrum.
- ♦ Übersichtliche zeitnahe Rückmeldungen zu den einzelnen Behandlungen für die Therapeuten in schriftlicher Form.
- ♦ Praktisch und realisierbar in einer ambulanten Praxis.

Kritische Punkte:

- ♦ QPP macht Arbeit. Pro Pat. für den Th. ca. 3 h verteilt auf die gesamte Therapie.
- ♦ Die Durchführung kostet Geld (Lizenzgebühren, Porto, Auswertung etc.)
- ♦ Um Selektionseffekte zu vermeiden, sollten alle behandelten Patienten eines Therapeuten teilnehmen.
- ♦ Patienten, mit denen nur probatorische Sitzungen stattfinden nehmen nicht teil.
- ♦ Die Erfassung der Therapieabbrüche und deren Gründe ist wichtig, da diese in der Logik der Qualitätssicherung einen „unentdeckten Schatz“ darstellen.

© 2019 Dipl. Psych. Th. Jakobsen & Prof. Dr. G. Rudolf (Basel/Heidelberg)

⁶ P. Tossman et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015; Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

⁷ M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

⁸ M. Leuzinger-Bohleber et. al (2019). Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung* Ergebnisse der LAC-Studie in Psyche – Z Psychoanal 73, 2019, 77–105; M. Leuzinger-Bohleber et. al (2003; 84: 263-290) How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study¹ von in Int J. Psychoanal; J. Kaufhold et al (2019 106-133). Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie*. In Psyche - Z Psychoanal 73 (02), 2019.

⁹ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015. 247-250; M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015; Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Prädiktoren, Outcome. Psychiatrische Praxis, 41 (6), 305-312.

¹⁰ P. Tossmann et al (2015): Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? In Psychotherapeuten Journal 3/2015. 247-250; M. Sieber (2015) Dauer und Beendigung von Psychotherapien. Leading Opinions, 10.12.2015

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Frau Dr. med. Erika Gutte

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Chapfstrasse 13, 8625 Gossau ZH

Zürich, den 4. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet.** Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr

Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die

psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparsbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in

Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu

bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in

Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Mit freundlichen Grüßen

Erika Gutte

Dr. med. Erika Gutte

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

Dr. med. Erika Gutte, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Chapfstrasse 13,, 8625 Gossau ZH

Telefon +41 044 935 25 21

Mail-Adresse: Erika.Gutte@hin.ch

Datum 4. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachstelle für Abhängigkeitserkrankungen Bezirk Bülach

Abkürzung der Firma / Organisation : fabb

Adresse : Bahnhofstrasse 6

Kontaktperson : Dr. phil. Annette Glaser (Geschäftsleiterin)

Telefon : 044 804 11 64

E-Mail : a.glaser@fabb.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
fabb	<p>Die fabb 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 fabb 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 fabb der Stellungnahme der FSP entspricht.</p>
fabb	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die fabb klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die fabb 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 fabb 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.
fabb	<p>Inhalte der Vorlage, welche die fabb ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die fabb 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 fabb 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 fabb 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 fabb lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die fabb verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die fabb 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 fabb 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.
Fabb	<p>Ergänzungen, welche die fabb 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 fabb 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 fabb braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die fabb 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 fabb eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die fabb 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**

fabb	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)
fabb	45-50a			Keine Bemerkungen	
fabb	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>	
fabb	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.	
fabb	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 fabb unbestritten. Die fabb 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 fabb 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 fabb begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die fabb 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 fabb 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 fabb ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
fabb	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 fabb fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
fabb	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die fabb ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die fabb 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 fabb 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**

fabb	52d			Keine Bemerkungen	
Fabb	(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>
fabb	Übergangsbest.	1 & 2		Die fabb 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.	
fabb	Übergangsbest.	3		Die fabb 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)
fabb	2	1	a	Keine Bemerkungen	
fabb	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die fabb 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 fabb 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.	
fabb	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die fabb 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 fabb 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>	
fabb	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>
fabb	11b	1		Keine Bemerkungen	
fabb	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die fabb 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 fabb 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>
fabb	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 fabb 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.	
fabb	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>
fabb	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>
fabb	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.
fabb	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.
fabb	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.	



Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Bern, 26. September 2019

**Stellungnahme der Fachstelle kindsverlust.ch
zur Änderung KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen
Psychotherapie und der Zulassungsvoraussetzungen nicht-ärztlicher
Leistungserbringer**

Wir von der Fachstelle kindsverlust.ch begrüßen die Vernehmlassung zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie, welche am 26. Juni 2019 vom Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in Auftrag gegeben wurde.

Die Änderungen bedeuten einen wichtigen Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben. Wir unterstützen zudem die Stellungnahme der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände FSP, ASP und SBAP, welche gemeinsam erarbeitet wurde.

Wir von der Fachstelle kindsverlust.ch kennen aus der Praxis die Schwierigkeit, dass sehr viele psychiatrischen Praxen ausgelastet sind und es Wartelisten gibt. Zudem kommt oftmals die schwierige finanzielle Situation vieler Familien, welche eine notwendige Psychotherapie erschwert oder sogar verunmöglicht. Es braucht deshalb einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie, speziell auch in Krisen- und Notfallsituationen. Dies gewährleistet ein niederschwelliges Angebot, was die rechtzeitige Versorgung der Klienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.

Die Fachstelle kindsverlust.ch bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) sowie beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben.

Anna Margareta Neff Seitz
Leiterin kindsverlust.ch

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Fahmüller Mark

Adresse : Tiergartenstrasse 15, 4410 Liestal

Telefon : 061 922 00 20

E-Mail : mark.fahmueller@hin.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**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	4
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	9
Weitere Vorschläge	17

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. med. Fahmüller Mark	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.	
Error!	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

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. Dr. med. Fahmüller Mark	50	1	c	Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von <u>einem Jahr</u> in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung verfügen viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar über gute theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Ein Arzt benötigt sechs Jahre der Weiterbildung, um die dafür notwendigen umfassenden Kompetenzen zu erwerben. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots und damit einer Kostenausweitung sorgen, <u>ohne</u> entsprechende	...eine klinische Erfahrung von mindestens 2 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Krankheitsspektrum).

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen, Kinder und Jugendliche).</p> <p>Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen, praktische Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka und anderen Medikamenten, Arbeit mit Familien und Betreuung-/Beschulungssystemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.</p> <p>Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).</p> <p>Die Unterversorgung der bedürftigen Personengruppen wird nicht behoben werden, hingegen wird es</p>	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>voraussichtlich zu einer Fehlversorgung kommen. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, in kürzeren Zeiträumen kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Im Altersbereich und Bereich der schwer erkrankten Personen ist häufig eine Erhaltung oder nur langsame Verschlechterung der verbliebenen Vermögen ein sinnvolles Therapieziel. Diese Patienten werden grosse Mühe haben, eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten, wenn „Erfolg“ durch Verbesserungen auf Skalen gemessen werden soll.</p> <p>Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die adäquate Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen, da diese derzeit ohnehin mit immer grösseren Problemen in der Rekrutierung geeigneten ärztlichen Personals zu kämpfen haben. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.</p> <p>Durch den Wegfall der bisherigen delegierten Psychotherapie und die zukünftig mangelnde</p>	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Ausbildung in der Behandlung komplexer Fälle, werden auf längere Sicht diejenigen Psychotherapeutinnen und –therapeuten für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten fehlen, welche heute eng mit einem Psychiater/ einer Psychiaterin unter einem Dach mit regelmässigen Super- bzw. Intervisionen zusammenarbeiten und dadurch eine ständige Kompetenzerweiterung in der Versorgung schwerer erkrankter Patienten und Patientinnen erfahren und dadurch adäquat in der Lage sind, diese Patienten mitzuversorgen.</p> <p><i>FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf <u>zwei</u> Jahre in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut).</i></p>	
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not					

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Error! Reference source not found. Dr. med. Fahmüller Mark	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 verfahrens-fremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat. Speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind derlei Messinstrumente ohnehin wenig geeignet und aussagekräftig, da hier auch das Urteil der beteiligten Erwachsenen eine bedeutende Rolle spielt.</p>	<p>STREICHUNG von Art. 2, Abs. 1, Bst. b) für die ärztliche Psychotherapie</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, dürfte doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden präferieren. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Einmal mehr ist zu befürchten, dass gerade die schwerkranken und dauerhaft behinderten Patienten, bei welchen sich kaum oder keine Verbesserungen abbilden lassen, benachteiligt werden. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben.</p> <p>Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen. In der somatischen Medizin werden auch keine diagnostischen Instrumente vorgeschrieben, da man vertrauensvoll davon ausgehen kann und darf, dass Ärzte und Ärztinnen solche selbstverständlich verwenden, wenn sie deren bedürfen, sie aber auch nicht anwenden, wenn nicht notwendig oder sinnvoll.</p> <p>Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert, welche Konsequenzen diese haben werden und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit neu nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.</p> <p>Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen und welche Konsequenzen sich daraus ergäben. Dieser Punkt ist extrem heikel, da sich, sollten die Daten zur Beurteilung einer Verlängerung der Kostengutsprache verwendet werden, nicht absehbare Vor- und Nachteile für bestimmte Patientengruppen ergäben. Bei einem möglichen Vergleich von Einzelpraxen im Sinne eines Benchmarking bestünde die Gefahr einer positiven Patientenselektion und Benachteiligung von Ärzten, welche sich um Patientinnen kümmern, welche sich nicht in einem gewünschten Sinne auf entsprechenden Skalen abbilden lassen, z.B. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen, welche mehr als junge Menschen mit Ressourcen und gutem Verbesserungspotential der ärztlichen Behandlung, Betreuung und Fürsorge bedürften. Psychiatrische Behandlung ist in vielen Fällen Langzeitbehandlung bis zum Tod. Hier spielen skalierbare quantifizierende Instrumente zur Verlaufsbeurteilung nur eine sehr marginale Rolle</p> <p>Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Somit würde</p>	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>letztlich de facto die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird.</p> <p>Sollte die Forderung nach Messinstrumenten der Einschränkung einer befürchteten Mengenausweitung dienen, so ist diese bei ärztlichen Psychotherapeuten, welche ohnehin unter Nachwuchssorgen leiden, nicht nötig. Im Gegenteil könnten solche unnötigen und als sinnlos erlebten administrativen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit junge Kollegen und Kolleginnen zusätzlich davon abhalten, den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben.</p> <p><i>FORDERUNG:</i> Die FG <i>Ψ BL</i> fordert, dass Punkt 1b für die <i>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><i>FORDERUNG: Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></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 Ψ BL verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</p> <p>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die FG Ψ BL die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</p>	<p>einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
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>Ohne vertiefte Kenntnisse bzw. ohne entsprechende Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es für eine Ärztin, einen Arzt unmöglich ausreichend objektiv Patientenzustand und Verlauf der Therapie zu beurteilen. Somit ist es der Ärztin, dem Arzt ohne psychiatrisch psychotherapeutische oder psychosomatische Ausbildung im Kinder – oder Erwachsenenbereich lediglich aufgrund des Berichtes der behandelnden Psychologin, des behandelnden Psychologen nicht möglich, fundiert den Antrag zur Fortsetzung</p>	

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 : Fondation Chez Paou

Abréviation de l'entreprise / organisation : FCP

Adresse : Ch. des Poiriers 4, 1907 Saxon

Personne de référence : Jean-Yves Raymond, directeur

Téléphone : 079 204 49 83

Courriel : jean-yves.raymond@chezpaou.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 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
FCP	<p>La FCP 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 FCP 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 FCP sera utilisée pour désigner notre institution dans l'ensemble de cette prise de position.</u></p>
FCP	<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, la FCP 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, 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>

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>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>
FCP	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la FCP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FCP 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 FCP 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.
FCP	<p>Contenus du projet rejetés par la FCP et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FCP 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 FCP 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 vitesses. 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. • La FCP approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant

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 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FCP 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 FCP demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La FCP 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 FCP 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.
FCP	<p>Adaptations complémentaires proposées par la FCP, 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 FCP 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, <i>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</i>, sans limitation financière. <p>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.</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>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 la FCP, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La FCP 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, la FCP 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, la FCP 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.
FCP	<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)
FCP	45-50a			Aucune remarque.	
FCP	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>	
FCP	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

FCP	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour la FCP, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La FCP 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 FCP 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 FCP est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. La FCP 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</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>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 FCP 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 FCP 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. 	
FCP	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. La FCP demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère</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

				d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.	
FCP	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La FCP 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 FCP 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

FCP	52d			Aucune remarque.	
FCP	(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/gesundheit-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>
FCP	Disposition	Al. 1		La FCP salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans	

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

	transitoire	et 2		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.	
FCP	Disposition transitoire	Al. 3		La FCP 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)
FCP	2	1	a	Aucune remarque.	
FCP	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La FCP 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>La FCP 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>	
FCP	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>La FCP 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, la FCP 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.	
FCP	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 [...]
FCP	11b	1		Aucune remarque.	
FCP	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire La FCP 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	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>version française du projet d'ordonnance.</p> <p>La FCP 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>	
FCP	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 FCP 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</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

				et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue.	
FCP	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>
FCP	11b	3		<p>La FCP 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>
FCP	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</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

					prescrit la thérapie.
FCP	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.
FCP	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 : Fondation Chez Paou

Abréviation de l'entreprise / organisation : FCP

Adresse : Ch. des Poiriers 4, 1907 Saxon

Personne de référence : Jean-Yves Raymond, directeur

Téléphone : 079 204 49 83

Courriel : jean-yves.raymond@chezpaou.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 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

Contenu

Remarques générales	3
Remarques concernant le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)	7
Remarques concernant le projet de modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)	13

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
FCP	<p>La FCP 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 FCP remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté.</p> <p>Veuillez noter que l'abréviation FCP sera utilisée pour désigner notre institution dans l'ensemble de cette prise de position.</p>
FCP	<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, la FCP 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, 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>

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>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>
FCP	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la FCP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FCP 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 FCP 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.
FCP	<p>Contenus du projet rejetés par la FCP et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FCP 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 FCP 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 vitesses. 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. • La FCP approuve la pratique clinique supplémentaire d'un an. Il est cependant impératif qu'il soit possible de l'effectuer durant

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 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FCP 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 FCP demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La FCP 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 FCP 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.
FCP	<p>Adaptations complémentaires proposées par la FCP, 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 FCP 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, <i>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</i>, sans limitation financière. <p>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.</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>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 la FCP, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La FCP 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, la FCP 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, la FCP 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.
FCP	<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)
FCP	45-50a			Aucune remarque.	
FCP	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>	
FCP	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

FCP	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour la FCP, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La FCP 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 FCP 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 FCP est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. La FCP 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</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>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 FCP 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 FCP 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. 	
FCP	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. La FCP demande que les compétences linguistiques soient intégrées à l'ordonnance comme critère</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

				d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.	
FCP	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La FCP 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 FCP 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

FCP	52d			Aucune remarque.	
FCP	(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>
FCP	Disposition	Al. 1		La FCP salue les deux dispositions transitoires, qui vont dans	

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

	transitoire	et 2		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.	
FCP	Disposition transitoire	Al. 3		La FCP 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)
FCP	2	1	a	Aucune remarque.	
FCP	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La FCP 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>La FCP 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>	
FCP	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>La FCP 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, la FCP 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.	
FCP	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 [...]
FCP	11b	1		Aucune remarque.	
FCP	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire La FCP 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	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>version française du projet d'ordonnance.</p> <p>La FCP 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>	
FCP	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 FCP 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</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

				et les critères à remplir pour qu'elle puisse être retenue.	
FCP	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>
FCP	11b	3		<p>La FCP 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>
FCP	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</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

					prescrit la thérapie.
FCP	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.
FCP	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 : Fondation l'EssentiElles

Abréviation de l'entreprise / organisation : FE

Adresse : Route de Prozerbou 63a / 1974 Arbaz

Personne de référence : Johanne Carron, Présidente et coordinatrice de la Fondation l'EssentiElles

Téléphone : 0797825142

Courriel : infos@lessentielles.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 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
FE	<p>La Fondation l'EssentiElles 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 FE remercie également l'OFSP et ses instances pour le travail préliminaire qui a mené au projet d'ordonnance présenté.</p>
FE	<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, la FE 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, 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>

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>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>
FE	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la FE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FE 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 FE 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.
FE	<p>Contenus du projet rejetés par la FE et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FE 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 FE 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 vitesses. 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.

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 FE 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. • La FE 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 FE demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La FE 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 FE 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.
FE	<p>Adaptations complémentaires proposées par la FE, 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 FE 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, <i>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,</i> sans limitation financière. <p>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</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 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 la FE, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La FE 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, la FE 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, la FE 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.
FE	<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)
FE	45-50a			Aucune remarque.	
FE	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>	
FE	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

FE	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour la FE, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La FE 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 FE 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. La FE est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. La FE 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, la FE 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 FE 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. 	
FE	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. La FE 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)
FE	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La FE 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 FE 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

FE	52d			Aucune remarque.	
FE	(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

FE	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		La FE 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.	
FE	Disposition transitoire	Al. 3		La FE 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)
FE	2	1	a	Aucune remarque.	
FE	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La FE 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>La FE 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>	
FE	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</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 FE 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 FE 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.	
FE	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 [...]
FE	11b	1		Aucune remarque.	
FE	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire La FE 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. La FE 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>	
FE	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 FE 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.	
FE	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>
FE	11b	3		<p>La FE 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>
FE	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.
FE	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.
FE	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 : Praxis Dr F Walder

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Kasernenstrasse 41

Kontaktperson : Dr.med.Felix Walder

Telefon : 061 545 92 22

E-Mail : f.walder@hin.ch

Datum : 5.10.19

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Praxis Dr F Walder	<p>Leider geht die Erneuerung davon aus, dass sich „reine Psychotherapie“ und Integrierte psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung so leicht trennen liesse; zumindest bei uns in der Kinderpsychiatrie übernehmen die delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen neben der medikamentösen Behandlung durch den Arzt häufig den psychotherapeutischen Teil und man macht gemeinsam Familiengespräche. In der angebotenen Lösung kann dies nicht mehr als eine Einheit betrachtet werden, auch wenn natürlich eine enge Zusammenarbeit immer noch möglich ist. Dies Faktum relativiert die erwartete Kapazitätserweiterung deutlich.</p> <p>Kurz, die Regelung zwingt zu einer scharfen Trennung zwischen Psychotherapie im engeren Sinne und der psychiatrischen Arbeit, was letztlich sowohl Doppelspurigkeiten als auch Qualitätseinbussen mit sich bringt; sie ist nicht auf die praktische Arbeit im Alltag, wie sie jetzt gut stattfindet abgestimmt und wird diese unnötig umpflügen.</p>
Praxis Dr F Walder	<p>Grundsätzlich könnte das Anordnungsmodell als eine administrative Entflechtung von Psychiatern und Psychologen eine gute Idee sein; sie müsste aber den Realitäten der notwendigen engen Zusammenarbeit Rechnung tragen und nicht als zwei parallele, nur über die Indikationsstellung verknüpfte Räume mit einem interdisziplinären Berichtswesen aufgebaut werden. Ja, es scheint durch, dass da sogar institutionelle Konkurrenzsituationen geschaffen werden sollen nach dem Motto: teile und herrsche (von Seiten der Kontrolleuren im Gesundheitswesen, den Versicherungen und dem BAG).</p> <p>Denkbar wären im Gegensatz dazu frei formulierbare Verträge zwischen Psychiatern und Psychologiepraxen als rechtliche Grundlage der Anordnung, welche die gegenseitige Kontrolle aus den Gegebenheiten von Psychologen und Psychiatern formuliert.</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**

found.	
Error! Reference source not found.	
Art.	

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)
Praxis Dr F Walder	11b	2 KLV		<p>Die Kontrollkaskade von Berichten alle 15 Stunden ist in der Praxis überhaupt nicht durchführbar, ohne hohe Kosten und einen Datenberg zu generieren; es ist für den Praktiker schwer ersichtlich, von welchen Vorstellungen unserer praktischen psychiatrischen Arbeit ausgegangen wird.</p> <p>Die Mehrzahl unserer Patientinnen und Patienten, auch die von delegiert arbeitenden Psychologinnen, sind über eine grössere Zeitperiode erkrankt, das heisst, zeigen Symptome, welche keine eindeutigen Ursache-Symptom-Zusammenhänge aufweisen, sondern aus einer ganz bestimmten Lebenssituation und einer persönlichen Disposition sich ergeben haben, brauchen eben therapeutisch reflektive Unterstützung, ev. medikamentöse Stütze (unsere Medikamente sind nicht heilend, wie in der Somatik oft der Fall ist); die Therapie endet, wenn die erkrankte Person wieder ohne diese Unterstützung mit dem Leben zurecht kommt. Dies alle 15 Wochen (das ist nicht einmal ein Vierteljahr) überprüfen zu wollen setzt Patient und Therapeut unter unnötigen Stress und dürfte sogar kontraproduktiv wirken.</p> <p>Die im Kommentar erwähnte Therapiedauer von 55 Stunden bis zum Abschluss dürfte mehr als ein Jahr abdecken; sie scheint bedeutend realistischer. Wer interessiert sich eigentlich dafür, ob man nach einem Viertel der therapeutischen Wegstrecke schon sagen kann, ob und was man erreichen kann? Dabei ist die Verwendung von „wissenschaftlich fundierten</p>	<p>Überprüfung mit Testinstrumenten fallen lassen</p> <p>Berichterstattung halbjährlich</p> <p>und dann neue Indikationsstellung</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Bewertungsinstrumenten“, solange sie nicht bloss das aktuelle pauschale Wohlbefinden messen, ein für die Therapie fast bedeutungsloser, aber störender Aufwand.</p> <p>Offenbar geht die Verordnung davon aus, es gebe umschriebene psychische Erkrankungen die gezielt wegtherapiert werden könnten, so wie man einen Furunkel chirurgisch entfernen kann; dabei weiss doch jeder von sich selbst, wie kompliziert alles Seelische ist.</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.					
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**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Praxis Dr F Walder		Bildung einer staatlichen Kommission zur Psychotherapie, in welcher zwingend Psychiater und Psychologen vertreten sind, und welche gemeinsam die Bedingungen der psychotherapeutischen Betreuung und Behandlung von Patienten regeln zu Handen der Gesetzgebung	
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit 01. Okt. 2019					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

**Dr. med. Barbara Ferrazzini
Universitätstrasse 67
CH-8006 Zürich**

Zürich, den 29. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine *«Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»* auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien *«zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen»* notwendig, welche *«in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone»* lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 *«Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)»* in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: ***«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie»***.

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr

Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die

psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TAR MED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in

Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- | |
|---|
| <p><i>c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</i></p> |
|---|

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu

bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in

Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmtesten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Barbara Ferrazzini

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefarztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.....	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

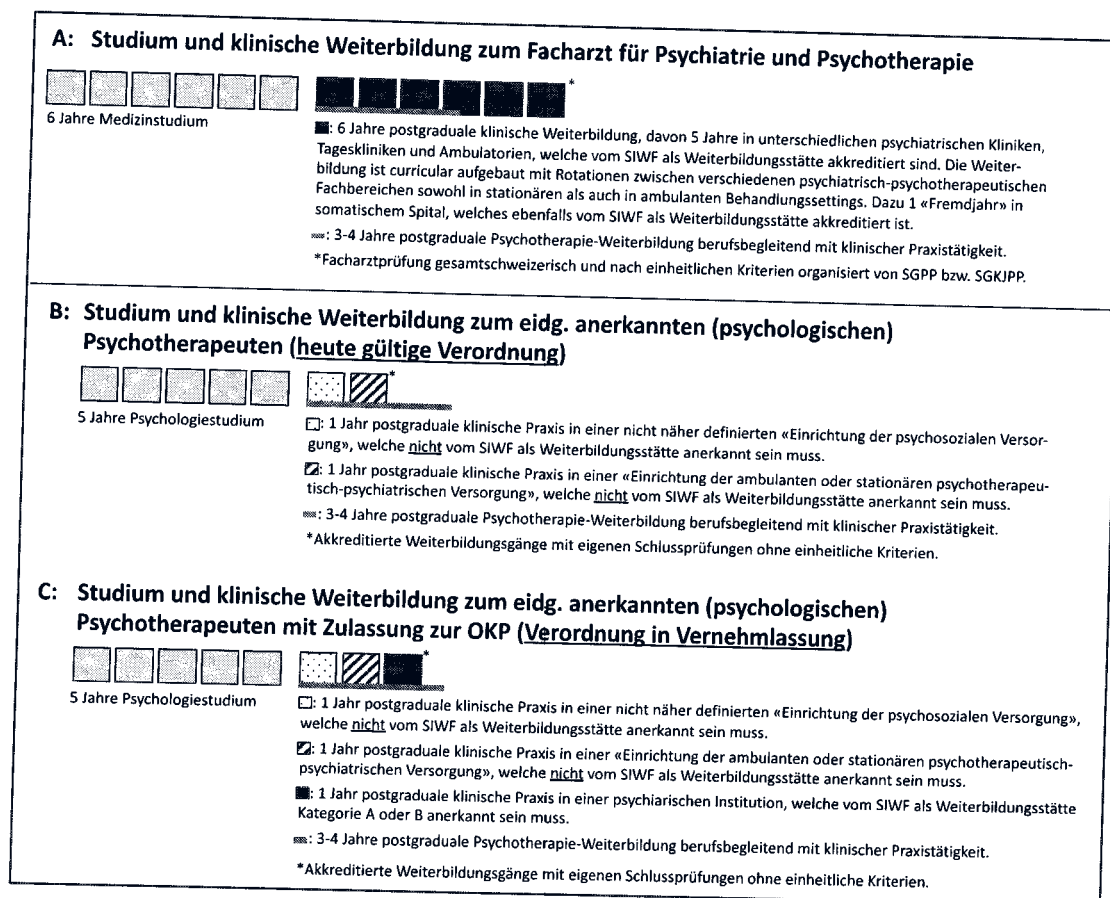


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Facharztkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arzt Diplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für 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).

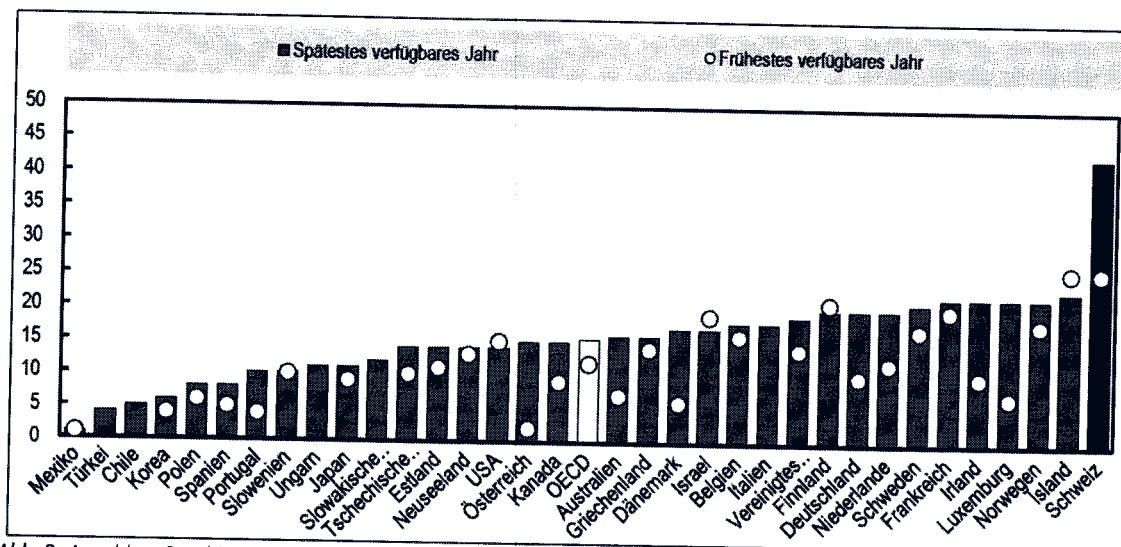


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

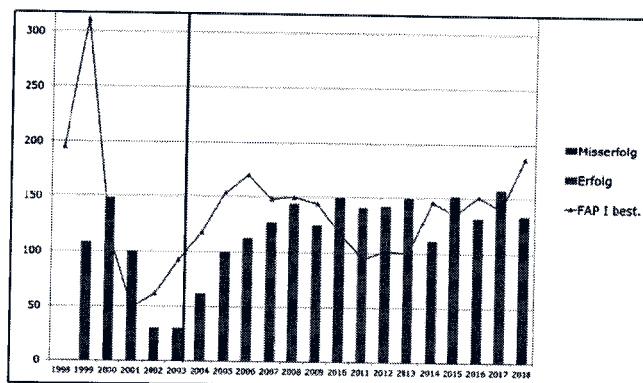


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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 MEBKO)**	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 MEBKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBKO Anerkennungen für Facharzt/innen 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.

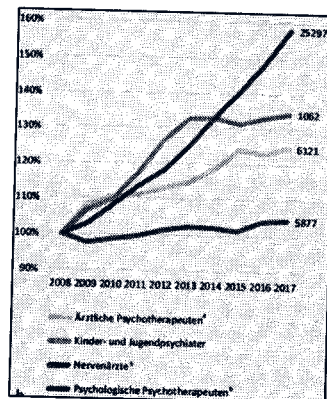


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

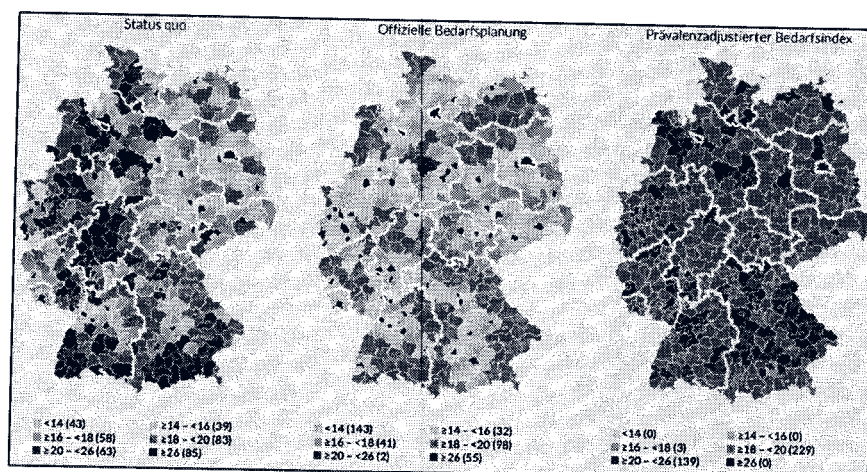


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

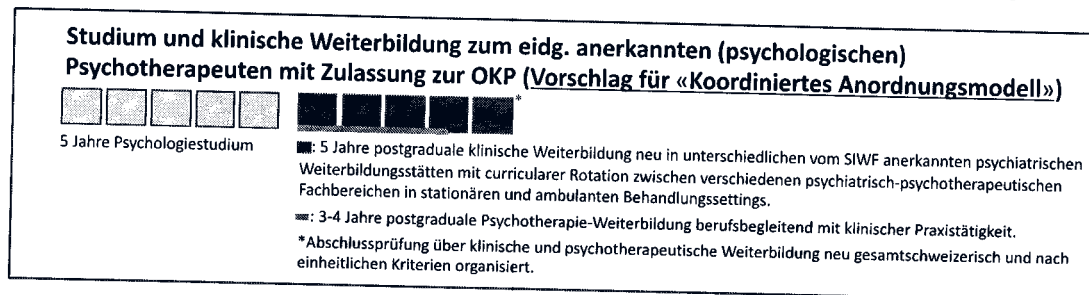


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

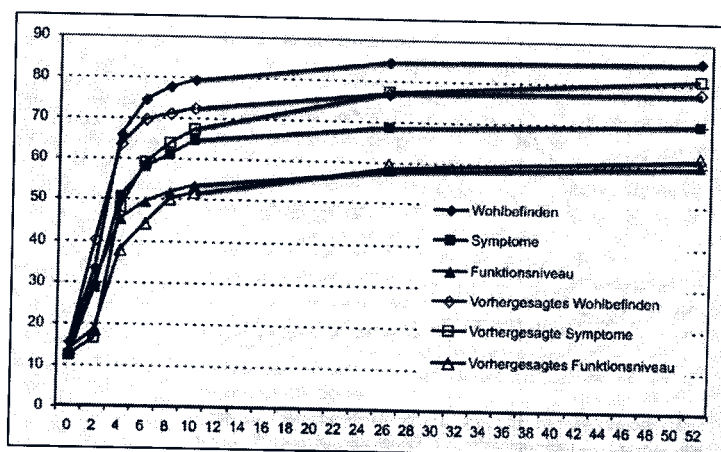


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

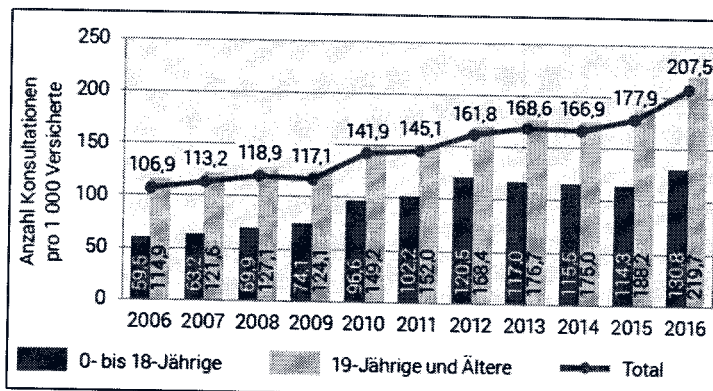


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Praxis Psychotherapie Florian Hug
Abkürzung der Firma / Organisation : -

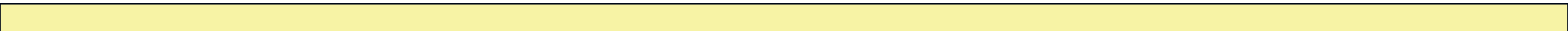
Adresse : Dufourstrasse

Kontaktperson : Florian Hug

Telefon : 078 815 94 25

E-Mail : kontakt@florianhug.ch

Datum : 19.09.2019



**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
Praxis Florian Hug	Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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.
Praxis Florian Hug	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die Praxis Florian Hgg klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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.
Praxis Florian Hug	<p>Inhalte der Vorlage, welche die Praxis Florian Hug ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die Praxis Florian Hug verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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.
Praxis Florian Hug	<p>Ergänzungen, welche die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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 Die Praxis Florian Hug braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die Praxis Florian Hug fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer 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**

	Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
Praxis Florian Hug	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)
Praxis Florian Hug	45-50a			Keine Bemerkungen	
Praxis Florian Hug	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>	
Praxis Florian Hug	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.	
Praxis Florian Hug	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 Praxis Florian Hug unbestritten. Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
Praxis Florian Hug	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 Praxis Florian Hug 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)
Praxis Florian Hug	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die Praxis Florian Hug ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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**

Praxis Florian Hug	52d			Keine Bemerkungen	
Praxis Florian Hug	(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.
Praxis Florian Hug	Übergangsbest.	1 & 2		Die Praxis Florian Hug begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach	

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

				Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
Praxis Florian Hug	Übergangsbest.	3		Die Praxis Florian Hug 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)
Praxis Florian Hug	2	1	a	Keine Bemerkungen	
Praxis Florian Hug	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit 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**

				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.	
Praxis Florian Hug	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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>	
Praxis Florian Hug	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>
Praxis Florian Hug	11b	1		Keine Bemerkungen	
Praxis Florian Hug	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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 Praxis Florian Hug 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>
Praxis Florian Hug	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 Praxis Florian Hug den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von</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**

				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.	
Praxis Florian Hug	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>
Praxis Florian Hug	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>
Praxis Florian Hug	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.
Praxis Florian Hug	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.
Praxis Florian Hug	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen, kann aber akzeptiert werden.	

From: Kristin Murpf <k.murpf@frauennottelefon.ch>
Sent: Dienstag, 15. Oktober 2019 16:35
To: _BAG-Leistungen-Krankenversicherung; _BAG-GEVER
Subject: Teilnahme an der Vernehmlassung zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie
Attachments: Stellungnahme FNT Neuregelung psychologische Psychotherapie_01.10.2019.docx; Stellungnahme FNT Neuregelung psychologische Psychotherapie_01.10.2019.pdf
Categories: Madalena

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne sende ich Ihnen hiermit die Stellungnahme unserer Fachstelle betreffend der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie zu.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich gerne an mich wenden. Ich bin jeweils von Montag bis Mittwoch unter der Nummer 052 213 61 61 erreichbar.

Freundliche Grüsse

K. Murpf

Kristin Murpf, Psychologin M Sc

Beratungsstelle Frauen-Nottelefon
Opferhilfe für Frauen • gegen Gewalt

Technikumstrasse 38
8401 Winterthur

Tel. 052 213 61 61
Fax 052 213 61 63
k.murpf@frauennottelefon.ch
www.frauennottelefon.ch

Meine Arbeitstage sind Mo / Di / Mi

www.zukrass.ch Aktuelle Kampagne der Kantonalen Opferhilfe – für Jugendliche und junge Erwachsene.

ACHTUNG: Unverschlüsselte Emails können von Dritten (z.B. Provider Absenderin / Empfängerin) gelesen und eventuell manipuliert werden. Wir gehen davon aus, dass Sie in Kenntnis dieser Gefahren dem Austausch von Nachrichten per Email zustimmen. Wenn nicht, bitten wir um entsprechende Mitteilung. Diese Nachricht (wie auch allfällige Anhänge) beinhaltet möglicherweise vertrauliche oder gesetzlich geschützte Informationen. Falls diese Nachricht Sie irrtümlicherweise erreicht hat, bitten wir Sie, diese unter Ausschluss jeder Reproduktion zu zerstören und die Absenderin umgehend zu benachrichtigen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Beratungsstelle Frauen-Nottelefon, Opferhilfe für Frauen, Winterthur

Abkürzung der Firma / Organisation : FNT

Adresse : Technikumstrasse 38, PF 1800, 8401 Winterthur

Kontaktperson : Kristin Murpf

Telefon : 052 213 61 61

E-Mail : k.murpf@frauennottelefon.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
FNT	<p>Das FNT 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 FNT 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 FNT der Stellungnahme der FSP entspricht.</p>
FNT	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das FNT klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das FNT 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 FNT 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.
FNT	<p>Inhalte der Vorlage, welche das FNT ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das FNT lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. • Das FNT lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Das FNT 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"> • Das FNT lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das FNT verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das FNT 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 FNT 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.
FNT	<p>Ergänzungen, welche das FNT 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 FNT 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 FNT braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das FNT 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 FNT eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das FNT 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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FNT	45-50a			Keine Bemerkungen	
FNT	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>	
FNT	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**

FNT	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 FNT unbestritten. Das FNT 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 FNT 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 FNT begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das FNT 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>Das FNT 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 das FNT ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
FNT	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das FNT 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)
FNT	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das FNT 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 das FNT 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 FNT 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>
FNT	52d			Keine Bemerkungen	
FNT	(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>
FNT	Übergangsbest.	1 & 2		Das FNT 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.	
FNT	Übergangsbest.	3		Das FNT 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)
FNT	2	1	a	Keine Bemerkungen	
FNT	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Das FNT 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>Das FNT 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**

FNT	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das FNT 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>Das FNT 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.	
FNT	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 [...]
FNT	11b	1		Keine Bemerkungen	
FNT	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Das FNT 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. Das FNT 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>	
FNT	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 FNT 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**

FNT	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>
FNT	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>
FNT	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>
FNT	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.
FNT	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 : Fondation Domus

Abréviation de l'entreprise / organisation : Domus

Adresse : Route du Simplon 31, 1957 Ardon

Personne de référence : Philippe Besse

Téléphone : 079 746 73 61

Courriel : ph.besse@fondation-domus.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
Domus	<p>La Fondation Domus 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 Fondation Domus 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 Domus sera utilisée pour désigner la section du Bas-Valais dans l'ensemble de cette prise de position.</u></p>
Domus	<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, la Fondation Domus 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>
Domus	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la Fondation Domus ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Fondation Domus 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 Fondation Domus 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.
Domus	<p>Contenus du projet rejetés par la Fondation Domus et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Fondation Domus 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 Fondation Domus 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

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 à deux vitesses. 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"> • La Fondation Domus 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. • La Fondation Domus 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 Fondation Domus demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La Fondation Domus 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 Fondation Domus 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.
Domus	<p>Adaptations complémentaires proposées par la Fondation Domus, 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 Fondation Domus 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, <i>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</i>

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

	<p><i>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</i>, sans limitation financière.</p> <p>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.</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 la Fondation Domus, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La Fondation Domus 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, la Fondation Domus 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, la Fondation Domus 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.
Domus	<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)
Domus	45-50a			Aucune remarque.	
Domus	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>	
Domus	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

Domus	50c	1	c	<p>Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade</p> <p>Pour la Fondation Domus, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La Fondation Domus 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 Fondation Domus 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. La Fondation Domus est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation postgrade. La Fondation Domus 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, la Fondation Domus 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 Fondation Domus 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. 	
Domus	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. La Fondation Domus 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)
Domus	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La Fondation Domus 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 Fondation Domus 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 [...].
Domus	52d			Aucune remarque.	
Domus	(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 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.
Domus	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		La Fondation Domus 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.	
Domus	Disposition transitoire	Al. 3		La Fondation Domus 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)
Domus	2	1	a	Aucune remarque.	
Domus	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La Fondation Domus 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 	<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>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> <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>La Fondation Domus 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>	
--	--	--	--	--	--

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

Domus	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>La Fondation Domus 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>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

				Par conséquent, La Fondation Domus 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 la tarification. Cf. suppression du passage concernant la durée des séances à l'art. 11B, al. 2 et 3.	
Domus	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 [...]
Domus	11b	1		Aucune remarque.	
Domus	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire La Fondation Domus 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	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

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 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. La Fondation Domus 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>	spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]
Domus	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>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

				La Fondation Domus 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.	
Domus	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>
Domus	11b	3		La Fondation Domus n'a rien à objecter à la limitation à 10 séances concernant les interventions en cas de crise.	<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</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.	individuelle et de 90 minutes pour la thérapies de groupe.
Domus	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.
Domus	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.
Domus	Disposition transitoire			La durée de prise en charge supplémentaire de 12 mois des prestations de psychothérapie déléguée est plutôt courte, mais acceptable.	

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	04. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Ellikon a.d. Thur, 2. Oktober 2019 / SCA

Änderung der Verordnung 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 Forel Klinik AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen. Aus Sicht einer Spezialklinik für Suchtkranke können wir die Stossrichtung der Vorlage nicht guthessen, weil die gleichen Effekte auch für unseren Tätigkeitsbereich in allen Settings unserer integrierten Versorgungskonzeption eintreffen würden.

Aus diesem Grund unterstützen wir die Argumente der SMHC vollumfänglich.
Danke, dass Sie unseren Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen


Nanda Samimi
CEO

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Ellikon a.d. Thur, 2. Oktober 2019 / SCA

Vernehmlassung

Änderung der Verordnung 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 Forel Klinik AG nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die Forel Klinik 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 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 Forel Klinik als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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 schwerere Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im 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

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».

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**.

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:

- einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- 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.

- Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinspsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer

Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharztstitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der

delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in

psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

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


Nanda Samimi
CEO


Adrian Kormann
Stv. Chefarzt
Leitung ausserstationäre Versorgung

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 Chefarztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefarztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loenstrasse 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.....	Medizinarttarifkommission
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.

² Folgt 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 Heilberufe sowie der Verordnung, die auf Basis der Verordnung Krankenleistungen regelt», Kapitel 3.3, 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 ist³. 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

²Diese 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 Massnahmen sowie die Sozialtherapie.»

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 Fussnote⁶)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁷. 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 Fussnote⁸).

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 Fussnote¹, 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 Fussnote¹, 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.

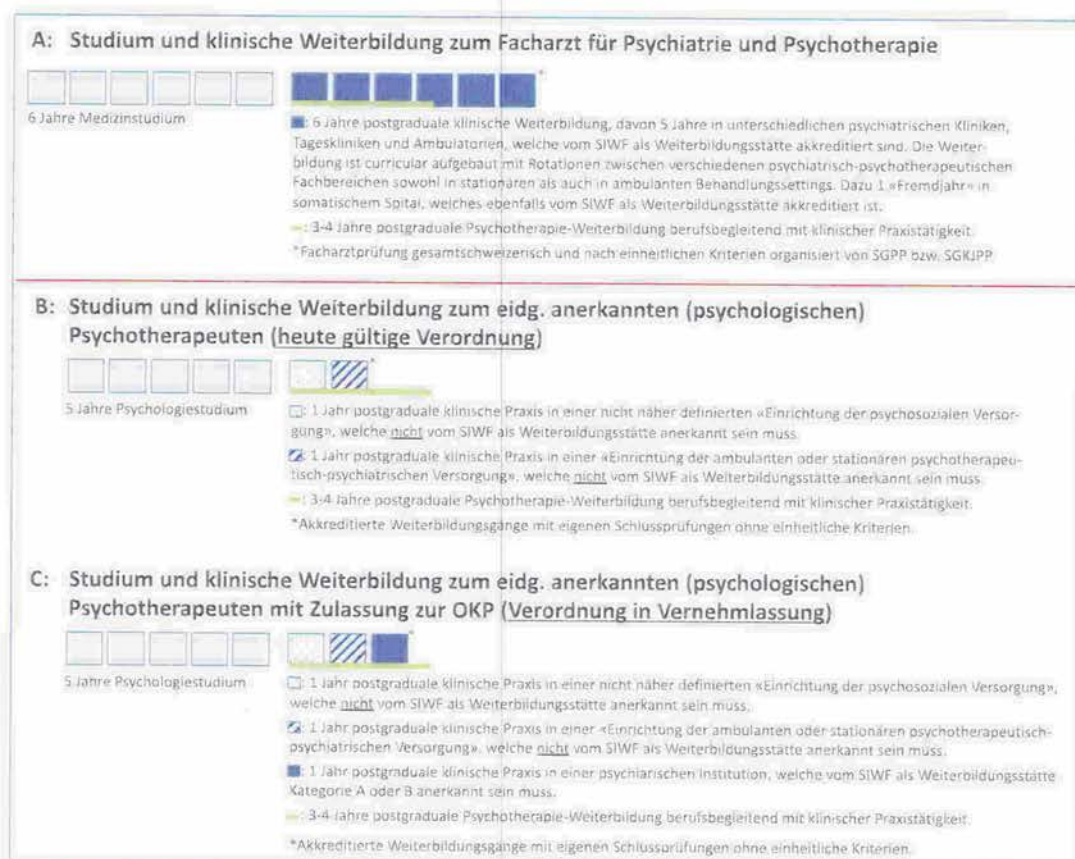


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). 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 Arzt Diplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸ <https://www.fmh.ch/de/Statistik/Statistik-2017> - statistische Daten Schweizerische Ärzteschaft, 2018, 99-102-113

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).

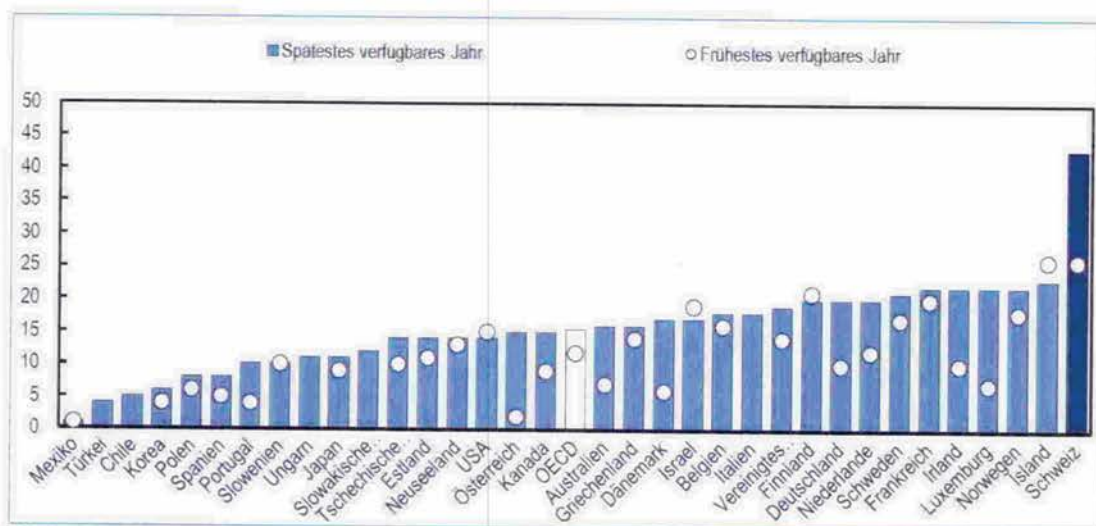


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014). BBL Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern; www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁸ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

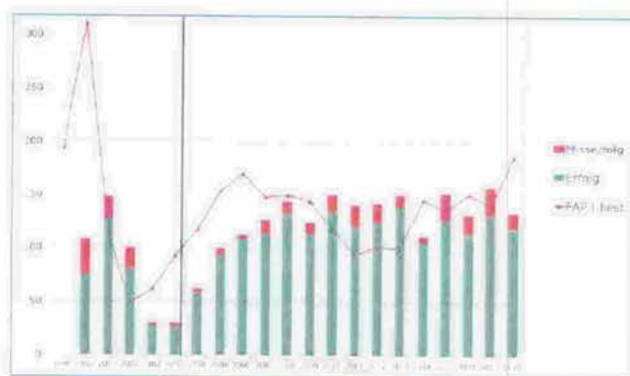


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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).

⁵Giacometti-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: 3, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-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: «Fuchserat, Kapitel 2: Auswirkungen des Anordnungsmodells, 2. Abschnitt, Seite 42»

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. Zahlung 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.

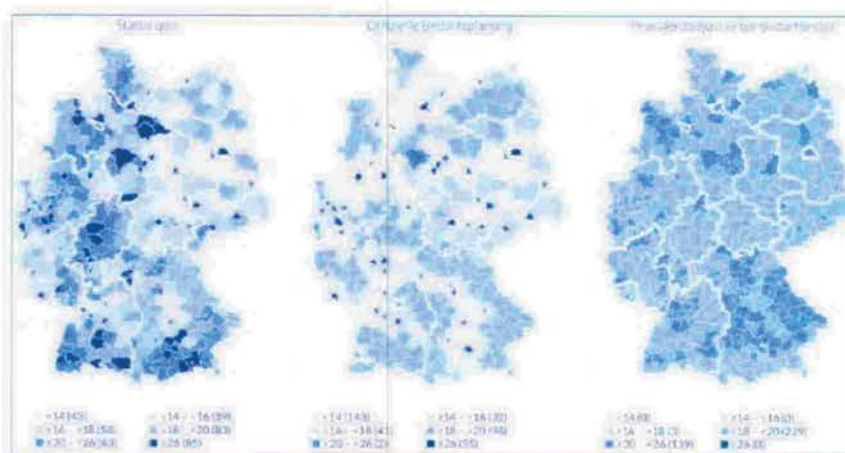


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefarztinnen und Chefarzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems». Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten; Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte⁴⁴ (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

⁴⁴Curricular 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, Grenchen 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 Fussnote¹: 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».

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.

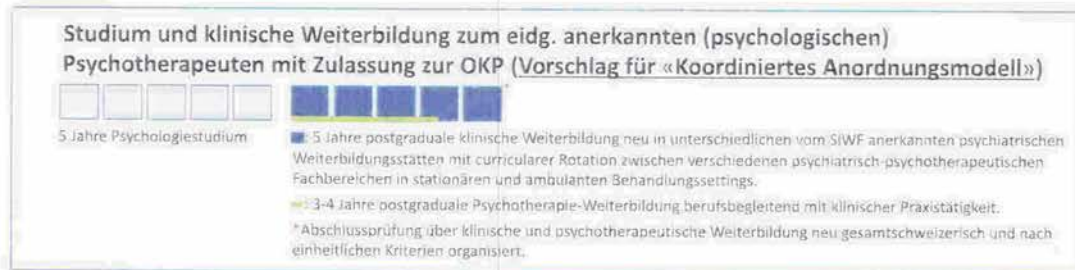


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu 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 Fussnote²: 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.

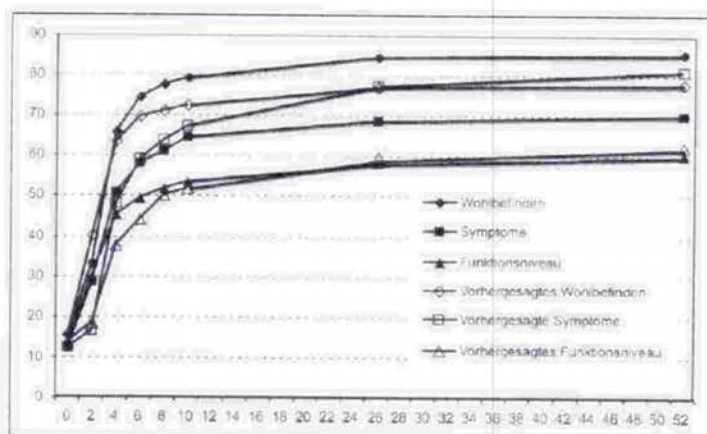


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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.

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 Spitalkpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsperiode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Die Praxis für Gross und Klein. Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Praxis

Adresse : Untere Rebgasse 4, 4058 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Frank Köhnlein

Telefon : 061 525 95 55

E-Mail : praxis@frankkoehnlein.ch

Datum : 30.09.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. Frank Köhnlein	<p>Es ist mit einer erheblichen Volumenausweitung im psychotherapeutischen Bereich zu rechnen. Es besteht keine Notwendigkeit mehr, psychotherapeutische Leistungen, die nicht klar krankheitswertig sind, selbst zu finanzieren. «Liebeskummer» oder «Schüchternheit bei Vorträgen in der Schule» werden zwar nicht zu Diagnosen werden, um sie aber über die Grundversicherung abrechnen zu können, werden die zahllosen neu niedergelassenen Psychologinnen und Psychologen gewiss Diagnosekategorien ausdehnen. Aus dem «Liebeskummer» wird dann eine «akute Belastungsreaktion» und aus der «Schüchternheit» eine Form der Angststörung.</p> <p>Die Vielzahl niederlassungswilliger Psychologinnen und Psychologen wird notwendigerweise die Indikation für Therapien niederschwellig ansetzen, um den Praxisbetrieb am Laufen halten zu können.</p>
Dr. Frank Köhnlein	<p>Es ist mit einer qualitativen Fehl- und Mangelversorgung zu rechnen. Wie soll noch sichergestellt werden, dass die Psychologinnen und Psychologen auch wirklich nur Fälle behandeln, denen sie fachlich gewachsen sind? Wer ist beispielsweise qualifiziert, eine Autismus-Spektrum-Störung zu behandeln? Der Gesetzentwurf macht in keiner Weise deutlich, wie spezifische fachliche Qualität sichergestellt werden kann. Streng genommen werden Psychologinnen und Psychologen gerontopsychiatrische Patienten neben Kleinkindern behandeln dürfen, zugewiesen von einem Hausarzt. Möglicherweise hatten alle noch nie mit einem Kleinkind zu tun.</p>
Error! Reference source not found.	<p>Die Zeitbegrenzung auf 60 Minuten ist für kinderpsychiatrisch und -psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen absolut undenkbar, nein: Ein Schlag ins Gesicht. Mir scheint, es herrscht bei den Autoren des Entwurfs nicht einmal ansatzweise ein Verständnis dafür, wie Kindertherapien aussehen. Allein die Übergangsszene von Mutter / Vater / Begleitperson zu TherapeutIn braucht oft eine Viertelstunde. Im Spiel öffnen sich viele Kinder erst nach einer halben oder dreiviertel Stunde. Die Rückübergabe, die sich an das fünf- bis zehnminütige Abschiessen und Aufräumen anschliesst, benötigt oft nochmals fünf Minuten. Ein Zeitrahmen von 60 Minuten ist absolut unrealistisch.</p> <p>In der Arbeit mit Jugendlichen braucht die Phase der Öffnung oftmals auch eine halbe Stunde – die Jugendlichen kommen aus anderen Kontexten und müssen sich erst umstellen auf den Therapie-Kontext. Das braucht Zeit.</p> <p>Ich finde jede Überlegung, die Zeit von ohnehin knappen 75 min auf 60 min zu reduzieren, nicht nur obsolet, sondern nachgerade unanständig und respektlos. Menschen in Therapien sind nicht kalkulierbar. Dieser gesetzliche Vorstoss ist despektierlich, er entwertet unsere Arbeit, insbesondere aber auch die Not der Kinder und Jugendlichen, denen wir Raum anbieten müssen und wollen.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Dr. Frank Köhnlein	<p>Art. 50c KVV-Verordnung: Die fachliche Qualifikation der niedergelassenen Psychologinnen und Psychologen ist nicht ausreichend sicher gestellt. Dies meine ich nicht nur im Vergleich zu uns Ärztinnen und Ärzten, die wir nach sechs Jahren Medizinstudium mit unzähligen Patientenkontakten auch noch sechs Jahre Facharztweiterbildung absolvieren müssen – dies sicher zurecht. Die inhaltlichen Vorgaben der FMH für die Weiterbildung zum Facharzt ergeben absolut Sinn – wer beispielsweise Akutsituationen ambulant bewältigen können soll, muss damit vertraut sein.</p> <p>Theoretisch ist denkbar, dass ein Psychologe, der zwei, wenn es hoch kommt drei Jahre in einer gerontopsychiatrischen Klinik gearbeitet hat, künftig zwangserkrankte Latenzkinder oder autistische Kleinkinder behandelt.</p> <p>Ich muss ganz ehrlich sagen: Ich wollte auf keinen Fall, dass so jemand mit meinem Kind therapeutisch arbeitet, wenn mein Kind einen spezifischen Therapiebedarf hätte.</p> <p>Es ist bizarr, die Anforderungen an einen EFZ-Boden-Parkettleger (drei Jahre Ausbildung) mit den Anforderungen an einen Psychologen vergleichen zu können, der mit psychisch kranken und schwerstkranken Menschen arbeiten soll und diese nicht nur vor Chronifizierung, sondern auch vor weitaus gravierenderen Folgen psychischer Morbidität (Selbstverletzung, Drogenabhängigkeit, Suizid, erweiterter Suizid) bewahren soll.</p>
Dr. Frank Köhnlein	<p>Art. 11b KLV-Verordnung: Die fachlich qualifizierte Anordnung von Psychotherapie nur durch bestimmte ärztliche Berufsgruppen ist eine Augenwischerei. Die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sind fachlich doch überhaupt nicht qualifiziert, über die Indikation zu einer Psychotherapie entscheiden zu können – so wie ich als Kinderpsychiater doch auch nicht beurteilen würde, dass es eine Inhalationstherapie bei Asthma braucht, eine Desensibilisierung bei Unverträglichkeitsreaktionen, eine Kniegelenksversteifung, einen suprapubischen Katheter oder was auch immer. Wie will eine Gynäkologin beurteilen, dass ihre Patientin eine Psychotherapie benötigt? Und wie will sie mit ihrem fachlichen Hintergrund beurteilen können, ob die Therapie sinnvoll, zweckmässig, wirtschaftlich und erfolgreich ist – sie hat doch Gynäkologie gelernt und nicht Psychotherapie. Dieser Systemfehler im Gesetzentwurf ist so grotesk, dass man nur den Kopf schütteln kann, wie selbstverständlich er weiter perpetuiert wird.</p> <p>Auf der Baustelle – um im obigen Bild zu bleiben – würde doch im Leben nie ein Heizungsmonteur dem Bodenleger sagen, dass er in einem Raum einen Novilonboden mit Abschlussprofi verlegen muss.</p> <p>In meiner Praxis gibt es ein Delegationsmodell. Dabei lernen wir voneinander und erörtern bidisziplinär die Fälle. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die bei mir tätigen Psychologinnen fachlich jederzeit optimal oder zumindest so gut wie mir dies möglich ist betreut werden.</p> <p>Künftig gibt es diese fachliche Supervision nicht mehr, weil es auch keine gemeinsame Verantwortung für Patienten gibt. Sie wird ausschliesslich auf der Eigeninitiative der niedergelassenen Psychologinnen und Psychologen fussen. Wenn eine Psychologin / ein Psychologe sich selbst für ausreichend qualifiziert hält, gibt es keinerlei kontrollierende und beratende Instanz. Soll der Kinderarzt beurteilen, ob und welche Therapie 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>braucht bei einem Mädchen mit selbstverletzendem Verhalten?</p> <p>Wo bleibt hier die fachliche Betreuung gerade in den Fällen, in welchen der Erfahrungshorizont der Psychologinnen / Psychologen beschränkt ist (z. B. psychosomatische Störungsbilder, psychische Störungen bei somatischen Grunderkrankungen, Medikation, somatische Differenzialdiagnostik u. v. m.)?</p>
Dr. Frank Köhnlein	<p>Art. 2 Abs. 1 Bst. B KLV-Verordnung: Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik: Es ist nicht einzusehen, warum ausgerechnet psychotherapeutisch tätige Mediziner sich dem Diktat der grotesken Fragebogen-Mentalität unterwerfen sollen. In welcher anderen medizinischen Disziplin ist dies so? Muss ein Chirurg im voraus gegenüber der Krankenversicherung begründen, warum er eine Leistenhernie nach Shouldice und nicht endoskopisch operiert? Muss er während der Operation gegenüber dem Kostenträger nachweisen, dass sie wirksam ist? Muss er den Erfolg der chirurgischen Massnahme gegenüber dem Kostenträger beweisen?</p> <p>Validierte Instrumente (was auch immer das sei) entsprechen nicht unserem ärztlichen Ausbildungskontext und -hintergrund. Hier wird durch sogenannte «validierte Instrumente» der Eindruck einer Vergleichbarkeit vermittelt. Wie soll durch einen Fragebogen qualifiziert werden, warum der eine depressive Mensch in seiner Depression verharrt, während der andere depressive Patient sich aus seiner Depression lösen kann? Was, wenn ein Therapeut unverhältnismässig viele schwer kranke Depressive behandelt – wie schlägt sich das in der Bewertung von nackten Zahlen nieder? Ist er darum ein schlechter Therapeut, weil er nicht besonders viele Erfolge dokumentieren kann?</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
Dr. Frank Köhnlein	3	<p>Dauer einer Psychotherapiesitzung mit 60 min ist im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei Adoleszenten deutlich zu wenig. Kinder- und Jugendlichentherapien brauchen deutlich mehr Vorbereitungszeit, Übergabezeit (Eltern / Begleitperson – Therapeut), Nachbereitung (z. B. Versorgen von Spielsachen). Ausserdem benötigen Kinder, Jugendliche und gerade Adoleszente oftmals deutlich mehr Zeit, in einen Rapport zu kommen – wegen des ungewohnten Settings, der Fragen des Vertrauens in Erwachsene u. v. m. Es ist nachgerade beschämend, im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie überhaupt über eine Kürzung der Therapiezeit um 15 min diskutieren zu müssen. Es widerspricht allen klinischen Erfahrungen.</p> <p>Die Kürzung der Zeiten wird zu einer erheblichen Zunahme von «Kriseninterventionen» führen, da diese Ziffer unlimitiert ist – oder es wird eine Ausweitung an LAP (Leistungen in Abwesenheiten des Patienten) zu erwarten sein, so dass im Endeffekt keine Kosten gespart werden.</p> <p>Die Kürzung um 15 min ist weltfremd.</p>	Beibehaltung von 75 min für Einzeltherapien, zumindest im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie Therapie bei Adoleszenten (bis 21 Jahre)
Dr. Frank Köhnlein	2 Abs. 1 b	Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten. Kommentar dazu siehe oben.	Ersatzlos streichen, zumindest für die ärztliche Psychotherapie.
Dr. Frank Köhnlein	11b A	Anordnung durch Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel (siehe oben) – fachliche Qualifikation zur Beurteilung der Indikation für Psychotherapie ist fragwürdig (siehe oben)	Beibehaltung des bisherigen, gut etablierten Delegationsmodells

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspapier haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	Swiss Mental Health Care
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

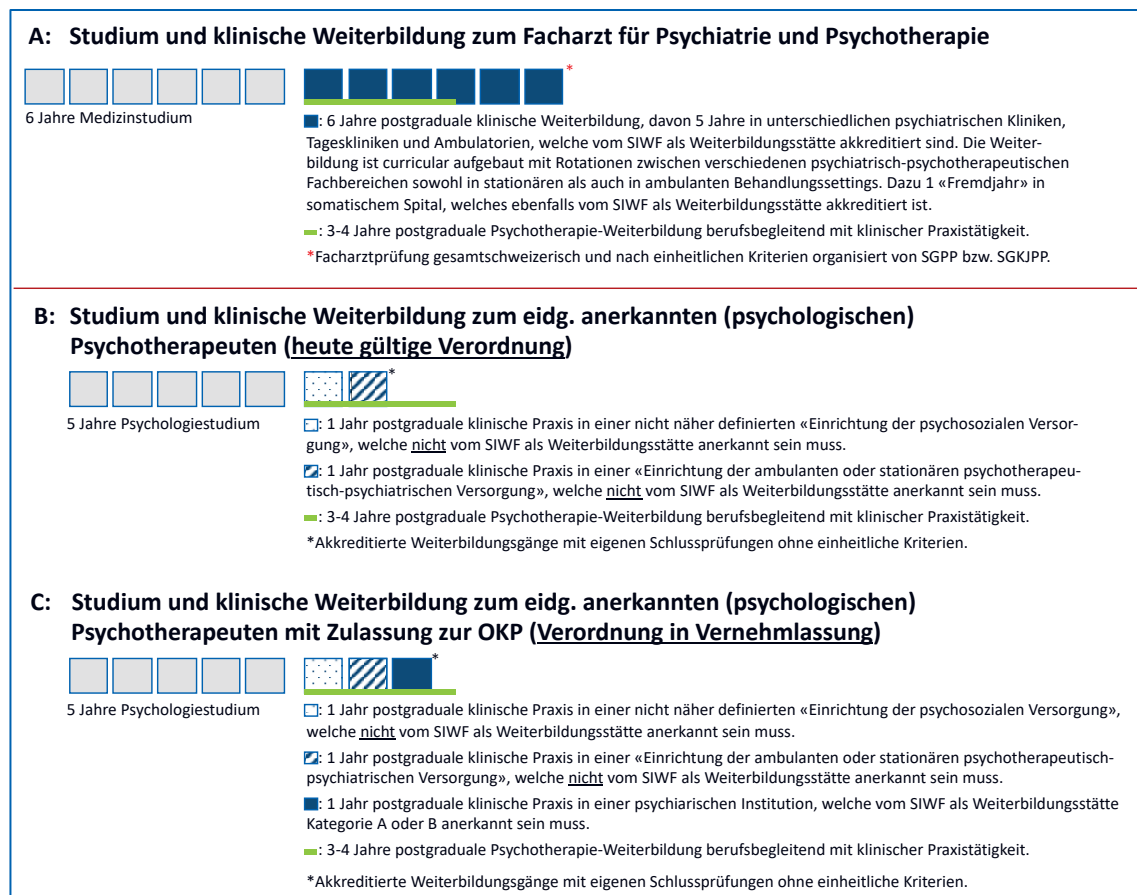


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapie-resistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärztestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁵). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

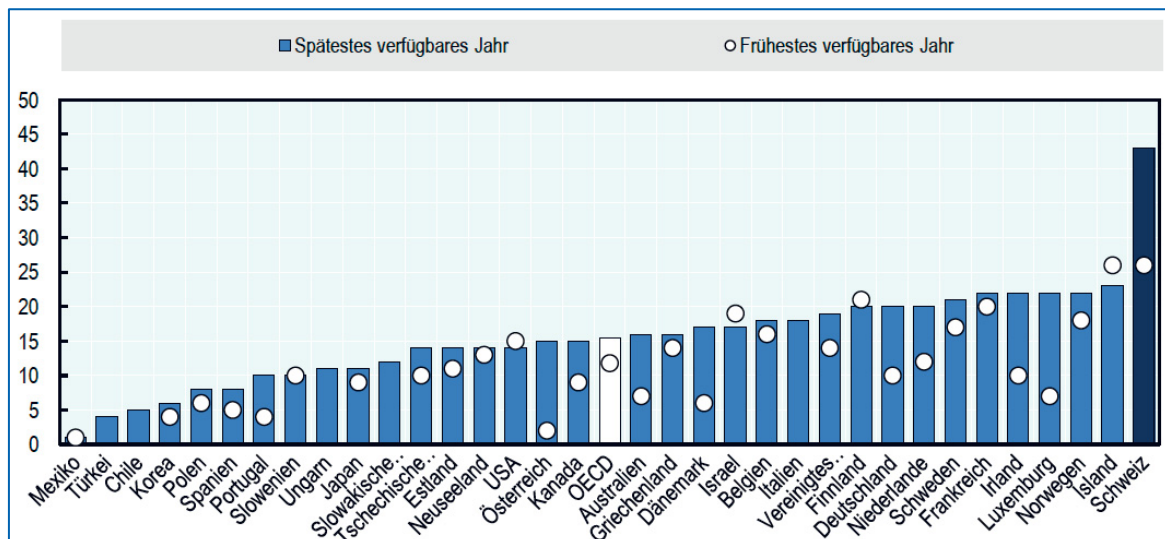


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

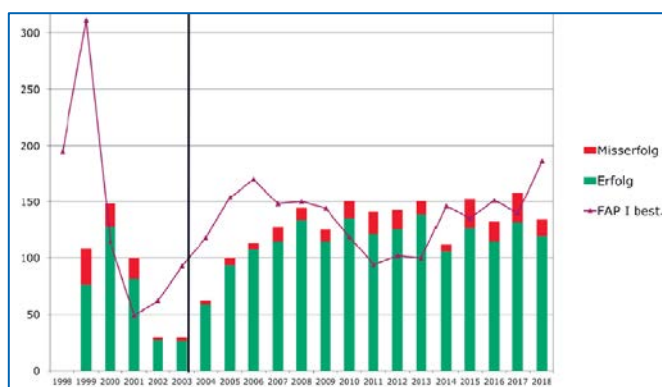


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#1131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

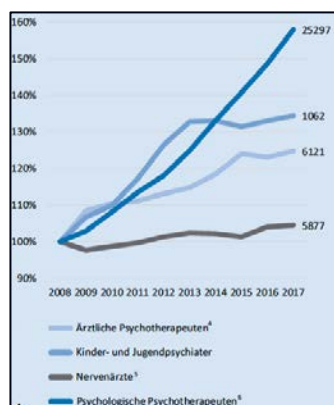


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

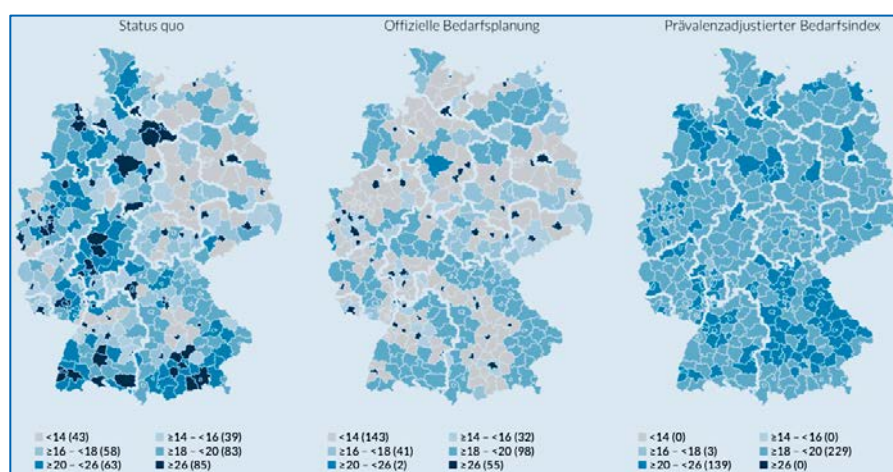


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

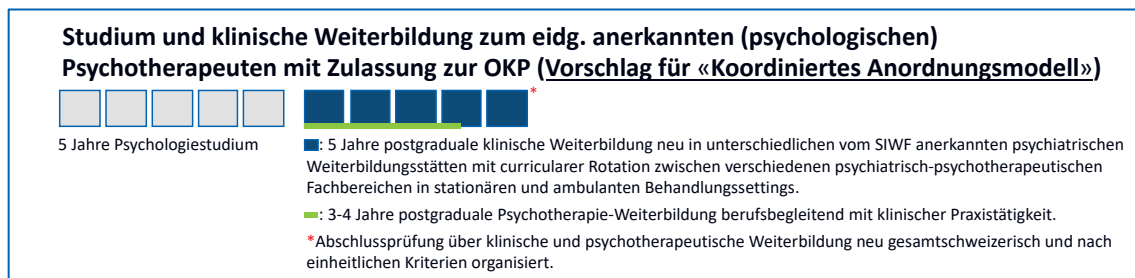


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

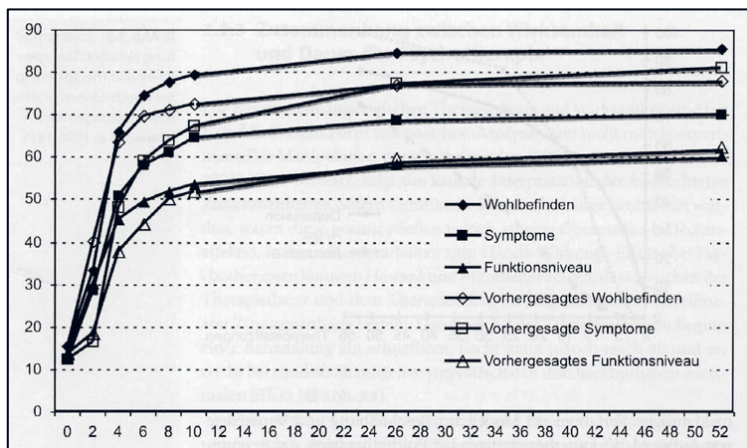


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

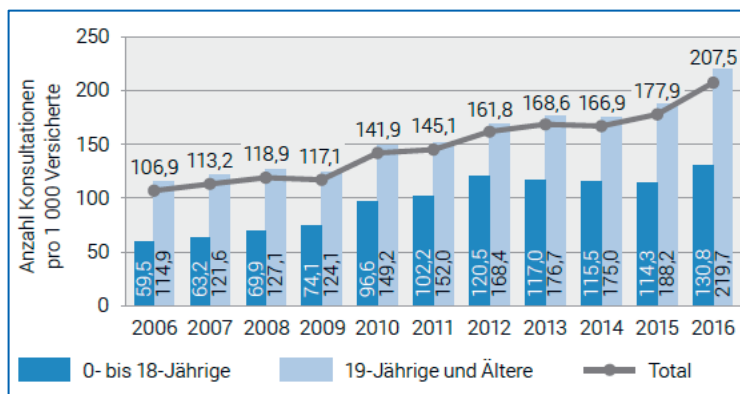


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : med. pract. Franz Kim

Adresse :Holzgasse 27, 3322 Urtenen-Schönbühl

Telefon : 0318597978

E-Mail : info@psychiater-kim.ch

Datum :07.10.19

**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**

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	24

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Franz Kim	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die</p>

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p><i>Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt,

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen
--	---

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne 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 niedrigrschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen. • Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen. • Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.
--	---

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p> <p>Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen.</p>	<p>Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	Art.50	Abs.1	c	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab 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>	
				<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 ich lehne 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**

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
Franz Kim	2,3,11	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): <i>«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».</i> Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: <i>«Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der</i></p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p><i>Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».</i></p> <p>Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».</p> <p>Dabei wurde der Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.</p> <p>Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.</p>	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED- Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch- Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.</p> <p>Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.</p>	
		<p>Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.</p> <p>Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.</p> <p>Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.</p> <p>Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den 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.	
Franz Kim		<p>Es gilt auch zu betonen, dass die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der PsychiaterInnen (IPPB) direkt gefährdet ist.</p> <p>Diese Behandlungsweise und Kompetenz ist nötig, damit z.B. bei somatischen Symptomen wie Übelkeit, Schwindel, Kreislaufstörungen, Schlafstörungen, Schmerzen, Tremor, Konzentrationsschwierigkeiten etc. beurteilt werden kann, ob diese somatisch begründet sind, eine Nebenwirkung der Medikation o. eine psychosomatische Symptomatik darstellen. Ebenso ist eine IPPB nötig wenn z.B. bei einem depressiven Patienten der Antrieb o. die Motivation stärker wird, die Ursachen der Zustandsbildverbesserung müssen auch somatisch und psychisch beurteilt werden, dies ist Aufgabe der PsychiaterInnen.</p> <p>Die IPPB ist daher bei allen psychiatrischen Krankheitsbildern zweckmässig und wirtschaftlich, nicht nur bei schweren, sondern ebenso auch bei leichteren Störungen. Bei den geplanten Änderungen würde diese übergeordnete und gesamtheitliche Behandlung, die ein Psychiater gewährleisten kann, wegfallen. Ein Hausarzt verfügt für gewöhnlich nicht über die gleiche Ausbildung.</p> <p>Eine reine ärztliche Psychotherapie ist praktisch nicht vorstellbar bei einem Psychiater, schliesslich werden immer somatische Interaktionen</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 die Überlegungen einbezogen, beobachtet und sind wesentlich für die Behandlung. Von daher gibt im Praxisalltag keine reine ärztliche Psychotherapie.</p> <p>Der Forderung der FSP, dass die psychologische Psychotherapie der ärztlichen Psychotherapie entspreche, ist damit grundlegend falsch. Die ärztliche psychiatrische Psychotherapie ist integriert in eine gesamtheitliche psychiatrische Behandlung (IPPB). Diese muss auch in einen eigenen Tarifpunkt festgehalten 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
		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

med. pract. Franz Kim

Holzgasse 27

3322 Urtenen-Schönbühl

Zürich, den 13. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene* psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «**In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet.** Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche 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.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im**

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche

psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in

Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.*

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED

Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Es gilt auch zu betonen, dass die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der PsychiaterInnen (IPPB) direkt gefährdet ist.

Diese Behandlungsweise und Kompetenz ist nötig, damit z.B. bei somatischen Symptomen wie Übelkeit, Schwindel, Kreislaufstörungen, Schlafstörungen, Schmerzen, Tremor, Konzentrationsschwierigkeiten etc. beurteilt werden kann, ob diese somatisch begründet sind, eine Nebenwirkung der Medikation o. eine psychosomatische Symptomatik darstellen. Ebenso ist eine IPPB nötig wenn z.B. bei einem depressiven Patienten der Antrieb o. die Motivation stärker wird, die Ursachen der Zustandsbildverbesserung müssen auch somatisch und psychisch beurteilt werden, dies ist Aufgabe der PsychiaterInnen.

Die IPPB ist daher bei allen psychiatrischen Krankheitsbildern zweckmässig und wirtschaftlich, nicht nur bei schweren, sondern ebenso auch bei leichteren Störungen. Bei den geplanten Änderungen würde diese übergeordnete und gesamtheitliche Behandlung, die ein Psychiater gewährleisten kann, wegfallen. Ein Hausarzt verfügt für gewöhnlich nicht über die gleiche Ausbildung. Eine reine ärztliche Psychotherapie ist praktisch nicht vorstellbar bei einem Psychiater, schliesslich werden immer somatische Interaktionen in die Überlegungen einbezogen, beobachtet und sind wesentlich für die Behandlung. Von daher gibt im Praxisalltag keine reine ärztliche Psychotherapie.

Der Forderung der FSP, dass die psychologische Psychotherapie der ärztlichen Psychotherapie entspreche, ist damit grundlegend falsch.

Die ärztliche psychiatrische Psychotherapie ist integriert in eine gesamtheitliche psychiatrische Behandlung (IPPB). Diese muss auch in einen eigenen Tarifpunkt festgehalten werden.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Franz Kim', with a stylized, flowing script.

Franz Kim

(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 : Fachstelle Sucht Soziale Dienste Bezirk Uster

Abkürzung der Firma / Organisation : FS SDBU

Adresse : Industriestrasse 27, 8604 Volketswil

Kontaktperson : Barbara Hettich Solar

Telefon : 044 801 99 31/20

E-Mail : barbara.hettichsolar@sdbu.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
FS SDBU	<p>Die FS SDBU 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 FS SDBU 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 FS SDBU der Stellungnahme der FSP entspricht.</p>
FS SDBU	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die FS SDBU klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FS SDBU 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 FS SDBU 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.
FS SDBU	<p>Inhalte der Vorlage, welche die FS SDBU ablehnt und deren Anpassung wir fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die FS SDBU 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 FS SDBU lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Die FS SDBU 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 FS SDBU lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die FS SDBU verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die FS SDBU 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 FS SDBU 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.
FS SDBU	<p>Ergänzungen, welche die FS SDBU 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 FS SDBU 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 FS SDBU braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Die FS SDBU 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 FS SDBU eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. Psychotherapie basiert auf Sprache. Die FS SDBU 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**

FS SDBU	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)
FS SDBU	45-50a			Keine Bemerkungen	
FS SDBU	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>	
FS SDBU	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.	
FS SDBU	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 FS SDBU unbestritten. Die FS SDBU 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 FS SDBU 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 FS SDBU begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die FS SDBU 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 FS SDBU 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 FS SDBU ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
FS SDBU	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die FS SDBU fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom</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**

				in die Verordnung aufgenommen wird.	
FS SDBU	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die FS SDBU ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die FS SDBU 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 FS SDBU 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>
FS SDBU	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**

FS SDBU	(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>
FS SDBU	Übergangsbest.	1 & 2		<p>Die FS SDBU 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**

FS SDBU	Übergangsbest.	3		Die FS SDBU 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)
FS SDBU	2	1	a	Keine Bemerkungen	
FS SDBU	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die FS SDBU 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 FS SDBU 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.	
FS SDBU	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die FS SDBU 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 FS SDBU 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.	
FS SDBU	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 [...]
FS SDBU	11b	1		Keine Bemerkungen	
FS SDBU	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Die FS SDBU 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 FS SDBU 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>	
FS SDBU	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 FS SDBU 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.	
FS SDBU	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>
FS SDBU	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>
FS SDBU	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**

FS SDBU	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.
FS SDBU	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**

**Swiss Mental Healthcare SMHC
Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8**

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Bern, 10. September 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
und
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen. Die Swiss Mental Health Care (SMHC) nimmt in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Wir sind **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Die SMHC lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «*Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne 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 abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrighschwellige Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kosten ausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen.

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher 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»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssen nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsystem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Ordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulas-

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

ten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*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 Psy-

chotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre. Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichter psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizern nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlassenen Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab. Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Wir bieten Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Das koordinierte Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüssen



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Marei Gladen
Abkürzung der Firma / Organisation : Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Adresse : Hauptstrasse 55, 4127 Birsfelden
Kontaktperson :
Telefon : 061 311 94 50
E-Mail : gladen@hin.ch
Datum : 13.9.2019

M. Gladen
13.9.2019

Bemerkung: Ich stehe ganz hinter der Stellungnahme der SGPP und unterstütze sie mit diesem meinem Schreiben. Diese Stellungnahme äussert auch meine Haltung und Meinung klar.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dr. med. Marei Gladen	ICH LEHNE DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Dr. med. Marei Gladen	<p>Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.</p> <p><i>Wir Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i></p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Dr. med. Marei Gladen	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 (Aufnahmewang 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><i>Kategorie A (nicht aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmenzwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p> <p><i>Ich unterstütze die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p>	
Dr. med. Marei Gladen				<p>Zu den Übergangsbestimmungen, Abs. 1 und Abs. 2:</p> <p>Der Bundesrat ermöglicht mit dieser Besitzstandswahrung den heute über 7000 psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten, psychisch kranke, auch schwer und multimorbid kranke Personen zu behandeln, obwohl sie als Therapeuten nur über ein Jahr klinischer Erfahrung verfügen und eine Anordnung gemäss Art.11b KLV auch durch Ärzte, ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen kann.</p> <p>Ich erachte diese beiden Punkte als grosse Gefahr für die Qualität und die Effektivität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.</p>	<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**

				Im oben erwähnten Art. 11b KLV ist entsprechend explizit festzuhalten, dass die psychologische Psychotherapeutin, der psychologische Psychotherapeut die psychologische Psychotherapie <u>in eigener Verantwortung</u> durchführt. Es muss klar sein, dass die Verantwortung und damit auch die <u>Haftung</u> für die Durchführung der psychologische Psychotherapie nicht beim anordnenden Arzt liegt.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Marei Gladen	2, Abs. 1, Bst. B)	<p>Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?</p> <p>Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig.</p> <p>Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können, abhängig vom Krankheitsbild, zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.</p> <p>Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der</p>	<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: Ich fordere, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.</p>	
Dr. med. Marei Gladen	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>Ich fordere: Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!</i></p> <p>Dauer von Einzeltherapien: Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'</p> <p>Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht 60 Minuten! Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden so verunmöglicht oder massiv erschwert; es drohen schwere qualitative Einbussen. Es fehlt eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung; diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich. Auch hier handelt es sich um einen Versuch, ohne jeglichen wissenschaftlichen Befund ein finanzpolitisches Argument gegen die zu erwartende Kostenausweitung einzufügen.</p> <p><i>Ich fordere: <u>Keine</u> Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie</i></p>	
Dr. med. Marei Gladen	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</p>	<p>a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Erfahrungen im medizinischen Alltag mit grossen Fallzahlen und einem breiten Spektrum an Krankheitsbildern voraus. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.</p> <p>FORDERUNG: <i>Ich verlange, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p>FORDERUNG: <i>Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordere ich die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;</p> <p>Alternativ:</p> <p>b. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und –psychotherapie oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit einem neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis «Anordnung Psychotherapie».</p>
Dr. med. Marei Gladen	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</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		psychischen Krankheiten ? Wie könnte dann die Ärztin, der Arzt unter diesen Bedingungen den Antrag zur Fortsetzung der Psychotherapie fundiert stellen, ohne Beeinflussung durch die Psychologin oder den Psychologen, deren/dessen Bericht mit dem formalem Antrag mitgeschickt wird?	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dr. med. Marei Gladen		<p>Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) durchzuführen ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung betrachtet eine viel zu lange Zeitspanne. Zudem ist auch die Implementierung einer Begleitforschung zwingend!</p> <p>FORDERUNG: Die SGPP und die SGKJPP sind in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.</p>	<p>Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!</p>
Dr. med. Marei Gladen		<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.</p>	<p>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens 24 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p>
Dr. med. Marei Gladen		<p>Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		gerückt werden, die mit eine, zwei oder auch drei Anordnungen für x Sitzungen adäquat behandelt werden können. Es würde den angestrebten Verordnungsänderungen im Sinne ihrer durch den Bundesrat zu verfolgenden Zielsetzungen gut anstehen, deren Ausgestaltung durch ein interdisziplinäres ExpertInnengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.	
--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 : Glauser Rainer

Abkürzung der Firma / Organisation : Psychotherapeut, lic. phil.

Adresse : Hotzestrasse 28; 8006 Zürich

Kontaktperson :

Telefon : 044 350 18 92

E-Mail : rainer.glauser@bluewin.ch

Datum : 11. August 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	<p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Die vorliegende Verordnungsänderung zur Psychotherapie trägt den psychischen Kräften im Menschen keine Rechnung und ist deshalb praxisuntauglich.</p> <p>Wenn man es mit der <i>psychotherapeutischen</i> sogenannten Versorgung der Bevölkerung ernst meint, kann eine ärztliche Anordnung ausschliesslich eine Anordnung zur Psychotherapie beinhalten (Zuweisung). Das Weitere muss Gegenstand der Psychotherapie sein. Deshalb ist auch klar, dass eine ärztliche Anordnung zur Psychotherapie keine Angaben zu ihrer Dauer, ihrem Settings und/oder ihrer Frequenz enthalten kann. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychotherapeut muss sich aus nichts anderem als der psychopathologischen Bedürftigkeit des konkreten Einzelfalles ergeben. Das muss im Zentrum stehen! - Im Anordnungsmodell ist das nicht der Fall. Stattdessen priorisiert es eine kostentreibende Erhöhung nutzloser Administrationen und das Befolgen sinnentleerter Routinen ohne Bezug zum konkreten Bedarf. Ein Genesungsprozess wird dadurch behindert oder verunmöglicht.</p> <p>Als mehrjährig klinisch tätiger Psychotherapeut bestürzt mich die Naivität, mit der davon ausgegangen wird, dass Psychotherapie wie Physiotherapie gehandhabt werden kann. Das ist eine Auffassung, die weit von den Erfordernissen der klinisch-psychotherapeutischen Realität entfernt ist. Es ist absehbar, dass sich diese weltfremde, falsche und – mit Verlaub – kindische Einschätzung und Handhabung des Psychischen rächen wird – nicht zuletzt auch finanziell. Ich warne hier ausdrücklich vor einer Banalisierung und Übersimplifizierung des psychischen Geschehens und seiner Pathologien.</p> <p>Eine Anordnung, die lediglich 15 Sitzungen umfasst, ist nicht nur kindisch, sondern auch ein ziemlicher Schlag ins Gesicht derer, die mit erheblichen psychischen Störungen zu kämpfen und darunter zu leiden haben. Es zeigt wie wenig man von der Wucht und Komplexität psychischer Prozesse versteht und diese zur Kenntnis nehmen will. Man signalisiert stattdessen, dass der Patient mit seiner Genesung doch einfach rasch vorwärts machen solle und dass dies auch möglich sei. Dadurch generiert man aber lediglich Stress und vor allem unrealistische Erwartungshaltungen. Beides schadet einem psychotherapeutischen Prozess, bei dem die Auseinandersetzung mit schwerwiegenden psychischen Problemen im Vordergrund steht.</p> <p>Mit dieser Verordnungsänderung und ihren unrealistischen Vorgaben bringt man psychisch kranke Menschen um ihren Ernst.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 klinischer Perspektive ist der vorliegende Änderungsvorschlag nicht zielführend. Nachbesserungen sind aufgrund der fundamentalen Fehleinschätzung der Funktionsweisen psychischer und psychopathologischer Prozesse nicht möglich.</p> <p>Das Ansinnen den Zugang zur Psychotherapie und die Situation für Psychotherapiepatienten im KVG zu verbessern ist begrüßenswert und notwendig, muss aber rechtssetzungstechnisch grundlegend anders und neu ausgearbeitet sowie konsequent auf die Belange der psychotherapeutischen Praxis, also auf die Erfordernisse des psychopathologischen Bedarfs von Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtet werden.</p> <p>Der aktuell vorliegende Änderungsvorschlag verfehlt dieses Ziel zentral und seine Umsetzung dürfte sich nicht nur mit Blick auf das Patientenwohl katastrophal auswirken.</p> <p>Freundliche Grüsse</p> <p>Rainer Glauser, lic. phil. Psychotherapeut</p>
--	--

Dr. med. Simone Hänggi
Bielstrasse 15
CH-4500 Solothurn

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	14. Okt. 2019					TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str.

Solothurn, den 07. Oktober 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu verbessern, welches diesem – und damit vorab unseren Patientinnen und Patienten – durch die vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet.** Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche 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.

- Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.

Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. **Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen**

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. **Kostendeckung gewährleisten**

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z.B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung** im

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche

psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in

diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.**

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1, c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und

psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Ordnungsänderungen ersichtlich werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmlasssten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern (Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Simone Hänggi

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Simone Hänggi, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Bielstrasse 15, 4500 Solothurn

Telefon : +41 79 752 44 53

E-Mail : haenggi.praxis@bluewin.ch

Datum : 07. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **Datum** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

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
Simone Hänggi	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell 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)).
Simone Hänggi	<p>I.I. Kritikpunkte</p> <hr/> <p>Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.</p> <p>Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹. • Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt,

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Ich betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinpsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb 5 Jahre fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzte ohne Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität. ○ Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.
	<p>Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese Mengenausweitung hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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**

Simone Hänggi	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)
Simone Hänggi	Art.46		g	III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 Art. 46 Im Allgemeinen Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben: a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin; b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin; c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau; d. Logopäde oder Logopädin; e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin; f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin; g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.	Ich lehne Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.
				Ich lehne Art. 46 g. ab g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.	
				Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meine Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen .	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Simone Hänggi	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"> a. <i>einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> b. <i>einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> c. <i>nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab</p> <p>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</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 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**

			therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend . Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen	
			Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<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</p>	
			<p>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>	
Simone Hänggi			<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG9 gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p><i>Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.</i></p> <p><i>2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.</i></p>	
			<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p> <p><i>3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.</i></p>	
			<p>Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Simone Hänggi	2,3,11	<i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>	<i>Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.</i>
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System</p> <p>Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «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. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p> <p>Klinische Fachkompetenz erforderlich Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den 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
Simone Hänggi		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	
Simone Hänggi		<p>Ich biete Ihnen an, die weiterführenden Überlegungen zu einem umfassenden und zukunftsweisenden Modell rasch möglichst in einem persönlichen Treffen zu erörtern.</p> <p>(Annex Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell»).</p>	Siehe Annex

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefarzte und Chefarztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspaper haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Natel: +41 79 957 33 53
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC	Swiss Mental Health Care
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	<i>Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen</i>	5
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	<i>Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz</i>	8
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	<i>Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz</i>	11
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	<i>Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen</i>	15
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	<i>Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes</i>	18
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	<i>Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen</i>	19
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

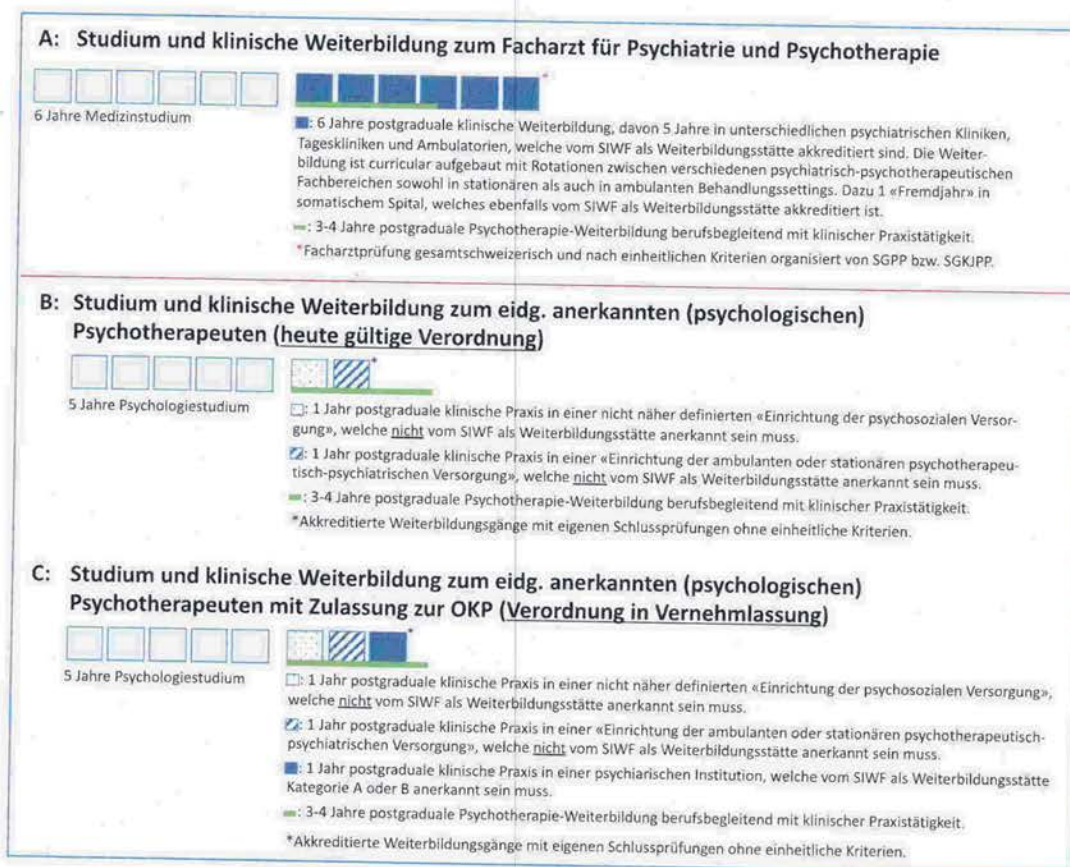


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapieresistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Facharztkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Punkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arzt Diplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-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).

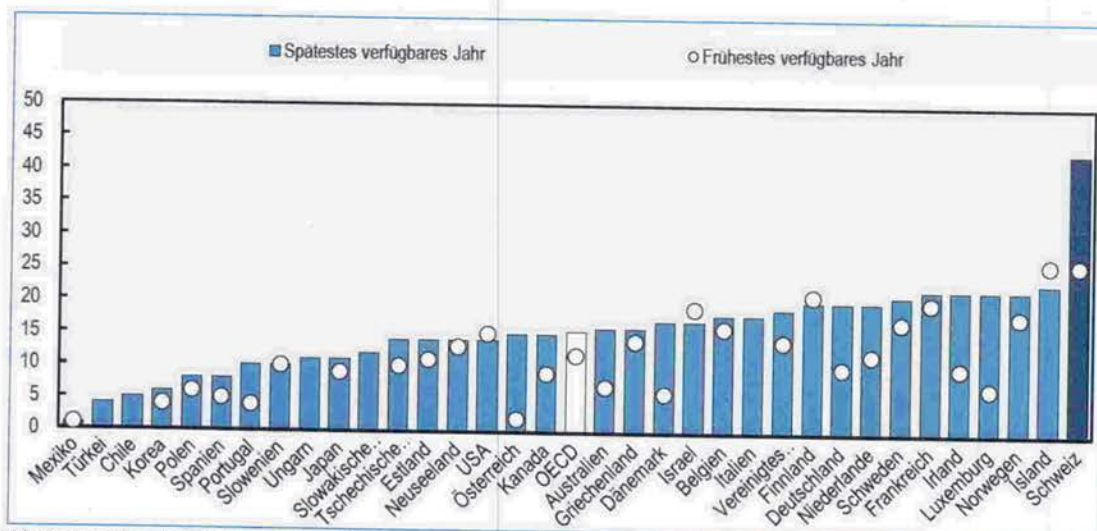


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

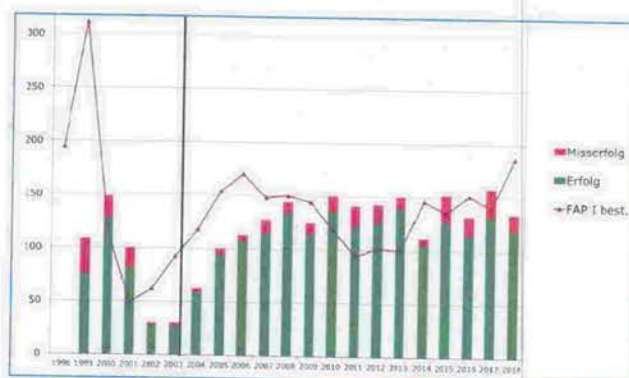


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-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.

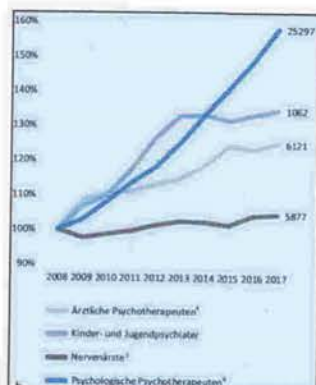


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte 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.

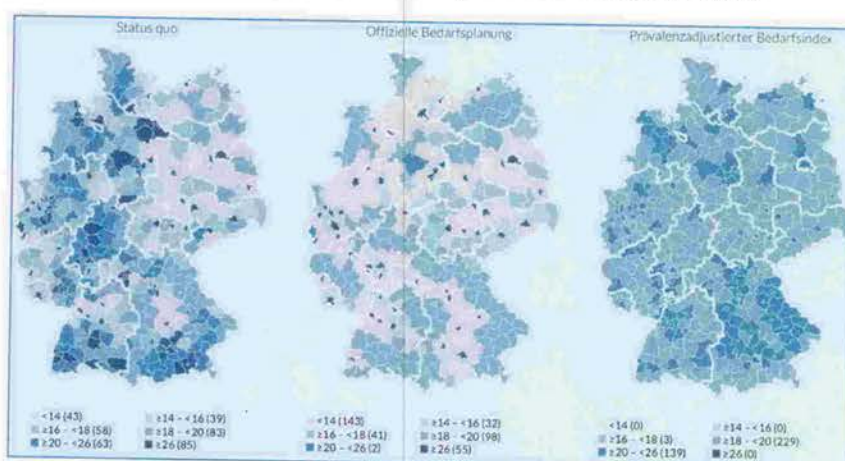


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

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/BSf/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen - analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen - in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

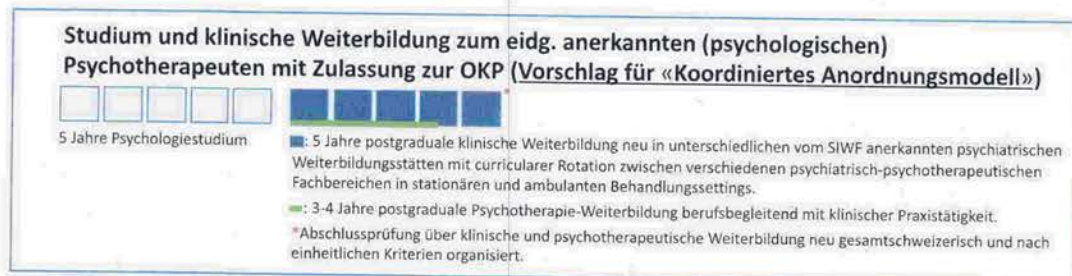


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

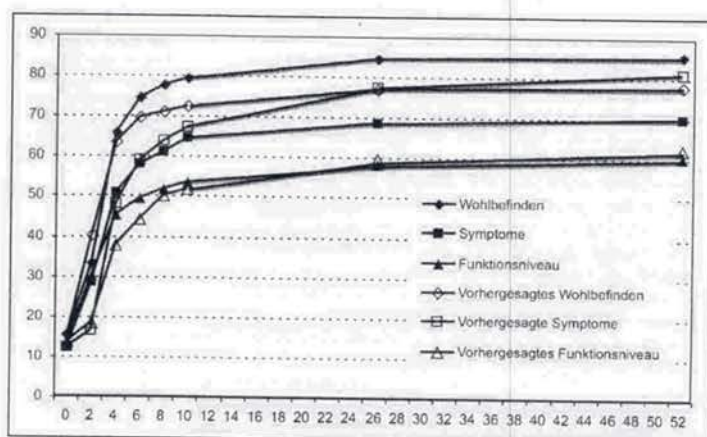


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich- psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).



Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

Änderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP

**Stellungnahme von Dr. med. Hans-Joachim
Golm, Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
Ochsengasse 2 4460 Gelterkinden**

A. Zur Bedeutung der Änderungen von KLV Art.2&3 für die ärztliche Psychotherapie

I. ÄNDERUNG DER BEDINGUNGEN DER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPIE KLV ART. 2&3 OHNE RÜCKSPRACHE MIT DER FMPP !

Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden.

⇒ **FORDERUNG:** *Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.*

II. ZUR FRAGE DER BEDEUTUNG VON ART. 2 ABSATZ 1a resp. 1b

*KLV-Text: 1a. Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt. 1b. Sie umfasst eine **Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten**.*

Hier stellen sich folgende wichtige und massgebliche Fragen, die ungeklärt sind:

Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?

Die Einführung solcher "diagnostischer" Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie unnötig. Die Psychiaterinnen und Psychiater stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können abhängig von Krankheitsbildern zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.

Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein. Denn die neue Anordnung präferiert einseitig Kurztherapiemethoden. So wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit

werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.

Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.

Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.

Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Würde somit letztlich nicht die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird?

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.

III. KOSTENGUTSPRACHEGESUCHE BEREITS NACH 30 SITZUNGEN UND REDUKTION DER MAXIMALEN SITZUNGSDAUER AUF 60 MINUTEN !

KLV-Text: Art. 3 Kostenübernahme. Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

1. Kostengutsprachegesuche müssen nun bereits vor der 30. Sitzung statt wie bisher vor der 40. Sitzung eingebracht werden.

Der Entscheid, die ärztliche Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Mischen sich Dritte zu früh und wiederholt in eine Psychotherapie ein, beeinträchtigt dies die Behandlung.

Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher.

⇒ **FORDERUNG:** Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprachege such!

2. Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'

Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60 Minuten.

Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.

Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung fehlt. Diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich.

⇒ **FORDERUNG:** Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie!

B. Fragen zum neuen Anordnungsmodell: Mögliche Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten sowie für die psychiatrisch – psychotherapeutische Versorgung

I. ANZAHL ANORDNUNGEN PRO KRANKHEITSFALL

Wie viele aufeinanderfolgende Anordnungen wird eine Ärztin, ein Arzt bei der gleichen Patientin, beim gleichen Patienten veranlassen (können)? 3 Anordnungen entsprächen 45 Sitzungen, d.h. einem Behandlungszeitraum von ca. einem Jahr?

Ist der Arzt, die Ärztin bereit, bei Notwendigkeit auch 10 oder mehr Anordnungen zu schreiben für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten, z.B. bei schweren und chronischen Störungen?

Wirtschaftlichkeitskontrolle: Welche Auswirkungen hat die anordnende Ärztin, der anordnende Arzt zu gewärtigen, wenn sie, er im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr Psychotherapien anordnet, d.h. mehr Therapien und somit mehr Kosten veranlasst?

Validierte Instrumente zur Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik: Wird der Arzt, die Ärztin obligatorisch eine weitere Therapie anordnen, wenn die Psychologin, der Psychologe darlegt, dass aufgrund einer testpsychologischen Untersuchung eine Fortsetzung der Psychotherapie angezeigt sei? Dies kann zu unnötigen Verlängerungen der Psychotherapien und damit zu einer Mengenausweitung führen. Die Rolle der anordnenden Ärztin, des anordnenden Arztes reduziert sich auf ein Abknicken.

II. AUSWIRKUNG DES ANORDNUNGSMODELLS FÜR DIE PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE

Aus den bisherigen Ausführungen sind verschiedene zukünftige Szenarien denkbar:

Patientinnen und Patienten mit schweren Störungen finden keine Behandlungsplätze. Weil viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht über die klinische Erfahrung und somit die Kompetenz verfügen, um Therapien mit Patientinnen und Patienten, die an schweren Störungen leiden, lege artis durchzuführen, besteht die grosse Gefahr, dass diese Patientinnen und

Patienten keinen Therapieplatz bei einer psychologischen Psychotherapeutin, einem psychologischen Psychotherapeuten finden. Die Psychiaterinnen und Psychiater werden den Bedarf nicht alleine decken, die notwendige Versorgung nicht leisten können. Die Erweiterung des therapeutischen Angebotes wird sich auf Patientinnen und Patienten mit leichten psychischen Erkrankungen beschränken und dort zu einer unnötigen Mengenausweitung führen.

Zweiklassenversorgung – Zunahme von out-of-pocket bezahlten Therapien!

Vermögende Patientinnen und Patienten bezahlen die notwendige Fortführung der psychologischen Psychotherapie selber, nicht Vermögende haben das Nachsehen bzw. werden versuchen bei einer Psychiaterin, einem Psychiater unter zu kommen.

III. WER SOLL ANORDNEN?

Was bedeutet die vorgeschlagene Anordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugend- medizin sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) bzgl. Qualitäts- und Qualifikationsfragen?

In der aktuellen Befragung der FMPP-Mitglieder vom Juli/August 2019 vertreten 75% der Antwortenden die Haltung, dass ausschliesslich Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin anordnen können sollen. Gut 48% der Antwortenden sind einverstanden, in ihrer Praxis anzuordnen; zusätzlich

sind 27% der Antwortenden unter entsprechenden Voraussetzungen dazu bereit.

⇒ **FORDERUNG:** Die SGPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis

Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Eine korrekte, qualitativ einwandfreie psychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag voraus mit grossen Fallzahlen von Patientinnen und Patienten, die ein breites Spektrum von Krankheitsbildern repräsentieren. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.

⇒ **FORDERUNG:** Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SGPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.

IV. ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND - THERAPEUTEN?

Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).

Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen. Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), ohne entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Personen, Sucht, Krisensituationen).

Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin

oder ein Facharzt den Bericht schreibt.

Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder).

Die Unterversorgung wird nicht behoben, aber es kommt zu einer Fehlversorgung. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten.

Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.

FORDERUNG: Die Anforderungen an die klinische Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der

*klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf zwei Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitel. Dies sollte zwingend nur in einer SIWF- anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) der Kategorie **A** (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen, die per Definition ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten bieten und eine gewisse Mindestgrösse hinsichtlich Anzahl Patientinnen und Patienten haben.*

⇒ **FORDERUNG:** *Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die SGPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).*

⇒ **FORDERUNG:** *Wir unterstützen die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.*

V. WEITERE BEMERKUNGEN

Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Ordnungsänderung) ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Die Implementierung einer Begleitforschung ist zwingend!

⇒ **FORDERUNG:** *Die SGPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.*

Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.

Dr. med. Petra Ehrhard

Gelterkinden, 15. Oktober 2019

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspaper der Swiss Mental Health Care (SMHC) zur bundesrätlichen Vernehmlassung für die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Verfasser:

Swiss Mental Health Care (SMHC) | www.swissmentalhealthcare.ch¹

31. August 2019

¹Swiss Mental Health Care (SMHC) setzt sich aus der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC), der Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz (VKJC), der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und der Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) zusammen. Sie vertritt als Dachorganisation alle grossen und mittelgrossen Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (59 Mitgliedsinstitutionen) und ist als gesamtschweizerische Vereinigung die anerkannte Ansprechpartnerin der institutionellen Psychiatrie gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie bezweckt die Vertretung der gemeinsam vereinbarten Interessen der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz im Sinne einer effektiven und effizienten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

An diesem SMHC-Positionspapier haben die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA) sowie der Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz (WBV) mitgearbeitet

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplus AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplus.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

Inhaltsverzeichnis

0	Management Summary	1
1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Ist-Situation	5
2.1	<i>Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen</i>	<i>5</i>
2.1.1	Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen	5
2.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung	6
2.1.1.1.1	Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern	6
2.1.1.1.2	Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen	7
2.1.1.2	Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz	7
2.1.1.2.1	Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen	7
2.1.1.2.2	Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten	8
2.2	<i>Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz</i>	<i>8</i>
2.2.1	Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen	8
2.2.2	Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz	9
2.2.3	Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz	10
2.2.3.1	Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen	10
2.2.3.2	Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?	11
2.3	<i>Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz</i>	<i>11</i>
2.3.1	Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle	11
2.3.2	Fehlansätze und Risikoselektion	12
2.3.2.1	Erfahrungen in Deutschland	12
3	Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»	15
3.1	<i>Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen</i>	<i>15</i>
3.1.1	Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung	16
3.1.1.1	In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten	16
3.1.1.2	Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten	16
3.1.1.3	Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1.4	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet	17
3.2	<i>Massnahme 2: Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes</i>	<i>18</i>
3.2.1	Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie	18
3.2.2	Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis	18
3.2.2.1	Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention	18
3.3	<i>Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen</i>	<i>19</i>
3.3.1	Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife	19
3.3.2	Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten	20
3.3.2.1	Schweregrad und Behandlungsaufwand	20
3.3.3	Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Institutionen	20
3.3.3.1	Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten	21
3.3.4	Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen	21
3.3.5	Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED	22
3.3.5.1	«Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung	22
3.3.5.1.1	Fehlender Einbezug der Tarifpartner	22
3.3.5.2	Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB	23
4	Ausblick	24

0 Management Summary

Das Papier beschreibt die Position von Swiss Mental Health Care (SMHC) und ihrer Fachgesellschaften gegenüber der vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)».

Die vernehmlassste Verordnungsänderung würde zu erheblichen ungewünschten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Erkrankter führen. Daher schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften Anpassungen der Rahmenbedingungen in drei Bereichen vor. Diese sind Voraussetzung für die aus Versorgungssicht erfolgreiche Einführung eines Anordnungsmodells für die psychologische Psychotherapie.

Mit der Anpassung dieser Rahmenbedingungen in Form des «Koordinierten Anordnungsmodells» kann ein qualitativ hochstehendes System entwickelt werden, welches die gesamtschweizerische Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen tatsächlich optimieren kann.

Das Positionspapier «Koordiniertes Anordnungsmodell» dient als detaillierte Grundlage für die Antworten auf die Vernehmlassung des Bundesrates.

Mit den Änderungen der Verordnungen will der Bundesrat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessern. Damit verbunden ist ein Systemwechsel vom heutigen Delegationsmodell, in dem die psychologische Psychotherapie unter Aufsicht eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin² erfolgt, zum sogenannten Anordnungsmodell. Psychologische Psychotherapeutinnen sollen ihre Leistungen dadurch selbständig erbringen und diese eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, sofern Hausärzte oder andere Fachärzte die Psychotherapie «anordnen».

Vor dem Hintergrund des bundesrätlichen Ziels, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu erleichtern, ist die Erfordernis einer grundlegenden Prüfung von Verbesserungsmassnahmen für das jahrzehntelang kaum veränderte Versorgungsmodell sinnvoll.

Der Bundesrat denkt dabei insbesondere an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie an Erwachsene in Krisensituationen. Die entscheidende Frage ist allerdings, ob dies mit dem vorgeschlagenen Modellwechsel tatsächlich gelingt. Starke Zweifel sind angebracht, zumal unser Land, das über die weltweit höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern sowie an Psychologinnen und Psychologen verfügt, keinen ausgewiesenen Notstand bei der Versorgung mit psychologischer Psychotherapie hat.

Die Verfasser erfüllt die Sorge, dass mit dem Systemwechsel – so wie er aktuell vernehmlassst ist – Anreize gesetzt werden, die erhebliche Risiken für die Versorgung und die damit verbundenen Kosten mit sich bringen. Insbesondere, dass Patienten mit leichteren psychiatrischen Erkrankungen gegenüber mittleren und schweren Fällen bevorzugt werden und damit verbunden eine Mengenausweitung mit Fehlversorgung resultiert, welche auch die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würde. Die damit einhergehende verstärkte Risikoselektion durch eine wachsende Zahl psychologisch-psychotherapeutischer Leistungserbringer würde gegenüber heute die Versorgung von schwer Erkrankten verschlechtern.

Die vom Bundesrat geplante Reform soll deshalb dazu genutzt werden, die Versorgung für psychisch erkrankte Menschen insgesamt zu verbessern. Aus diesem Grund schlagen die Verfasser drei Massnahmen für ein «**Koordiniertes Anordnungsmodell**» vor. Dieses kann, basierend auf dem bundesrätlichen Vorschlag, und mit wissenschaftlich fundierter Bedarfsabklärung und Begleitforschung die darin definierten Ziele – ohne die erwähnten negativen Folgen – in die Realität umsetzen.

²Es ist im Text immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

Massnahmen für das «Koordinierte Anordnungsmodell»

1. Klinische Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten durch adäquate Weiterbildung.
2. Sicherung der Indikationsqualität und Therapieevaluation durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkompetenz der anordnenden Ärzte bei gleichzeitiger Ermöglichung niederschwellig durch Grundversorger angeordneter psychotherapeutischer Kurzinterventionen durch Psychologen.
3. Deckung der Mehrkosten von psychiatrischen Leistungen für Patienten mit schweren und komplexen psychischen Krankheiten und höherem Behandlungs- und Betreuungsaufwand.

Diese drei Massnahmen beinhalten:

Erstens sollen Psychologen durch eine vertiefte klinische Weiterbildung dazu befähigt werden, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und Erkrankungen aller Schweregrade umzugehen.

Zweitens soll ermöglicht werden, dass auch Grundversorger eine umschriebene Anzahl von zehn psychotherapeutischen Kurzinterventionsstunden durch einen psychologischen Psychotherapeuten anordnen können und so eine rasche niederschwellige psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Störungen gewährleisten können. Gleichzeitig wird durch die Begrenzung auf zehn Therapiestunden die Indikationsqualität und Therapieevaluation sichergestellt, weil bei Persistenz des psychischen Problems über diesen Zeitraum hinaus ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einbezogen werden muss, um komplexere Krankheitsbilder angemessen zu diagnostizieren und die weitere Behandlung fachgerecht anzuordnen oder durchzuführen.

Drittens soll durch tarifliche Regelungen die Behandlung schwer und komplex psychisch Kranker sowie die Versorgung ländlicher Regionen verbessert werden. Durch die Einführung eines Anordnungsmodells wird gemäss der vernehmlasssten Verordnung die ambulante psychologische Psychotherapie ausserhalb der Institutionen, analog denjenigen von anderen selbstständig erbrachten nicht-ärztlichen Leistungen, korrekterweise nicht mehr im Rahmen des TARMED vergütet werden. Stattdessen wird sie einen eigenen Tarif der OKP erhalten³, wie dies z.B. auch bei Neuropsychologen, Physiotherapeuten, etc. gilt. Im Zuge dieser Änderung sind die Tarifverträge unter den Tarifpartnern zu verhandeln.

Entsprechend den bundesrätlichen Zielen, die Versorgung zu verbessern, müssen psychiatrische Tarifpositionen innerhalb des TARMED kostendeckend sein. Dies muss auch für Leistungen im Rahmen der Behandlung von schweren, komplexen Fällen psychisch Kranke gewährleistet werden, dies sowohl in Praxen als auch in ambulanten Institutionen, sodass die aktuell notwendigen kantonalen Subventionen, welche die Kostenwahrheit behindern, wegfallen können.

Beim Versuch, die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie zu begrenzen, sieht die Verordnungsänderung die Reduktion fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen von gut 40% vor, obwohl hier überhaupt keine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dieser unerwünschte «Nebeneffekt» schränkt die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit schweren, komplexen Krankheitsbildern zusätzlich ein, was sicher nicht die Intention des Bundesrates sein kann.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass in ambulanten psychiatrischen Institutionen auch diejenigen Psychotherapieleistungen über TARMED abgerechnet werden können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. Nur so können klinische Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten auch in Zukunft angeboten werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Leistungen von Fachpsychologen mit Zulassung zur OKP, die an einer solchen Institution fest angestellt sind, kostendeckend über TARMED abgerechnet werden können.

Schliesslich geht es der SMHC bei dieser dritten Massnahme also nicht um höhere Tarife, sondern grundsätzlich um eine Tarifstruktur, welche überhaupt eine Kostendeckung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen vorsieht und ermöglicht.

³Aus Vernehmlassungsvorlage «Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen», Kapitel 2.9, Seite 12.

1 Einleitung

Der Bundesrat hat am 26. Juni 2019 die Vernehmlassung zur «*Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)*» eröffnet. Darin schlägt er ein sogenanntes «Anordnungsmodell» vor, worin dargelegt ist, wie psychologische Psychotherapeutinnen² in der Versorgung von psychisch Kranken zukünftig eingesetzt werden sollen. Sie sollen nicht mehr unter Anstellung und Aufsicht einer Psychiaterin oder Hausärztin mit entsprechendem Fähigkeitsausweis im sogenannten «Delegationsmodell» arbeiten müssen, sondern auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein und über die OKP direkt abrechnen können. Hinter dieser Massnahme steckt der Wunsch, Menschen mit psychischen Problemen einfacher und schneller psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen in Krisensituationen sowie Betroffenen in ländlichen Regionen.

Da die vorgeschlagene Verordnungsänderung zu erheblichen versorgungspolitischen Schwierigkeiten führen würde, schlagen die Verfasser fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen vor, damit ein Anordnungsmodell erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann.

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Nach Ansicht der SMHC-Fachorganisationen und weiterer Fachvereinigungen kann dieses Ziel durch den vorgeschlagenen Systemwechsel zu einem einfachen Anordnungsmodell allein nicht erreicht werden.

Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die geplanten Änderungen der Verordnungen durch die Mengenausweitung der psychologischen Psychotherapie, von Seiten Kostenträger und Politik weitere Sparmassnahmen nach sich ziehen wird, um die Kostenfolgen des Systemwechsels einzudämmen. Damit riskieren wir eine erneute Absenkung der Entschädigung von komplexen psychiatrischen Leistungen bei schwerer Erkrankten, die u.a. über «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abgegolten werden (LAP; z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen), von sozialpsychiatrischen Angeboten oder von aufsuchenden Konsilien und Behandlungen. Dies ist ein Teufelskreis, der die bereits jetzt erschwerte Behandlungsrealität zusätzlich kompliziert. Dies würde indirekt auch eine weitere Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen begünstigen und ausgerechnet die Versorgung von Patienten mit komplexen und schwereren psychischen Krankheiten verschlechtern, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist⁴. Dies stellt eine Entwicklung hin zu einer Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich dar und muss aus Sicht der genannten Vereinigungen unbedingt vermieden werden.

In seiner aktuellen Ausgestaltung schadet das vernehmlassste Anordnungsmodell einer besonders vulnerablen Patientengruppe mehr als es ihr nützt. Denn mit der Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie ist dieser Gruppe nicht geholfen. Kommt dazu, dass ein wirklicher Bedarfsnachweis für die Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer gegenwärtig fehlt. Das

⁴Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie.»

geht auch aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor⁵ und deckt sich mit dem Bericht des Bundesamts für Gesundheit 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)», welcher zu den gleichen Schlussfolgerungen kommt:

«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie.» (vgl. Seite 2 und Fussnote⁵)

Der Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern⁶. Analog heisst das, dass im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells dringend eine Evaluation eines möglicherweise aktuell nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden müsste, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis zu erbringen. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen (Wortlaut in Fussnote⁷).

Aufgrund obiger Erwägungen schlagen die SMHC-Fachgesellschaften das «Koordinierte Anordnungsmodell» vor, das die vom Bundesrat avisierten Ziele unterstützt und darüber hinaus Massnahmen enthält, die in drei Bereichen wesentliche Verbesserungen bringen:

1. bei der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen, um sie zu befähigen, Notfälle und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, mit psychologisch-psychotherapeutischen Mitteln selbst zu bewältigen oder wenn indiziert gezielt und schnell fachärztliche Unterstützung beizuziehen;
2. bei der fachlichen Kompetenz der anordnenden Ärzte, um die Qualität der Indikationsstellung und der Therapieevaluation zu sichern, d.h. um Fehldiagnosen und -indikationen, Risikoselektion und Fehlversorgung, Mengenzunahme und Kostensteigerung zu vermeiden;
3. bei der Kostendeckung für die Behandlung und Betreuung von psychisch schwer und komplex Erkrankten sowie für die praktische Bewältigung von Notfall- und Krisensituationen, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie um die Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Diese Leistungen müssen in institutionellen Ambulatorien, im Gegensatz zur heutigen Situation im TARMED, ohne kantonale Subventionen und darüber hinaus auch in Praxen möglich werden.

⁵Quelle in Fussnote³, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen.»

⁶Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

⁷Quelle in Fussnote³, Kapitel 1.3, Seite 7: «Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.»

2 Grundlagen der Ist-Situation

2.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

2.1.1 Unterschied zwischen Psychiaterinnen und Psychologen

Die Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheiden sich sowohl quantitativ als auch inhaltlich erheblich von derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Letztgenannte müssen ein fünfjähriges Psychologiestudium an einer Universität oder Fachhochschule und später ein Jahr klinische Weiterbildung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie ein Jahr an einer anderen psychosozialen Institution absolvieren. Darüber hinaus durchlaufen sie eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie.

Fachärztinnen für Erwachsenen- sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren das sechsjährige Medizinstudium mit abschliessendem Staatsexamen, bzw. der Eidg. Prüfung Humanmedizin, und anschliessend eine umfangreiche, curricular aufgebaute, klinische Weiterbildung. Diese besteht aus sechs Jahren Assistenzarztstätigkeit, fünf davon sowohl in vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrischen Kliniken als auch in Ambulatorien sowie einem Jahr in einem somatischen Spital.

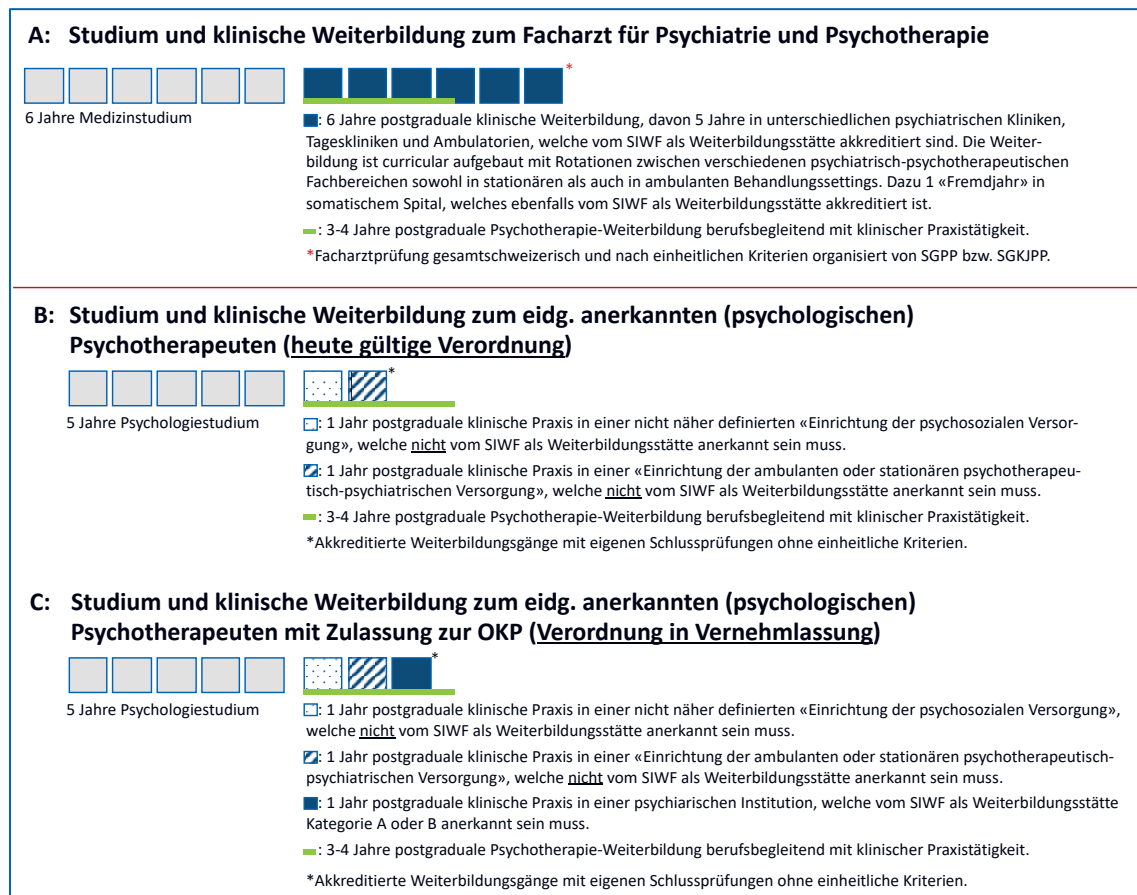


Abb. 1: Unterschiede in der studentischen Ausbildung und der klinischen postgradualen Weiterbildung zwischen (A) Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (zwölf Jahre) und (B bzw. C) psychologischen Psychotherapeuten (sieben bzw. acht Jahre). Die aktuell (B) gültigen und die gemäss Vernehmlassungsunterlagen inskünftig (C) gültigen Anforderungen an die praktische bzw. klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten ist für eine Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis nicht ausreichend. Neben der zu kurzen Dauer und der fehlenden curricularen Rotationen durch verschiedene klinische Einheiten, Settings und

Schwerpunktgebiete der Psychiatrie bestehen an nicht-SIWF-akkreditierten Institutionen auch keine fachlichen Qualitätskriterien für die klinische postgraduale Weiterbildung. Nur Institutionen, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind, können eine Lernziel basierte klinische Weiterbildung mit definierter Qualität anbieten.

Die postgraduale zusätzliche Ausbildung für Psychotherapie ist für Fachärzte den Psychologen vergleichbar und dauert rund drei bis vier Jahre (die aktuell gültigen Kriterien für die postgraduale klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten sind in der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe [AkkredV-PsyG] vom 25.11. 2013 [Stand am 1.1.2016] beschrieben; die geplanten Kriterien sind im Faktenblatt des Vernehmlassungsentwurfs Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP vom 26.6.2019 beschrieben; die Weiterbildungskriterien für Fachärzte sind in der Weiterbildungsordnung des SIWF 2000 festgehalten).

Während dieser Weiterbildungszeit (Abb. 1A) lernen die angehenden Psychiaterinnen, im Gegensatz zu angehenden psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1B und C), psychiatrische und medizinische Notfall- und Akutsituationen selbstständig einzuschätzen und diagnostische und therapeutische Massnahmen zu treffen. Diese umfassende Kompetenz befähigt sie in der klinischen Praxis die obligatorischen Notfall-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu leisten. Zudem erwerben sie im Medizinstudium eine umfassende Kenntnis über biomedizinische und psychosoziale Zusammenhänge auch von psychischen Erkrankungen, sie lernen bereits im Medizinstudium deren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten kennen und vertiefen diese in der klinischen Praxis während der Facharztweiterbildung nachhaltig.

Klinische Expertise und Erfahrung sind für die Behandlung von psychisch kranken Menschen unerlässlich, insbesondere bei schweren und komplexen Erkrankungen. Die Psychopharmakologie entwickelt sich entsprechend dem stetigen wissenschaftlichen Fortschritt weiter und setzt fundiertes theoretisches Wissen und breite praktische Erfahrungen voraus, insbesondere bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychischen Erkrankungen sowie bei Therapie-resistenz (fehlendes Ansprechen auf mehrere Behandlungsoptionen), bei psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, Medikamenteninteraktionen insbesondere im jüngeren bzw. höheren Lebensalter.

2.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung

Fachartzkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolvieren analog den psychologischen Psychotherapeutinnen eine drei bis vier Jahre dauernde Weiterbildung in einer der drei von der psychiatrischen Fachgesellschaft anerkannten, wissenschaftlich fundierten Psychotherapierichtungen. Zur Psychotherapie im engeren Sinne (i.e.S.) gehören die Psychotherapiemodelle psychoanalytischer, systemischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Richtung.

2.1.1.1.1 Psychotherapieweiterbildung von Psychiatern

Die Psychotherapieweiterbildung für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Bestandteil der beiden vom Eidgenössischen Departement des Innern akkreditierten Weiterbildungsgänge und findet an den durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Instituten und unter Aufsicht des SIWF statt. Für die Erlangung eines Schwerpunkttitels als Spezialisierung innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen sowie Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) bzw. innerhalb des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Schwerpunkt Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), muss neben anderen Anforderungen auch eine zusätzliche Weiterbildung in spezifischer Psychotherapie für diese Teilbereiche der Psychiatrie absolviert werden. So z.B. Psychotherapie des älteren Patienten, Psychotherapie bei Suchterkrankungen oder Psychotherapie bei Patienten mit forensischem Hintergrund etc.

2.1.1.1.2 Psychotherapieweiterbildung von Psychologinnen

Die Weiterbildung der angehenden psychologischen Psychotherapeuten wird in den Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie gemäss dem Psychologieberufegesetz (PsyG) geregelt. Die Anforderungen bzgl. der Psychotherapie im engeren Sinne (Supervision, Selbsterfahrung, Theorie) sind insgesamt vergleichbar mit denen der angehenden Psychiaterinnen und Psychiater.

2.1.1.2 Klinische Weiterbildung, Erfahrung und Kompetenz

Wie oben dargelegt wird (siehe Abb. 1), unterscheiden sich die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater erheblich, sowohl nach der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit in ihrem Erfahrungswissen als auch in ihrer klinischen Kompetenz.

Deutliche Unterschiede bestehen bei den klinischen Erfahrungsjahren (wesentlich kürzere Dauer und fehlende Rotationen bei den Psychologen) und der theoretischen Weiterbildung (Wissen und Können) im psychiatrischen Kernbereich (Psychopharmakologie, bio-psycho-soziales Assessment, Notfall- und Konsiliareinsätze usw.).

2.1.1.2.1 Klinische Weiterbildung von Psychiaterinnen

Psychiatrische Fachärztinnen verfügen über eine fundierte praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Menschen, mit deren akuten Krisen und körperlichen Erkrankungen, die ihrerseits typischerweise sehr oft mit psychischen Erkrankungen bzw. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) einhergehen. Bei ihren diagnostischen Überlegungen beziehen die psychiatrischen Fachärztinnen ergänzend zum psychischen auch den körperlich-medizinischen Gesamtzustand mit ein. Zudem haben sie umfassende klinische Erfahrung in verschiedenen Therapieverfahren, welche auch biologisch-medizinische und soziale Interventionen umfassen, und die daher über eine Psychotherapie als alleinige Behandlungsform weit hinausgehen. Zusätzlich stellen die psychiatrischen Weiterbildungscurricula strukturiert sicher, dass die Weiterbildungskandidaten eine sehr breite Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Behandlungssituationen sammeln: Im Kindes- und Jugendalter bis zur abgeschlossenen Adoleszenz bei den angehenden Kinder- und Jugendpsychiatern resp. über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters bis ins hohe Alter bei den angehenden Erwachsenenpsychiatern. In der interdisziplinären Versorgung übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Ihre Kompetenz im sogenannten bio-psycho-sozialen Ansatz (d.h. Einbezug der biomedizinischen, der psychologischen sowie der sozialen Dimensionen der spezifischen humanmedizinischen Kompetenz) befähigt die Fachärzte, alle psychisch kranken Menschen umfassend psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandeln.

Weiterbildungskandidaten für den Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für den Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen zusätzlich zur umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung eine curriculare, lernzielbasierte theoretische psychiatrische Weiterbildung absolvieren in einem regionalen von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) anerkannten Weiterbildungszentrum für postgradualen Unterricht, welcher mindestens 240 Credits erfordert. Sie müssen zudem mindestens 180 weitere Credits zur Vertiefung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Wissens durch Teilnahme an anerkannten Weiterbildungsveranstaltungen nachweisen. Ausserdem müssen sie Gutachten verfassen und Prüfungen absolvieren, die auf gesamtschweizerischer Ebene organisiert werden. Für die zusätzlichen Weiterbildungen in Schwerpunktbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie müssen die Facharztweiterbildungskandidaten weitere Anforderungen an die klinische Erfahrung (Dauer und Rotationen), Supervisionen, Kurse und Prüfungen erfüllen.

2.1.1.2.2 Klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten

Für primär geisteswissenschaftlich ausgebildete Psychologen in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten existieren aktuell keine solche Vorgaben, welche ihre klinisch-praktische Kompetenz sicherstellen und eine fachliche Qualitätssicherung ermöglichen würden. Aus diesem Grund ist es von grösster Relevanz, dass mit Einführung eines Anordnungsmodells, in welchem psychologische Psychotherapeuten selbstständig und letztverantwortlich arbeiten sollen, die Qualität der klinischen Weiterbildung, so wie es im «Koordinierten Anordnungsmodell» beschrieben ist, sichergestellt wird.

2.2 Psychiatrische und psychologische Leistungsanbieter in der Schweiz

2.2.1 Unausgewogene Mengenregulierung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

2.2.2 Hohe Dichte an Leistungserbringern der Schweiz

Die Schweiz besitzt grundsätzlich eine sehr gute Versorgung psychischer Erkrankungen (siehe auch die Beurteilung des Bundesamtes für Gesundheit⁹). Im weltweiten Vergleich weist sie mit rund 3800 niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und über 700 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern auf. Im OECD-Land mit der zweithöchsten Dichte nach der Schweiz praktizieren ungefähr halb so viele niedergelassene Psychiater pro 100'000 Einwohner (Abb. 2).

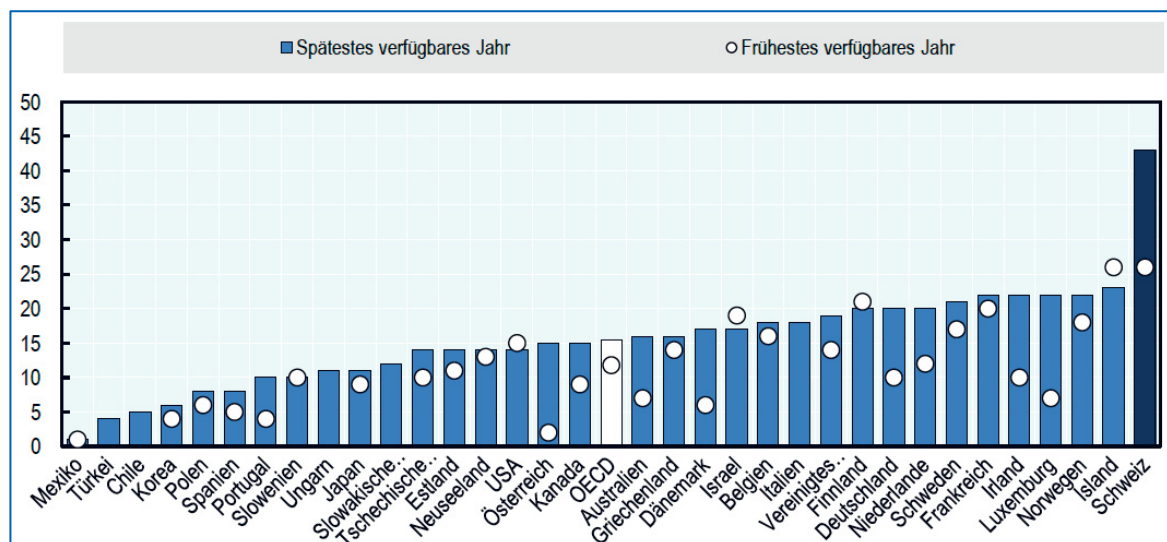


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

Wie aus Abb. 3 ersichtlich ist, hat sich - entgegen der Prognose der SVPC aus dem Jahr 2012⁹ - die Anzahl der angehenden Erwachsenenpsychiater, welche erfolgreich die Facharztprüfung absolviert haben, auf hohem Niveau stabilisiert.

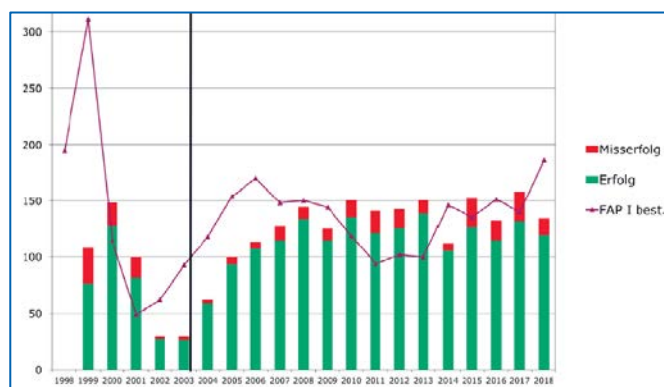


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

Unveröffentlichte Daten (2019), i.A. der Prüfungskommissionen der SGPP durch das Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern aufgearbeitet.

Dabei ist zu beachten, dass seit 2002 zu den Weiterbildungstitelverleihungen durch das SIWF noch die Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel durch die MEBEKO dazukommen (Tab. 1).

⁹Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E, Haug A, Rössler W. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 8, 302-4

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychiatrie und Psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	164	140	116	131	171	143	143	85	106	118	117
Psychiatrie und Psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	64	53	62	66	107	118	107	139	135	123	93
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Verleihung durch SIWF)*	28	36	14	25	28	26	24	31	16	25	30
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anerkennung durch MEBEKO)**	8	5	12	12	15	24	12	17	27	23	27

Tab. 1. MEBEKO Anerkennungen für Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Quellen: *FMH-Ärztestatistik <https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#i131905>; **Statistiken aller Medizinalberufe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aller-medizinalberufe.html>)

Die Dichte der eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeuten in der Schweiz ist mit rund 7600 doppelt so hoch wie diejenige der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz dieser quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind aber insbesondere psychisch schwer kranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder im Rahmen der «intermediären Psychiatrie» (z.B. Tageskliniken und -zentren) oder – aufgrund von Kapazitätsmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) betreut werden müssen.

2.2.3 Bedarf für die Versorgung komplexer Fälle in der Schweiz

Die komplexeren Fälle, die häufig weitere komorbide psychiatrische und somatische Krankheiten haben benötigen eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und können von psychologischen Psychotherapeutinnen, die nach den heute geltenden «Qualitätsstandards» weitergebildet wurden, nicht übernommen werden. Dies wird sich durch das Anordnungsmodell in der vom Bundesrat vorgelegten Form auch nicht ändern. Diese Patienten, bei welchen in der Regel das gesamte Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren einbezogen werden muss, benötigen eine entsprechend vielschichtige Betreuung und Therapie, die weit über das Angebot einer alleinigen Psychotherapie i.e.S. hinausgeht. Diese Betreuung beinhaltet auch immer wieder weiterführende Abklärungen und Interventionen. Psychologische Psychotherapeuten sind für obige - fundiertes Zusatzwissen und Erfahrung erfordernde - Situationen zu wenig aus- und weitergebildet und können eine solche Versorgung nicht gewährleisten.

2.2.3.1 Aktuelle Kosten der psychologischen Psychotherapieleistungen

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die Statistik der SASIS AG, welche in den Vernehmlassungsunterlagen¹⁰ wiedergegeben ist: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht.

¹⁰Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 3. Auswirkungen, 3.1 Allgemeines, 3. Abschnitt, Seite 13

2.2.3.2 Mangelversorgung von psychologischer Psychotherapie?

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich überaus hohen Anzahl schweizweit tätiger psychologischer Psychotherapeuten und der stetig steigenden Behandlungszahlen ist die behauptete Mangelversorgung im Bereich der Psychotherapie nicht nachvollziehbar. Als Argumentation für einen Mehrbedarf an praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten wird gelegentlich eine gesundheitsökonomische Studie aus Kanada¹¹ zitiert, welche gezeigt hat, dass die Einsparungen an den gesamten nationalen Gesundheitskosten die Kosten psychologischer Leistungen um einen Faktor 2 übersteigen. Dass die nachhaltige Behandlung von (schwereren) psychischen Leiden die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten senkt, ist aus vielen Studien bekannt. Befunde aus Kanada bezüglich der präventiven Auswirkungen von psychologischen Psychotherapeuten lassen sich aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen, da sich die Dichte der Psychiater pro 100'000 Einwohner zwischen der Schweiz und Kanada um einen Faktor von etwa 3 unterscheidet.

2.3 Tarifsystembedingte Versorgungsprobleme in der Schweiz

Es liegt in der Schweiz also vielmehr eine Fehlversorgung vor, bei welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Diese prekäre Situation ist aber nicht den praktizierenden Leistungserbringern anzulasten, sondern sie ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem im TARMED vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, die Patienten mit höherem Behandlungsaufwand behandeln, de facto «bestraft», indem der gültige Vergütungsmodus falsche Anreize setzt. Im aktuellen Tarifsystem ist die Behandlung von psychisch Schwerkranken letztlich deutlich schlechter hinterlegt als diejenige von leichter psychisch Kranken. Es sind daher überwiegend ökonomische und betriebliche Gründe, welche ihre fachärztliche Behandlung erschweren.

2.3.1 Benachteiligte Behandlung komplexer Fälle

Der aktuelle ärztliche Psychiatrie-Tarif im TARMED (Unterkapitel 02.01, «Psychiatrische Diagnostik und Therapie»), der sowohl für die ärztliche Psychotherapie (Art. 2 und 3 KLV) als auch für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB) Anwendung findet, deckt die Kosten für die Mehraufwände und Leistungen, welche für psychisch schwer Kranke notwendig sind, nicht bzw. nur ungenügend. Insbesondere die LAP, d.h. die in Abwesenheit des Patienten erforderlichen Leistungen (z.B. Besprechungen mit Betreuern, Behörden, Versicherern, aber auch Verfassen von ausführlichen Berichten usw.) werden kaum abgebildet (sowohl in der Definition wie auch der Interpretation der Leistungen) und somit nicht abgegolten. Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Compliance dieser schwer Erkrankten geringer, sie erscheinen häufig nicht zu vereinbarten Terminen (sog. "no-shows", was zu tarifär ungedeckten «Leerzeiten» führt). Im Falle von Selbstbeteiligungen weisen sie eine niedrigere Zahlungsdisziplin auf und benötigen weitaus mehr Vorhalteleistungen sowie sogenannte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» (LAP), welche aber im Tarif stark begrenzt (limitiert) wurden und damit heute für die Behandlung dieser Patientenkategorie nur noch in begrenztem Mass zur Verfügung stehen. Von grossem Nachteil erweist sich dabei, dass die über eine reine Psychotherapie i.e.S. deutlich hinausgehenden, sehr aufwändigen multimodalen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, bspw. die Koordination in den medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen sowie die Bereitstellung und der Einsatz von aufsuchenden Equipen (Hausbesuche, Heim- und Spitaleinsätze bei

¹¹Vasiliadis HM et al. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada. Psychiatr Serv. 2017; 68: 899-906

Krisen und Notfällen) nicht anders abgegolten werden als eine alleinige «spezialisierte» Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und 3).

Solche Komplexleistungen können von Psychologen unmöglich selbständig geleistet werden, da ihnen sowohl gemäss den aktuellen wie auch den im vernehmlasssten Verordnungsentwurf erforderlichen Weiterbildungsdauer und -inhalten, der fachliche Hintergrund fehlt.

Im Schweizer Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlung aufgrund der ungenügenden Entschädigung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung durch die Kantone angewiesen ist. Denn nur so können die in den Kliniken anfallenden Kosten heute (einigermassen) gedeckt werden. Dieser unbefriedigende Zustand sollte dringend in Richtung Tarif mit Kostenwahrheit (Kostentransparenz) korrigiert werden.

Sicher ist, dass das in Vernehmlassung stehende Anordnungsmodell für diese Patienten nichts verbessert, solange die psychologischen Psychotherapeuten nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden.

2.3.2 Fehlanreize und Risikoselektion

Im Gegenteil, es würden vielmehr zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise sozial gut integrierte Patienten mit leichten psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. insbesondere aufgrund der Lernziele und des Umfangs der postgradualen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen die Versorgungsleistungen von Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten.

2.3.2.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

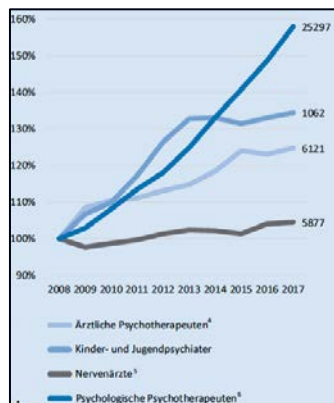


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

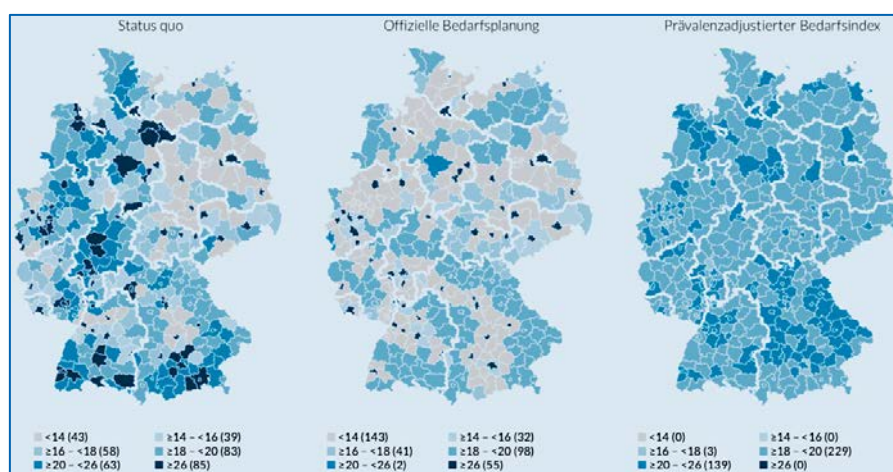


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden.

Dies kann wie folgt erreicht werden:

- entweder durch eine Anpassung der Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen für psychologische Psychotherapeuten (Erhöhung der aktuell gültigen praktischen Erfahrung von zwei Jahren in einer «Einrichtung der psychosozialen Versorgung» resp. in einer «psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung»)
- oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels als Zusatzkriterium für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP.

In der gegenwärtigen Vernehmlassungssituation ist diese Forderung nur über das Kriterium «Grundvoraussetzung zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP» möglich.

Ziel des «Koordinierten Anordnungsmodells» ist die Gewährleistung der klinischen Erfahrung durch quantitative und qualitative Erhöhung der postgradualen Weiterbildungszeit in psychiatrischen Institutionen bzw. Weiterbildungsstätten (Kategorien A, B und C) von aktuell **drei** (davon zwei während der

Weiterbildung zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten und eines danach) auf **fünf** Jahre (siehe Abb. 6).

Dabei sollte die postgraduale Weiterbildung der Psychologen – analog zu den psychiatrischen Assistenzärztinnen – in einem klinischen Curriculum organisiert werden, während welchem sie über einen angemessenen Zeitraum mit psychischen Krankheitsbildern unterschiedlicher Art und Schwere sowie in verschiedenen Behandlungssettings und Lebensphasen vertraut werden.

Zur Gewährleistung der Behandlungsqualität und -sicherheit muss diese Regelung für alle psychologischen Psychotherapeuten gelten und nicht nur für die ab Inkrafttreten der neuen Regelung neu zugelassenen. Sie erlaubt auch, psychologische Psychotherapeutinnen in die für die Grundversorgung so zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen einzusetzen.

Psychologinnen und Psychologen, die bereits heute schon längere Zeit in Institutionen gearbeitet haben, unterstreichen mit ihrer hohen Fachkompetenz, dass sie dank entsprechender Weiterbildung zahlreiche Aufgaben bei der Versorgung auch von schwer kranken Patientinnen, in enger Kooperation mit den anderen Professionen, übernehmen können.

3.1.1 Unzureichende Weiterbildungskriterien für angehende psychologische Psychotherapeuten im in Vernehmlassung gegebenen Entwurf der Verordnung über die Krankenversicherung

Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von **einem Jahr** an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.

3.1.1.1 In der KVV nicht berücksichtigte klinische Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeuten in wichtigen Teilgebieten

Die SIWF-Kategorien A und B umfassen Weiterbildungsstätten für Allgemeinpsychiatrie. D.h., diese Kriterien umfassen also nicht [auch] Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen, forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

3.1.1.2 Notwendigkeit eines curricular aufgebauten Weiterbildungsgangs mit Lernzielkatalog für psychologische Psychotherapeuten

Es braucht einen curricular organisierten Weiterbildungsgang für angehende psychologische Psychotherapeuten, welcher sie über einen Zeitraum von **fünf Jahren** an SIWF-akkreditierten psychiatrischen Weiterbildungsstätten durch alle wesentlichen klinischen Weiterbildungsziele führt (Abb. 6), analog demjenigen der Assistenzärzte¹⁴ (Abb. 1A). Anders kann das Ziel einer breiten klinischen Erfahrung mit unterschiedlichen Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden, separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die

¹⁴Curricular aufgebaute klinische Rotationen sind ein zentrales Element der von der World Psychiatric Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula. WPA: Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry, Yokohama 2002. UEMS: Training Requirements for the Specialty of Psychiatry, Brussels 2017.

psychologischen Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese Situation ist fachlich nicht vertretbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher allerdings in der aktuellen Vernehmlassung nicht berücksichtigt wird.

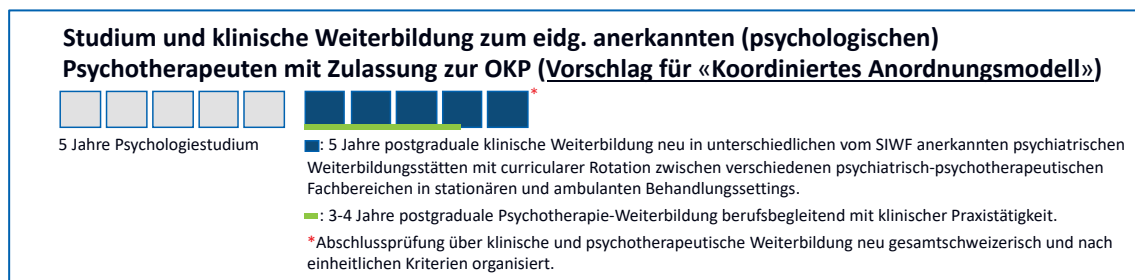


Abb. 6: Im «Koordinierten Anordnungsmodell» geforderte klinische Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten: Damit psychologische Psychotherapeuten klinisch adäquat für die selbständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet werden können, ist die postgraduale Weiterbildung auf fünf Jahre zu erhöhen und curricular aufzubauen. Sie muss in stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen stattfinden, welche durch das SIWF als Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert sind. Im Gegensatz zur aktuell geltenden sowie der in Vernehmlassung gegebenen Verordnungen (siehe auch Abb. 1) soll die gesamte postgraduale klinische Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeuten in SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten stattfinden.

3.1.1.3 Einheitliche schweizweite Kriterien für die Weiterbildungsqualifikation von psychologischen Psychotherapeuten

Ausserdem ist ein übergeordnetes Koordinationsgremium im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Profession einzurichten, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind. Als Vorbild dazu könnte das SIWF dienen. Im SIWF sind sämtliche wesentlichen Akteure im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eingebunden: Alle ärztlichen Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten und andere Anbieter akkreditierter Master-Studiengänge, die Weiterzubildenden, die Weiterbildenden, die Repräsentanten der Weiterbildungsstätten und die öffentlichen Institutionen (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medizinalberufekommission MEBEKO). Auf einer solchen Ebene, die den Anbietern der akkreditierten Weiterbildungsgänge übergeordnet ist, sollte auch die Titelerteilung (für alle psychologischen Fachgebiete, in denen eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden können) sowie die Anerkennung der Weiterbildungsgänge und -stätten geregelt und landesweit koordiniert werden.

3.1.1.4 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten gefährdet

Schliesslich ist sicher zu stellen, dass infolge der Aufhebung der delegierten Psychotherapie die von in Ambulatorien angestellte und sich in Weiterbildung befindende psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP erbrachte Leistungen nicht von der Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP ausgeschlossen werden¹⁵. Dies würde insbesondere psychiatrische institutionelle Ambulatorien und deren wichtige Rolle in der Versorgung schwächen.

Das heisst, im Gegensatz zu den Vernehmlassungsunterlagen muss das Unterkapitel 02.02 im TARMED verbleiben («Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Dies ist in Kapitel 3.3.3.1 näher beschrieben.

¹⁵Quelle in Fussnote³: Seite 12: «Kapitel 2.9 Tarifierung - Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Zudem würde es ihre finanziellen Möglichkeiten einschränken, psychologische Psychotherapeuten klinisch weiterzubilden und ihnen entsprechende ambulante Stellen anzubieten. Deshalb wird bezüglich der psychiatrischen institutionellen Ambulatorien eine zielführende Lösung vorgeschlagen (s.u. in Kapitel 3.3).

Damit die Ziele der Verordnungsänderung erreicht werden können, müssen die erhöhten Qualitätsanforderungen an die klinische Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten auch für diejenigen Psychologen gelten, welche bereits heute eine gültige kantonale Bewilligung haben und inskünftig in eigener Praxis auf Anordnung tätig sein werden.

3.2 Massnahme 2:

Indikationsqualität und Therapieevaluation durch Fachkompetenz des anordnenden Arztes

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes vorhanden sein, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen und zu monitorisieren.

3.2.1 Anordnung einer regulären psychologischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.2.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen beschränkten psychotherapeutischen Kurzintervention in der Grundversorgerpraxis

Die Anordnungsbefugnis für eine psychotherapeutische Kurzintervention, limitiert auf zehn Sitzungen, kann auf Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung, d.h. mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) übertragen werden. Diese Anordnung stellt sicher, dass Menschen mit leichteren und/oder weniger komplexen Problemen (Beziehungsprobleme, Trauer- und Verlustreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.2.2.1 Weitere Schritte nach psychotherapeutischer Kurzintervention

Wenn die psychologische Psychotherapie nach zehn Sitzungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, dann dürfte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein potenziell schwereres Leiden mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko oder eine nicht rein psychotherapeutisch behandelbare psychische Erkrankung handeln, wie auch aus den Daten in Abb. 7 hervorgeht.

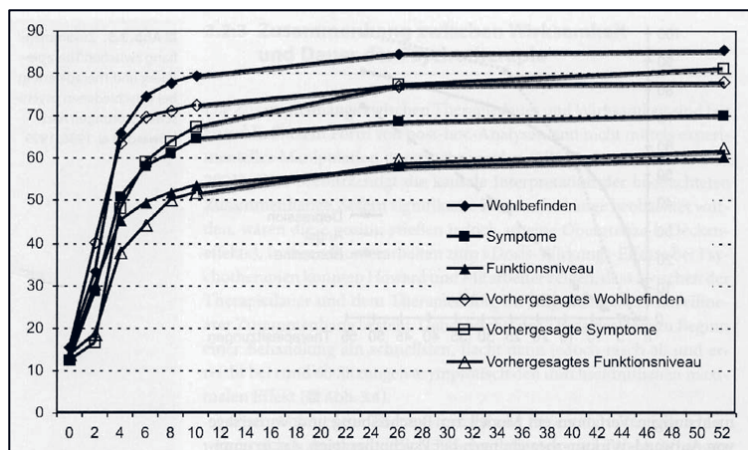


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft werden.

Figur entnommen aus Wolfgang Lutz (2003), *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

In solchen Fällen muss die Indikation für die weitere Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie resp. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geprüft werden. Daraus können sich eine Fortsetzung der begonnen psychologischen psychotherapeutischen Intervention, oder bei klinischer Indikation, weitere Abklärungen und Behandlungsmodalitäten ergeben.

Schliesslich muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychologinnen und Fachärzten mit Anordnungsbefugnis verbindlich geregelt werden¹⁶.

3.3 Massnahme 3: Deckung der Mehrkosten von komplexen ärztlich-psychiatrischen Leistungen

Die vom Bundesrat geplante Systemänderung vom Delegationsmodell zu einem Anordnungsmodell bietet eine grosse Chance, eine medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch sinnvolle und gleichzeitig sozial gerechte Grund- und Spezialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu etablieren.

Dabei muss in Zukunft sichergestellt werden, dass die bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Mehrkosten von niederschweligen und oft auch zeitintensiven fachärztlichen Kriseninterventionen, von Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen, sowie die längerfristige Behandlung von schwer psychisch Kranken, und dies auch in ländlichen Regionen, im ambulanten Tarifsysteem TARMED gedeckt und angemessen abgebildet werden. Dadurch kann die zwingend notwendige Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz (siehe Fussnote⁶) für Patienten mit psychischen Störungen erreicht werden.

3.3.1 Kostenwahrheit – nicht höhere Tarife

Bei Massnahme 3 geht es der SMHC nicht darum, höhere Tarife für psychiatrische Leistungen zu fordern.

Es geht ihr insbesondere darum, die mit dem aktuellen Tarifsysteem nicht gedeckten Kosten in Zukunft abzubilden und tariflich korrekt zu hinterlegen.

¹⁶Vgl. Fussnote⁵.

Welche exakte Methodik zur Umsetzung dieser Forderung bzw. dieses für die Versorgung zentralen Aspekts angewandt werden soll, wird Sache von Verhandlungen für eine Tarifstruktur sein, welche es ermöglicht, die nicht gedeckten Kosten für erbrachte Leistungen zu decken.

3.3.2 Tarife für die Behandlung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten

Bei aufwändigen und komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fällen handelt es sich um Patienten z.B. mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrumsstörungen, Suchterkrankungen, schweren affektiven Erkrankungen, psychoorganischen Syndromen oder anderen oft chronischen oder rezidivierenden psychischen Krankheiten sowie Patienten mit Komorbiditäten, bspw. komplizierte Essstörungen, oder Angst- und Zwangserkrankungen. Die integrierte fachärztliche Behandlung schliesst eine individuell angepasst psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst meist zudem einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmoitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Zudem müssen die für die Versorgung zentralen Leistungen in Krisen- und Notfallsituationen in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen kostendeckend abgebildet sein.

3.3.2.1 Schweregrad und Behandlungsaufwand

Analog zum TARPSY im stationären Setting müssen dringend auch der Schweregrad und der Behandlungsaufwand der Krankheit bei ambulanten Behandlungen im Tarifsysteem TARMED berücksichtigt werden (sog. «Leistungsgerechtigkeit» bzw. «Leistungsorientierung» gemäss KVG). Dafür bieten sich verschiedene Systeme an, welche die Komplexität der Erkrankung und allfällige Komorbiditäten angemessen abbilden können (bspw. PCCL, Patient Clinical Complexity Level Wert u.a.). Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, kostendeckend auch Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ambulant zu behandeln.

Schliesslich ist sicherzustellen, dass die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen, neben der zu erwartenden Belastung der Krankenkassenprämien, in ihren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplex und schwerer kranke Patienten führen, weil diese einen wesentlich höheren Behandlungsaufwand (auch ausserhalb der Sitzungen) benötigen.

3.3.3 Problematik der Modelländerung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulanten psychiatrischen Institutionen

Mit dem vom Bundesrat in der vorliegenden Form geplanten Anordnungsmodell werden psychologische Psychotherapieleistungen in der ambulanten Versorgung in Arztpraxen [TARMED Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis»] nicht mehr Teil der ärztlichen Tarifstruktur TARMED sein, da Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten nicht mehr in der ärztlichen Verantwortung erbracht werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage⁴ sollen die TARMED-Positionen für psychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung auch für die Spitalambulatorien [TARMED Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»] gestrichen werden. Damit laufen wir Gefahr, dass Leistungen von Psychologinnen in den Spitalambulatorien oder anderen institutionellen Ambulatorien (u.a. intermediäre Angebote) nicht mehr von der OKP vergütet werden. Die Streichung des Unterkapitels 02.02 im TARMED hätte zudem zur Folge, dass Leistungen der in Spitälern und Kliniken tätigen psychologischen Psychotherapeuten,

welche noch nicht die Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen, von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet werden, obwohl sie unter fachärztlicher bzw. fachpsychologischer Verantwortung und Aufsicht tätig sind.

3.3.3.1 Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten erhalten

Aus Perspektive der institutionellen Psychiatrie - und ganz besonders auch der psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung (einschliesslich des Erwerbs der klinischen Erfahrung) - wäre es gravierend, wenn durch diese Änderungen den psychiatrischen Institutionen, in welchen die meisten dieser Weiterzubildenden tätig sind bzw. sein werden, die finanziellen Ressourcen für die Anstellung der psychologischen Psychotherapeuten entzogen würden. Die Folge wäre eine massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten.

Aus diesem Grund sollte im TARMED die Möglichkeit bestehen bleiben, dass ambulante und intermediäre psychiatrische Einrichtungen mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung neben den zur OKP zugelassenen Psychologinnen und Psychologen auch diejenigen Psychotherapieleistungen abrechnen können, welche von Psychologen in Weiterbildung erbracht werden. So kann sichergestellt werden, dass Psychologen die Weiterbildung zum Psychotherapeuten in den ambulanten psychiatrischen SIWF-akkreditierten Weiterbildungsstätten und die Anstellung von Fachpsychologen ohne Zulassung zur OKP in institutionellen Ambulatorien weiterhin möglich sind.

Die heutigen Positionen im TARMED-Unterkapitel 02.02 «Nichtärztliche psychologische / psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» sind deshalb in institutionellen Ambulatorien, Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen wie bspw. Home-Treatments u.ä. mit SIWF-Weiterbildungsanerkennung auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der Verordnungen mit entsprechenden Anpassungen zwingend beizubehalten.

3.3.4 Neuer Tarif ausserhalb des TARMED für angeordnete selbstständig in eigenen psychologischen Praxen erbrachten psychologischen Psychotherapie-Leistungen

Die heute im TARMED Unterkapitel 02.03 für «delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» aufgelisteten Leistungen der psychologischen Psychotherapie werden künftig von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologenverbänden und Versicherern in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren sein. Das Resultat wird ein eigener Tarif der OKP darstellen, wie in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegt¹⁷, analog demjenigen für andere selbstständig tätige, nicht-ärztliche Leistungserbringer.

Für die vom Bundesrat beabsichtigte Verbesserung der Versorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie ist es entscheidend, dass im Tarifvertrag differenziert nach Behandlungsaufwand (wie bereits im TARPSY für den stationären Bereich) tarifiert wird. Der Systemwechsel bietet die Gelegenheit bezüglich der aktuellen Fehlanreize für die Behandlung von schwer und komplex psychisch Kranken Gegensteuer zu geben. Kostendruck hat dazu geführt, dass zeitaufwändige und komplexe Fälle heute nur noch dank kantonalen Subventionen kostendeckend abgegolten werden.

Nicht auszudenken, was passiert, wenn die durch das Anordnungsmodell des Bundesrates begünstigte Mengenausweitung durchschlägt und den Spardruck weiter erhöht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive relevant, weil die Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie massiv zugenommen

¹⁷Quelle in Fussnote⁴, Kapitel 2.9, Seite 12: «Tarifizierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Unterkapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie.»

haben. Das heisst: Derzeit findet eine erhebliche Verschiebung hin zu kantonal subventionierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen statt (Abb. 8).

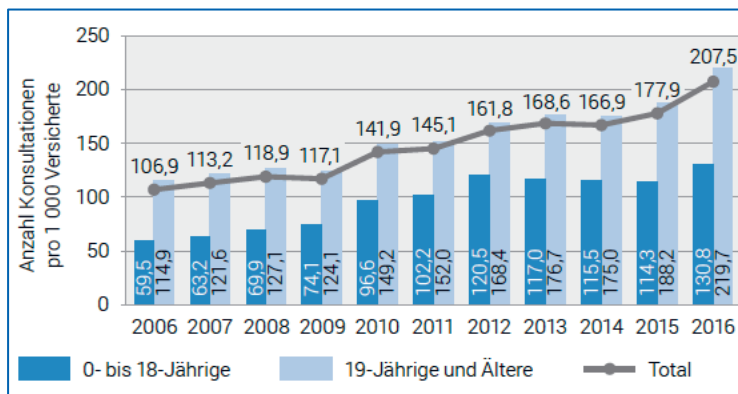


Abb. 8: Anzahl Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie in den Jahren 2006–2016, aus OBSAN Bulletin 05/2018, basierend auf Datenpool der SASIS AG (Datenstand: Jahresdaten 20.07.2018)

3.3.5 Problematik der KLV-Änderung: Folgen für den psychiatrischen Tarif im TARMED

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.3.5.1 «Nebeneffekt» der KLV-Änderung: Widerspruch zur bundesrätlichen Zielsetzung

Der geänderte Artikel 3 («Kostenübernahme») in der vernehmlasssten KLV hat offensichtlich zum Ziel, die erwartete und unvermeidliche Mengenausweitung psychologischer Psychotherapie einzudämmen.

Als unerwünschter, schwerwiegender «Nebeneffekt» werden die Therapiemöglichkeiten von Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfindlich beschnitten (-40%), obwohl hier definitiv keine Mengenausweitung erwartet werden muss.

An diesem Punkt unterläuft die Verordnungsänderung das zentrale Ziel des Bundesrates, nämlich die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern: Durch diese Einschränkung der fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten erhalten exakt diejenigen Patientinnen weniger Therapie, welche eine umfassende, über eine rein psychologische Psychotherapie hinausgehende, fachärztliche Behandlung benötigen. Und das sind selbstredend die schwer und komplex Kranken.

Die möglichen Auswirkungen auf die IPPB sind Kapitel 3.3.5.2 diskutiert.

3.3.5.1.1 Fehlender Einbezug der Tarifpartner

Die KLV-Änderung greift somit in die ärztliche Tarifstruktur ein, dies unter Ausschluss der Tarifpartner: d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Krankenversicherer, des Verband der Spitäler der Schweiz (H+) und der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung [UV], Militärversicherung [MV], Invalidenversicherung [IV]).

Dies hat nicht nur tarifliche, sondern besonders auch versorgungspolitische Konsequenzen.

3.3.5.2 Einfluss der KLV-Änderung auf die IPPB

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4 Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen, Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hättenschwiler Josef, Dr. med.

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Voltastrasse 16, 8044 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Josef Hättenschwiler

Telefon : +41 79 202 02 02

E-Mail : jhaettenschwiler@zadz.ch

Datum : 12.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 17. Oktober an folgende E-Mail-Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	9
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Weitere Vorschläge	23

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Privat	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.</p> <p>Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.</p> <p>Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.</p> <p>Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «<i>Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell <i>eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene</i> psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «<i>Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)</i>» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: «In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der</p>

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	<p><i>statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».</i></p> <p>Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und 2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).
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

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen. <p>Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen: <ul style="list-style-type: none"> Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen». Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde. Ich als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von 1 Jahr in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen
--	--

³ Quelle in Fussnote⁴: Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen klar unzureichend sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer 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.
Error! Reference source not found.	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	Art.46		g	III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 Art. 46 Im Allgemeinen <i>Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:</i> <i>a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;</i> <i>b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;</i> <i>c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;</i> <i>d. Logopäde oder Logopädin;</i> <i>e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;</i> <i>f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;</i> <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>	Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>
				Ich lehne Art. 46 g. ab <i>g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.</i>	
				Begründung Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen abzulehnen .	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Error! Reference source not found.	Art.50	Abs.1	c	<p>Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen <i>1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;</i> <i>b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und</i> <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i> <p>Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab <i>c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</i></p> <p>Begründung Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</p>	<p>Art. 50 Abs. 1 lit c NEU</p> <p>Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.</p> <p>Die postgraduale klinische Erfahrung muss 5 Jahre betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer 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 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				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 ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf fünf Jahre zu erstrecken.</p> <p>Begründung Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute</p>	
-------------------	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.	
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Privat	2,3,11		
		Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.	Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.
		<p>Begründung</p> <p>Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.</p> <p>Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): «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. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.</p>	
		<p>Klinische Fachkompetenz erforderlich</p> <p>Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.</p> <p>Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren</p> <p>Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

		<p>Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blosse Verordnungsänderung angeordnet werden.</p> <p>Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den 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, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht. Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Dr. med. Josef Hättenschwiler
Voltastrasse 16
8044 Zürich

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Zürich, 07. Oktober 2019

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend**

**Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP)**

und

**Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf
ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen**

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten
Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Ich nehme in vorliegender Vernehmlassungsantwort Stellung zu den geplanten Änderungen.

Ich bin **alarmiert und besorgt** über das Vorhaben des Bundesrates, ein funktionierendes System zu
verbessern, welches diesem – und damit vorab meinen Patientinnen und Patienten – durch die
vorgeschlagene, nicht sachgerechte Regulierung schaden, statt nützen würde.

I. Zusammenfassung

Ich lehne die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem ich im Folgenden Stellung beziehe, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine *«Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»* auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell *eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen*. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien *«zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen»* notwendig, welche *«in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone»* lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 *«Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)»* in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: ***«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie»***.

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungs-Vorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur

¹ Quelle in Fussnote⁴, Kapitel Über-, Unter- und Fehlversorgung, Seite 6: «Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da einerseits eine ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme besteht und andererseits sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen».

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG) Änderung vom 14. Dezember 2018, gültig vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021

³ Quelle in Fussnote⁴, Seite 12: Kapitel 2.9 Tarifierung – Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02. «nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie».

Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Ich als Autor dieser Vernehmlassungsantwort, betone, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF-Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und niedrigschwelligere Zugang zu grundversicherten Leistungen würde naturgemäss zu einer höheren Nachfrage und entsprechenden Mehrkosten führen.

- Die Vorlage würde damit die Gesundheitskosten erhöhen, statt sie, wie grundsätzlich von Bundesrat, Parlament, Leistungserbringern und Kantonen angestrebt, einzudämmen.
- Die Vorlage würde darüber hinaus eine Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich befördern, statt diese zu verhindern.

Gesamtwürdigung

Insgesamt sind die **Ausgestaltung** der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut **ungenügend**.

Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder **verkannt oder ignoriert**.

In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen. Die **Chance würde vertan**, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.

Die seitens Bundesrats als «**Prämissen**» für die Neuregelungen präsentierte «**Förderung der Qualität**» sowie die «**Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten**» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.

Ich führe im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu **nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen** mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr **Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt**.

Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex).

Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.

Die folgenden zielführenden Massnahmen führe ich im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:

1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz).

2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität).

3. Kostendeckung gewährleisten

Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).

II. Erläuterungen

II. II. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

Mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom an sich bewährten und berechenbaren Delegations- zu einem Anordnungsmodell beabsichtigt der Bundesrat, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dieses **Ziel kann durch den vorgeschlagenen Systemwechsel keinesfalls erreicht werden**. Die Neuordnung wäre nicht wirksamer, keinesfalls wirtschaftlicher und, gemessen am heute sehr guten Versorgungsniveau, auch nicht zweckmässig. Eine tatsächliche Erfüllung der «WZW»-Kriterien gemäss KVG erfordert eine ausreichende Datenlage und deren Messbarkeit. Das bundesrätliche Modell, welches weitestgehend auf Annahmen und nicht nachvollziehbaren Folgerungen beruht, und damit ohne Bedarfsnachweis eingeführt werden soll, erfüllt diesen Kriterien nicht.

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

Es ist anzunehmen, dass die geplanten Verordnungen durch die oben beschriebene Mengenausweitung und der folgenden Kostensteigerung umgehend den Ruf nach Kostensenkungsmassnahmen verstärken würde. Das würde erneut zur **Absenkung der Entschädigung von komplexen und zeitaufwändigen sozialpsychiatrischen Leistungen** wie bspw. denjenigen in Abwesenheit des Patienten LAP (notwendig z. B. für den Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, etc.) oder von aufsuchenden Behandlungen (bspw. mobile Equipen) führen und diese zusätzlich erschweren. Dies würde eine weitere **Umverteilung finanzieller Ressourcen von sozial schwächeren auf sozial stärkere Patientengruppen** bzw. eine noch stärkere Benachteiligung von komplex und schwerer psychisch Erkrankten bewirken, für welche die fachärztliche Kompetenz der Psychiater unverzichtbar ist und welche eine aufwändigere Behandlung benötigen⁴. Eine solche Entwicklung hin zu einer **Zweiklassen-Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** darf nicht stattfinden. Deshalb wird die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die eine Pflichtleistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

darstellt, von der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapie, deren Definition und Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z. B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparbemühungen besser umsetzen zu können.

Ich betone: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis

auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Ich lehne Art. 46 g. ab

~~*g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und meinen Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;*
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und*
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*

Ich lehne Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~*c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.*~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer allgemeinspsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B ungenügend. Sie ist entsprechend zu erhöhen und es sind Rotationen in verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie zu fordern (siehe Art. 50 Abs. 1 lit c KVV, NEU). **Art. 50 Abs. 1 lit c NEU**

Die Anzahl Erfahrungsmonate für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist zu erhöhen.

- c. Die postgraduale klinische Erfahrung muss **5 Jahre** betragen und in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation stattfinden, welche eine SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte ist und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie steht.**

Begründung

Psychologische Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche

klinische Erfahrung von **zwölf Monaten** (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist **unzureichend**. Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch **nicht** zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie resp. den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erforderlich. Dabei ist sicherzustellen, dass das Weiterbildungsprogramm einem zu entwickelnden curricularen Aufbau mit definierten Rotationen folgt und das Erreichen der darin festzulegenden Lernziele sichergestellt werden kann. Diese Forderung ist ein zentrales Element der von der World Psychiatry Association (WPA) resp. der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) entworfenen Muster-Curricula.

Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären, gerieten sämtliche psychiatrischen ambulanten Institutionen in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, welche heute auch im Delegationsmodell arbeiten können. Eine markante Verknappung der in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wäre die Folge. Der Effekt, dass möglicherweise in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen und Fachpsychologinnen in die freie Praxis wechseln würden, dürfte den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre heutige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpont des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

~~1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.~~

~~2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.~~

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und ich lehne diese ab. Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Ich lehne die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Ich lehne die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinem nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

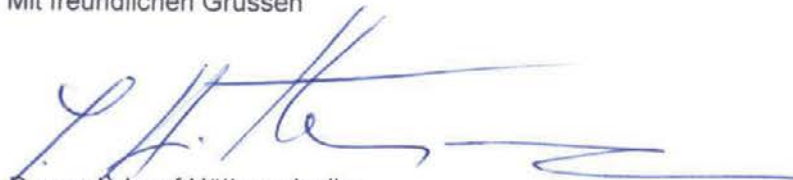
Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachte ich die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehne sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie meinen obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Josef Hättenschwiler

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

(ANNEX: SMHC-Positionspapier «Das Koordinierte Anordnungsmodell»)

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Dr. med. Heinz Wyss

Psychiatrie und Psychotherapie FMH
 Jurastrasse 41
 4900 Langenthal

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	IT+GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int						
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

07. Okt. 2019

Per E-mail (Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch)

Langenthal, 4. Oktober 2019

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

und

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
 Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen der Vernehmlassung zu den oben erwähnten Anpassungen der KVV und der KLV Stellung zu beziehen.

Dr. H. Wyss 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. Wyss lehnt die Vorlage in geplanter Form ab. Die beiden Verordnungsänderungen stellen eine strukturelle Änderung des Versorgungssystems und -angebotes dar, deren Nutzen sowohl für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung wie auch für die Leistungserbringer und die Versicherer mit Blick auf Qualität versus Kosten nicht ausreichend und nicht nachvollziehbar ausgewiesen ist.

Will man das heute geltende Delegationsmodell ablösen und durch ein zukunftsweisendes und gemäss den tatsächlichen Bedürfnissen erstelltes System ersetzen, so muss dieses basierend auf aktuellen und repräsentativen Daten und mit Blick auf die tatsächliche Versorgungsrealität und deren effektiven Mängel definiert werden.

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell, zu dem wir im Folgenden Stellung beziehen, erfüllt diese Anforderungen nicht. Vielmehr hinterlässt die Vorlage den Eindruck, dass hier den – grundsätzlich nachvollziehbaren – Wünschen einer einzelnen Berufsgruppe Genüge getan werden soll. Die Vorlage tut dies in einseitiger, nicht gesamtheitlicher Weise. Es liegt kein Gesamtkonzept vor. Ein solches müsste auf Qualität und Kosten fokussieren und auf einer vertieften Situationsanalyse beruhen.

Mit dem vom Bundesrat am 26. Juni 2019 in Vernehmlassung gegebenen Vorschlag, eine «Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» auf dem Verordnungsweg einzuführen, will der Bundesrat gemäss seinen Ausführungen einerseits die Versorgungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verbessern und dabei die Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen verbessern, andererseits die Qualität der Leistungen steigern und dabei gleichzeitig für frühzeitigere Behandlungen und weniger chronifizierte Krankheitsverläufe sorgen. Der Bundesrat postuliert, mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung sicherstellen zu wollen. Dabei räumt der Bundesrat gleichzeitig ein, es seien «zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen» notwendig, welche «in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone» lägen. Um welche Notwendigkeiten es sich hierbei handelt, führt der Bundesrat nicht aus. Hinzu kommt, dass der Vorschlag des Bundesrates nicht auf aktuellen Versorgungsdaten beruht. Vielmehr weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht 2016 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)» in einer deutlich abweichenden Einschätzung auf Folgendes hin: **«In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen: Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen, Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität, nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen, Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie».**

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

1. dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung selbstständig tätig sein können (Einführung «Anordnungsmodell» via KVV; SR 832.102) und
2. dass sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können (Anpassung Voraussetzungen zur Kostenübernahme (KLV, SR 832.112.31)).

I.I. Kritikpunkte

Die für die Änderungen der KVV und der KLV vorgesehenen Massnahmen sind in mehrfacher Hinsicht unzureichend und nicht adäquat: Sie sind in Bezug auf den Bedarf, die Gewährleistung der Qualität und die Entwicklung der Kosten unausgegoren, nicht genügend und zudem nicht in den Rahmen laufender und nötiger Anpassungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen eingebettet.

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

- Der Bedarfsnachweis für eine so konzipierte Systemänderung mit Erhöhung der Leistungserbringer im Bereich psychologische Psychotherapie fehlt gänzlich. Es werden keine entsprechenden Studien und Daten vorgebracht, was unabdingbar wäre. Im Gegenteil sagt nicht nur das BAG, sondern auch die seitens Bundesrat zitierte BASS-Studie, die psychiatrische und psychologische Versorgung in der Schweiz sei sehr gut¹.
- Ein Bedarfsnachweis dient dem Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 55a für die Zulassung von Ärzten zulasten der OKP bzw. für die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern². Erforderlich wäre also vor der Einführung eines neuen Modells eine Erhebung und Beurteilung des tatsächlichen Bedarfs respektive einer allfälligen Mangelversorgung, um den nötigen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang klar dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, deutlich weniger lang scheinen.
- Die Vorlage würde eine allfällig bestehende Fehlversorgung nicht korrigieren, sondern im Gegenteil verschärfen. Denn der durch die Vorlage auf einer Seite verbesserte Zugang zum System würde andererseits den sehr kranken und bedürftigen Patienten den Zugang erschweren (vgl. auch Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität») und zu einer Mengenausweitung führen.

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

- Die Vorlage würde nicht zur gewünschten (und grundsätzlich sowie gemäss KVG geforderten) Qualitätssicherung und steten Qualitätsverbesserung führen:
 - Während die Versorgung «leichter» Krankheitsfälle vereinfacht würde, hätten ausgerechnet komplexe und schwer psychisch Kranke das Nachsehen und eine Versorgungs-Verschlechterung zu gewärtigen. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage besagt: «Trotz der quantitativ hohen Versorgungsdichte sind in der Schweiz die Wartezeiten auf einen Therapieplatz teilweise zu lang. Davon betroffen sind insbesondere psychisch schwerkranke Patienten, die häufig in Ambulatorien psychiatrischer Einrichtungen oder – aufgrund von Platzmangel – von Grundversorgern (v.a. Hausärztinnen und Kinderärzten) übernommen werden müssen».
 - Da psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Psychologieberufegesetz-(PsyG)-konforme Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären,³ gerieten sämtliche psychiatrischen Ambulatorien in prekäre Situationen, da auch die sich in Weiterbildung zum/zur Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin befindlichen Personen betroffen wären, die

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».

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 Schwerekranken, deren Versorgung bereits schwierig ist, würden einen noch einfacheren Zugang erhalten, aber eine zu Lasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Dies führt dazu, dass die bereits bestehende Versorgung von zusätzlich leichtkranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungsergebnisse, sondern auch für die Kosten, denn die Kosten für die Behandlung von leichtkranken Personen sind höher als für die Behandlung von schwerkranken Personen.

g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeutin

g. psychologische Psychotherapeutin oder psychologischer Psychotherapeut ist –

heute ebenfalls im Delegationsmodell arbeiten können. Die offensichtlich seitens Bundesrat nicht bedachte und inakzeptable Folge wäre eine markante Verknappung der heute in psychiatrischen ambulanten Institutionen angesiedelten Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten. Neben der Stellenverknappung für Psychologen in Weiterbildung würden auch in psychiatrischen Institutionen tätige Fachpsychologen in die freie Praxis wechseln, was den psychiatrischen ambulanten Institutionen ihre Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren würde.

- Dr. Wyss bzw. die SMHC als Autorin dieser Vernehmlassungsantwort, betont, dass die vorgesehene Dauer nötiger klinischer Erfahrung von eidg. anerkannten Psychotherapeutinnen von **1 Jahr** in einer durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder B zur Erlangung des Weiterbildungstitels für die Zulassung zur OKP für die Behandlung von Menschen mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen und für den Umgang mit Notfallsituationen **klar unzureichend** sei. Es ist in dieser knappen Zeit und in einer allgemeinspsychiatrischen Einrichtung nicht zu bewerkstelligen, den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die für unterschiedlichste Altersgruppen, Krankheiten und Krankheitsbilder sowie variierende Schweregrade nötigen klinischen Erfahrungen zu ermöglichen. Insgesamt – **d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis** in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung» – sind deshalb **5 Jahre** fachspezifische Weiterbildung mit entsprechenden Rotationen in den verschiedenen Fachbereichen und Behandlungssettings analog SIWF- Weiterbildungsprogrammen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) erforderlich (vgl. III, Begründung zu KVV Art. 50 Abs. 1 lit. C, S. 13).
- Ärzte ohne Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie resp. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen weder über ausreichende theoretische Kenntnisse noch entsprechende praktische Erfahrungen, um schwere und komplexe psychische Erkrankungen zu erkennen und somit die nötigen, auf diese Erkrankungen abgestimmte Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten anzuordnen. Allein in dieser Art des Anordnens läge ein weiteres Risiko für die Indikationsqualität und die Behandlungsqualität.
- Denn: Mit der vorgeschlagenen Neuregelung trüge die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt keine Verantwortung für die fachliche Qualifikation der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und ebenso nicht für die Qualität der angeordneten Behandlung der Patientinnen und Patienten durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wären die Indikationsqualität und Therapieevaluation in keiner Weise sichergestellt.

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

- Die Vorlage würde kontinuierlich zu einer Zunahme der Behandlung leichter Erkrankungen führen, was – ohne erhebliche Aufstockung des Versorgungsbudgets für psychische Erkrankungen – eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen und ländlichen Regionen zur Folge hätte. Diese **Mengenausweitung** hätten die Krankenversicherer und letztlich die Prämienzahlenden zu bezahlen. Der mittels der vom Bundesrat geplanten Massnahmen ermöglichte einfachere und 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

⁴ Diese Tätigkeit wird in den Vernehmlassungsunterlagen im «Faktenblatt Psychotherapieberufe», Kapitel 2 Ärztliche Psychotherapie, vom 26. Juni 2019 wie folgt beschrieben: «In der interdisziplinären Versorgung übernehmen sie die zentrale Behandlungsverantwortung und unterstützen bei Bedarf ihre Patienten im Umgang mit Behörden, Versicherungen und psychosozialen Einrichtungen. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren umfassen das ärztliche Gespräch, die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB), die Psychotherapie im engeren Sinne (Psychotherapie i.e.S.), die Pharmakotherapie und andere biologische Verfahren sowie die Soziotherapie».

Kostenübernahme in der KLV geregelt werden, im KVG bzw. der KLV unterschieden. Die IPPB ist eine exklusive und nicht delegierbare Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die nach den WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG erfolgen muss. Die IPPB schliesst eine individuell angepasste psychotherapeutische Behandlung ein und umfasst zudem meist einen sozialpsychiatrischen und konsiliarpsychiatrischen Anteil (z.B. Einbezug von Angehörigen, Arbeitgebern, Behörden, Heimen, aufsuchende Interventionen) sowie eine Psychopharmakotherapie einschliesslich Verlaufsmonitoring und ärztliche psychagogische, führend-beratende Massnahmen. Im geltenden TARMED wird nämlich zwischen der IPPB und der ärztlichen Psychotherapie (gemäss KLV Art. 2 und Art. 3) *nicht* unterschieden. Es muss in Zukunft sichergestellt werden, dass es nicht wegen möglicher Bagatell- oder als leicht einzustufenden Fälle und der entsprechenden Mengenausweitung in der psychologischen Psychotherapie zu einer Absenkung und damit Verschlechterung des Tarifs für die IPPB kommt. Denn dies ginge schliesslich zu Lasten schwerkranker und besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten.

Ferner existieren für die Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im von Bundesrat angedachten Modell weder ausreichende Qualitätssicherung noch eine Mengensteuerung: Weder unterliegt das Psychologiestudium einer Zulassungsbeschränkung (für Medizinstudenten gilt der Numerus Clausus), noch existiert eine am Versorgungsbedarf orientierte Steuerung der postgradualen Weiterbildung. Im Gegenteil, die zahlenmässig rasche Zunahme von akkreditierten Weiterbildungsgängen für Psychotherapie – aktuell sind es schweizweit über 40 – generiert selbstredend ein hohes Interesse an mehr Weiterbildungskandidaten. Des Weiteren sind keine Massnahmen vorgesehen, wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die nötige Erfahrung sammeln sollen, um mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) zu arbeiten und sie zu behandeln.

Die in den Vernehmlassungsunterlagen dargelegten Kostenfolgen («Änderungen und Kommentar» Kap. 3.2) sind äusserst dürftig dokumentiert und nicht glaubwürdig belegt. In einer groben Schätzung und Annahme wird von Mehrkosten von CHF 167 Mio. ausgegangen, was einer Mengenzunahme von 10 % entsprechen könne. Dürftig ist auch die Aussage, dass zu möglichen Kosteneinsparungen «Anhaltspunkte» fehlten.

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

Politik, Leistungserbringer und Kantone stehen derzeit vor riesigen Herausforderungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, weil die Prämienlast für viele Versicherte kaum mehr tragbar ist. Das Problem der permanent steigenden Gesundheitskosten steht in der Sorgen-Skala der Bevölkerung ganz oben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass die Vorlage ohne den nötigen Bedarfsnachweis auf dem Verordnungsweg eingeführt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Modells muss dringend vorab eine Evaluation des tatsächlichen, möglicherweise nicht gedeckten Bedarfs durchgeführt werden, um einen qualitativen und quantitativen Bedarfsnachweis erbringen zu können. In den Vernehmlassungsunterlagen wird in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen in der Schweiz, im Vergleich zum Ausland, weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen⁵.

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

Die Tarifierung wird mittels Verträgen festgelegt, welche Leistungserbringer mit Krankenversicherern auszuhandeln haben. Diese Tarifpartner (Psychologen und Psychologinnen, Spitäler, Versicherer) müssten nun die seitens Bundesrat via Verordnung verordneten Strukturanpassungen prüfen, vertraglich regeln und vereinbaren.

Obschon dies für das Inkrafttreten eines möglichen Anordnungsmodells grundlegend ist, sagt der Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage nur beiläufig, dass wahrscheinlich noch eine weitere Verordnung angepasst werden müsste, welche nicht Teil dieser Vernehmlassung sei: Der Bundesrat schreibt, man müsse dann «gegebenenfalls eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» vornehmen. Diese wurde erst Anfang 2018 nach einer breiten Vernehmlassung geändert, notabene mit dem Ziel, Sparsbemühungen besser umsetzen zu können.

Wir betonen: Die vorgeschlagene, nicht zukunftsgerichtete und, wie dargelegt, nicht sachdienliche Strukturänderung auf dem Verordnungsweg kann keine Basis bilden, um anschliessend am Verhandlungstisch faire und glaubwürdige Tarife auszuhandeln zu können, welche Aufwand und Nutzen tatsächlich abbilden. Dies, zumal sich der Bundesrat vorbehalten kann, ausgehandelte Tarife gar nicht zu bewilligen.

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

Die Anzahl von Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der delegierten Psychotherapie hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Was diese Zunahme kostenmässig bedeutet, zeigt die SASIS Statistik: So lagen die jährlichen Kosten für delegierte psychologische Psychotherapie im Jahr 2012 bei rund CHF 230 Mio. und im Jahr 2017 bereits deutlich über CHF 400 Mio., was einer Steigerung um 74% entspricht. Aufgrund dieser Zahlen kann definitiv nicht von einer Mangelversorgung im Bereich der psychologischen Psychotherapie gesprochen werden. **In der Tat liegt vielmehr eine Fehlversorgung vor, in welcher die an sich vorhandenen Ressourcen nicht leistungs- und zielgerecht eingesetzt werden.**

Diese Situation ist aber nicht den Leistungserbringern anzulasten, sondern ist systeminhärent durch das aktuelle Vergütungssystem vorgegeben, welches Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Jugendpsychiater, die schwer kranke und aufwändigere psychiatrische Patienten **trotz des deutlich grösseren Ressourcenbedarfs** behandeln, nicht entschädigt. Falsche Anreize werden gesetzt, indem im aktuellen Tarifsysteem die Mehrkosten für die Behandlung und aufwändige Betreuung von psychisch Schwerkranken nicht abgebildet und eingerechnet sind. Daher erschweren ökonomische und betriebliche Gründe ihre fachärztliche Behandlung, da zusätzlich zu psychiatrischen Leistungen weitere Tätigkeiten notwendig sind, u.a. der Koordinationsaufwand für komplementäre Therapien.

Der reine Zeittarif im TARMED unterscheidet nicht zwischen IPPB, welche nach den üblichen WZW-Kriterien erfolgt und eine Pflichtleistung der OKP darstellt, und ärztlicher Psychotherapie (KLV Art. 2 und 3 – Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen). Die effektiven Kosten für die Mehraufwände von Leistungen, welche für psychisch schwerkranke Patienten (insbesondere ungedeckte Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Vorhalteleistungen) notwendig sind, sind somit nicht abgebildet (siehe dazu auch Ausführungen zu IPPB, S. 6).

Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis müssen sich mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren, weil viele ausschliesslich dafür ausgebildet sind. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sogar noch

verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland am 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde zur Akutbehandlung von Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten.

Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch kranken Patienten hat sich nicht verbessert. Aus Perspektive der Institutionen ist besonders relevant, dass die Verschiebung dieser Patienten von den psychiatrischen Praxen in die ambulanten Institutionen sogar noch verstärkt worden ist. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird⁶.

Das Schweizer System wäre mit den Verordnungsänderungen genau so ausgestaltet, dass eine massive Mengenausweitung stattfinden dürfte. Mit dieser würden die angepeilten Ziele allesamt verfehlt: Es fände keine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung statt. Im Gegenteil: Jene Schwerkranken, deren Versorgung bereits heute erschwert ist, kämen zusätzlich unter Druck – während leichter Erkrankte einfacheren Zugang erhielten, aber eine zulasten Anderer gehende Mengenausweitung mitverursachen würden. Gleichzeitig fände über die verbesserte Versorgung von psychisch leicht kranken Personen hinaus keinerlei Verbesserung statt – weder für die Behandlungssituation schwer erkrankter Patienten, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen der KVV und der KLV

III. I. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Art. 46 Im Allgemeinen

Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;*
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;*
- c. Pflegefachmann oder Pflegefachfrau;*
- d. Logopäde oder Logopädin;*
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin;*
- f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin;*
- g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.*

Wir lehnen Art. 46 g. ab

~~g. psychologischer Psychotherapeut oder psychologische Psychotherapeutin.~~

Begründung

Das Einordnen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Art. 46 g ist – als formale Konsequenz des Anordnungsmodells – ohne konzeptuell umfassende Rahmenbedingungen und unseren Forderungen entsprechenden grundlegenden Reformen **abzulehnen**.

⁶ Siehe auch Seifritz E: Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019;100(15):540–541

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

1 Die psychologischen Psychotherapeuten und die psychologischen Psychotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 des Psychologieberufegesetzes vom 18. März 2017 (PsyG) verfügen und haben nachzuweisen:

- a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie;
- b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und
- c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von **12 Monaten** in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab

~~c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.~~

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psychotherapeut bzw. eidg. anerkannte Psychotherapeutin) lediglich ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefordert wird, ist die vorgesehene Dauer der klinischen Weiterbildung nach der Erlangung des Weiterbildungstitels von lediglich zwölf Monaten in einer 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 stellt sich als Nachteil heraus, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 einschlägigen klinischen Erfahrung – sind deshalb **5 Jahre fachspezifische Weiterbildung** analog den Anforderungen für den Facharzttitel für Psychiatrie und **5 Jahre fachspezifische Weiterbildung** für 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 des 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 Institutionen eine wichtige Rolle in der Versorgung zusätzlich erschweren.

Letztendlich würde die Änderung auch **Interessen der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen** selbst zuwiderlaufen, da eine **massive Verknappung der ambulanten Weiterbildungsstellen** für angehende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Folge wäre.

Aus diesem Grund müsste prinzipiell in der ärztlichen Tarifstruktur (TARMED resp. TARDOC) die Möglichkeit der nach bisheriger Regelung verrechenbaren psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in den ambulanten psychiatrischen SIWF-erkannten Weiterbildungsstätten weiterhin bestehen bleiben (das heisst aktuell Beibehaltung des TARMED Unterkapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»). Angesichts der Erfahrungen mit jahrelangen Tarifverhandlungen (z. B. in der Neuropsychologie) würde ein Beibehalten der TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP in der ambulanten Spitalpsychiatrie auch nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen den psychiatrischen Institutionen eine organisatorische und finanzielle Planungssicherheit geben. Auch diese mit den angedachten Verordnungsänderungen ersichtlich

werdende, grundlegende Problematik rund um die Versorgungs-Pfeiler der psychiatrischen Institutionen zeigt, wie wenig durchdacht die Änderungen sind – bis hin zur tariflich nötigen Abbildung.

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

1 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige Bewilligung für die selbstständige beziehungsweise privatwirtschaftliche Berufsausübung der Psychotherapie verfügen, werden zugelassen, auch wenn sie die Anforderungen nach Artikel 50c nicht erfüllen.

2 Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) über eine Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen.

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

3 Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstaben a–c und e, die bei Inkrafttreten der Änderung vom (Datum) bereits zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, bleiben weiterhin zugelassen.

Der Einbezug von strengeren übergangsrechtlichen Regelungen wäre unabdingbar. Heute selbstständig tätige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Weiterbildungstitel Psychotherapie sollen zu einer ausreichenden und klar definierten Weiterbildung verpflichtet werden, ebenso Psychologinnen und Psychologen mit Bewilligung nach Art. 22 PsyG. Eine einjährige Übergangsfrist betreffend die Abschaffung der delegierten Psychotherapie inkl. Streichung aus dem TARMED ist nicht realistisch und wir lehnen diese ab.
Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung ist es von grösster Wichtigkeit, dass eine strukturierte und qualitativ und quantitativ ausreichende Weiterbildungspflicht auch für heute selbstständige psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eingeführt wird. Die Tarifbestimmungen sind zu klären, was viel Zeit benötigt. Längere Übergangsfristen sind auch aus unternehmerischer und versorgungspolitischer Sicht unabdingbar.

III. II. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Wir lehnen die in der KLV geplanten Änderungen von Art. 2, Art. 3 und Art. 11 ab.

Begründung

Die in Aussicht genommene Reduktion der Kostenübernahme von aktuell 40 auf neu 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen sowie gleichzeitig der Dauer der einzelnen Sitzungen auch bei den Psychiaterinnen und Psychiatern ohne Zustimmung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, führt dazu, dass Psychiater und Psychiaterinnen, welche ebenfalls ärztliche Psychotherapie leisten, diese unter schlechteren Rahmenbedingungen zu erbringen hätten und für ihre psychotherapeutische Arbeit einen schlechteren Tarif erhalten als bisher.

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

Der Bundesrat schreibt in seinem Vernehmlassungsbericht («Änderungen und Kommentare» Pkt. 2.9, S. 12): *«Die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis ist heute in Kapitel 02.03 des TARMED geregelt. Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das Kapitel 02.02 «nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie». Weiter bestätigt der Bundesrat explizit: «Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren».*

Im Faktenblatt «Psychotherapieberufe» erläutert der Bundesrat: «Die Psychotherapie (für welche die OKP die Kosten übernimmt) kann durch die zwei Berufsgruppen erbracht werden: 1. Fachärzte und Fachärztinnen mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie / 2. Psychologen und Psychologinnen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie».

Dabei wurde der **Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie** und -psychotherapie nicht berücksichtigt.

Die im Faktenblatt erwähnte Streichung des Kapitels 02.02 «Nichtärztliche psychologisch/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» ist aufgrund der Tatsache, dass diese Leistungen - wie alle Therapieleistung in einem Spital - unter ärztlicher Endverantwortung von hochqualifizierten Chefärzten erbracht werden, nicht sinnvoll. Sie sollen deshalb nicht unter das Anordnungsmodell fallen, das sich auf die unabhängigen Leistungen von Psychologen in eigener Praxis bezieht. Deshalb muss das Kapitel 02.02 im TARMED (und entsprechend in den Nachfolgetarifen) mit entsprechenden Anpassungen verbleiben. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass ausreichend viele Weiterbildungsstellen für angehende psychologische Psychotherapeuten/innen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien bereitgestellt werden können. Dies ist zudem notwendig, damit auch genügend klinische Stellen in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien für zertifizierte Fachpsychologen/innen bereitgestellt werden können.

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Verordnungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen

hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird.

Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

Es ist nicht akzeptabel, dass der Bundesrat diese komplexen Zusammenhänge und die damit einhergehenden Folgen für die betroffenen Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten weder erwähnt noch erläutert. Es ist offensichtlich, dass hier durch die Hintertür Massnahmen erlassen würden, welche einzelne Berufsgruppen entweder bevorteilen oder benachteiligen, ohne dass ihnen dies sachlich korrekt dargelegt würde.

Dies ist inakzeptabel, zumal der qualitative Nutzen für Patientinnen und Patienten nicht erbracht werden kann.

Es ist nicht zielführend, einen derartigen system-relevanten Eingriff in das Gesundheitssystem in diesem Bereich über blossе Verordnungsänderungen anpeilen zu wollen.

Die Folgen für alle Betroffenen werden nicht transparent gemacht und die Massnahme des Systemwechsels ist ungenügend begründet. Wir lehnen die KLV-Änderungen in dieser Form ab.

Klinische Fachkompetenz erforderlich

Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss der anordnende Arzt über die klinische Fachkompetenz verfügen, die Indikation für eine Psychotherapie professionell zu stellen (Indikationsqualität) und zu monitorisieren. Entsprechend ist die Anordnungsbefugnis grundsätzlich einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu übertragen.

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

Die Absicht, den Zugang zur Psychotherapie bei Lebensproblemen, Befindlichkeitsstörungen sowie leichteren psychischen Problemen niederschwelliger als bisher zu gestalten, kann in einer umfassenden Konzeption durchaus weiterverfolgt werden. Indes ist die vorgeschlagene vollständige Öffnung des Zugangs und der Kostenübernahme – etwa analog des Zugangs, welchen Patienten zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie haben – nicht sinnvoll und vor allem auch nicht nötig; zumal die damit ausgelöste Mengenausweitung zu einem Kostenanstieg führen würde, die weder im Interesse einer stringenten Gesundheitspolitik, noch im Interesse des Gesetzgebers liegt. Schwer wiegt, dass gleichzeitig für eine solche Massnahme keinerlei Bedarfsnachweis vorliegt. Dieser ist zunächst zu erbringen. Eine Systemänderung kann vorher und grundsätzlich nicht via blossе Verordnungsänderung angeordnet werden.

Mit dem vorgesehenen Systemwechsel via Verordnung würden der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren klinische Weiterbildung deutlich kürzer und weniger umfassend ist und deren abschliessende Prüfung und Titelerteilung im Unterschied zu den Medizinerinnen nicht einheitlich geregelt sind, für Patienten mit meist nicht gravierenden (leichteren) Krankheitsbildern zugänglicher. Damit würde eine allfällige Fehlversorgung gestärkt, anstatt revidiert.

Im schweizerischen Gesundheitssystem sind es die psychisch schwerer Kranken, deren Behandlungen aufgrund der schlechten Abbildung im TARMED auf staatliche Zusatzfinanzierung angewiesen sind. Dieser Zustand sollte korrigiert werden. Das in Vernehmung gegebene Anordnungsmodell würde für diese Patientinnen und Patienten nichts verbessern, sollten die psychologischen Psychotherapeuten weiterhin nur nach heute gültigen Kriterien weitergebildet werden. Im Gegenteil, es würden vielmehr noch zusätzliche Fehlanreize geschaffen, vorzugsweise Patientinnen und Patienten mit leichten, wenig komplexen psychischen Störungen zu behandeln. Es ist aus fachlichen Gründen, d.h. aufgrund der Lernziele und des Umfangs der klinischen Weiterbildung, gegenwärtig unmöglich, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernehmen könnten. Die Entwicklungen in Deutschland haben aufgezeigt, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Jahre nach Einführung eines, dem in der Schweiz vernehmten Anordnungsmodell ähnlichen Systems, konstant zugenommen hat. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz blieben trotzdem hoch.

Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.

Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.

Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.

Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen


Dr. med. Heinz Wyss

(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 : Arztpraxis Dr. med. Heinz Wyss

Adresse : Jurastr. 41, 4900 Langenthal

Kontaktperson : Dr. med. Heinz Wyss, Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Telefon : +41 (62) 923 10 10

E-Mail :

Datum : 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 PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	4
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	5
Weitere Vorschläge	6

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>I. Zusammenfassung</p> <p>Dr. H. Wyss 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)).
Fehler: Verweis nicht gefunden	<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 Fussnote¹, 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. Dr. Wyss bzw. 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
--	---

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 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

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren

	zu verhindern.
Fehler: Verweis nicht gefunden	<p>Gesamtwürdigung</p> <p>Insgesamt sind die Ausgestaltung der Vorlage respektive der Verordnungsänderungen sowie die dazu konsultierten oder erstellten Unterlagen und damit die Basis der gesamten Vorlage absolut ungenügend.</p> <p>Die Konzeption eines Anordnungsmodells, welches allen übergeordneten und insbesondere den Patienten-Interessen zu dienen hat, erscheint nur oberflächlich durchdacht. Die tatsächlichen Folgen für die Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater bzw. andere Ärztinnen und Ärzte), insbesondere auch in Bezug auf die Gewährleistung der Qualität, werden entweder verkannt oder ignoriert.</p> <p>In der vorliegenden Form würde das Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung der Behandlung leichter psychischer Störungen führen, was eine Verschiebung finanzieller Ressourcen zu Ungunsten sowohl von Patientinnen und Patienten mit aufwändigen, schweren und komplexen psychischen Erkrankungen als auch von ländlichen in städtische Regionen zur Folge hätte. Die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und die dadurch erwarteten Mengen- und Kostenausweitungen und deren Auswirkung auf den Psychiatrie-Tarif würden zu einer weiteren Verschlechterung der Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für komplexe und schwerer Kranke, die einen höheren Behandlungsaufwand benötigen, führen.</p> <p>Die Chance würde vertan, im Rahmen eines Systemwechsels die Grund- und Spezialversorgung für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern und das schweizerische «Mental Health-System» optimaler und zweckdienlicher zu gestalten.</p> <p>Die seitens Bundesrats als «Prämissen» für die Neuregelungen präsentierte «Förderung der Qualität» sowie die «Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten» sollen mittels Massnahmen erreicht werden, deren mögliche Wirkung weder mit relevanten Daten unterlegt noch geprüft wurden.</p> <p>Wir führen im Folgenden aus, weshalb das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell zu weiterer Fehlversorgung und zu nicht qualitätsfördernden Mengenausweitungen mit Mehrkosten für die Krankenversicherer und die Prämienzahlenden führen würde und weshalb die Vorlage ihr Ziel der Versorgungsverbesserung damit verfehlt.</p> <p>Wollte der Bundesrat das System zum Wohle aller Patientinnen und Patienten, gemäss dem Grundsatz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sowie auch mit Blick auf die Anliegen der behandelnden Ärzteschaft reformieren, sind drei Massnahmen vordringlich (vgl. Annex). Solche Massnahmen bedingen grundlegende Reformen und können deshalb nicht mittels Verordnungsänderungen angeordnet werden.</p> <p>Die folgenden zielführenden Massnahmen führen wir im Annex zur Vernehmlassungsantwort aus:</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Erkrankungen müssen erhöht werden, sollten die psychologischen Psychotherapeuten den hohen Anforderungen gewachsen sein, welche dieser oder ein vergleichbarer Systemwechsel mit sich bringen würde (klinische Kompetenz). 2. Kompetenz der anordnenden Ärzte präzisieren und sicherstellen Um die fachlich korrekte Therapieindikation für eine psychologische Psychotherapie sicherzustellen, muss die Kompetenz des «anordnenden» Arztes gewährleistet sein (Indikationsqualität). 3. Kostendeckung gewährleisten Es ist sicherzustellen, dass niederschwellige und oft auch zeitintensive fachärztliche Kriseninterventionen, die Notfall- und Akutversorgung, auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen sowie die längerfristige Behandlung und Betreuung von schwer psychisch Kranken, auch in ländlichen Regionen kostendeckend geleistet werden können (Sicherstellung kostendeckender Behandlungsleistungen).
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler: Verweis nicht gefunden	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: Verweis nicht gefunden	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"> a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie; b. einen eidgenössischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder einen nach Artikel 9 oder 49 Absatz 2 PsyG gleichwertigen Weiterbildungstitel; und c. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. <p>Wir lehnen Art. 50 Abs.1, lit c ab</p> <p>e. nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von zwölf Monaten in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Begründung</p> <p>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen</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**

			komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Die Dauer der klinischen Weiterbildung ist entsprechend zu erhöhen (Antrag zu Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV). Die durch die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangte zusätzliche klinische Erfahrung von zwölf Monaten (Art. 50 c, Abs. 1,c) in einer vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte (Kategorie A oder B, d.h. in der Allgemeinpsychiatrie) nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend . Damit kann die nötige breite klinische Erfahrung mit unterschiedlichen Behandlungssettings, Altersgruppen, Krankheiten und Schweregraden nicht erreicht werden. Im Gegensatz zur Psychiatrie mit ihren beiden separaten Facharzttiteln (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Subspezialisierungen innerhalb der Fachgebiete wird im aktuellen Entwurf davon ausgegangen, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befähigt sind, Patienten aller Altersgruppen ohne den Nachweis der nötigen klinischen Erfahrung behandeln zu können. Diese angestrebte Vereinfachung ist fachlich nicht vertretbar und medizinisch nicht zumutbar, zumal für das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie ein separater eidgenössischer Weiterbildungstitel besteht, welcher in der aktuellen Vernehmlassung gar nicht berücksichtigt wird. Insgesamt – d.h. einschliesslich der für die Erlangung des eidg. Weiterbildungstitels geforderten einjährigen klinischen Praxis in	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

				<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> <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 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>	
Fehler: Verweis nicht gefunden				<p>II</p> <p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i></p>	<p>Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<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.	
Fehler: Verweis nicht gefunden					

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): «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</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>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>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
Fehler: Verweis nicht gefunden		<p>Wie Sie obigen Ausführungen entnehmen können, erachten wir die Verordnungsänderungen in der vorliegenden Form als unzulänglich und lehnen sie ab.</p> <p>Die Massnahmen sind schlecht dokumentiert, mangelhaft hergeleitet, nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht. Sie genügen den übergeordneten Kriterien von Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht und sie verbessern die Versorgung nicht.</p> <p>Danke, dass Sie unseren obenstehenden Forderungen und Anliegen folgen.</p>	

Das «Koordinierte Anordnungsmodell»

Positionspapier der Schweizerischen Medizinischen Liga (SMML) zur koordinierten Versorgung für die Versorgung der psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen der eidgenössischen Weiterbildungsverordnung (EWB)

Vorgaben

Swiss Mental Health Care (SMHC) (www.smhcare.ch)

18. August 2018

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

Koordinatorinnen

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Präsident SVPC¹
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

Telefon: +41 44 384 23 12
Natel: +41 79 411 14 92
Email: erich.seifritz@bli.uzh.ch
Email: sekretariat.seifritz@bli.uzh.ch

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Präsident VKJC¹
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
8404 Winterthur

Telefon: +41 52 244 50 00
Natel: +41 79 398 42 80
Email: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
(ab 1.11.19: oliver.bilke@lups.ch)

Eduard Felber
Präsident VPPS¹
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur

Telefon: +41 58 225 20 10
Natel: +41 79 254 25 26
Email: eduard.felber@pdgr.ch
Email: monique.jost@pdgr.ch

Erich Baumann
Präsident VDPS¹
Triaplust AG
Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

Telefon: +41 41 726 39 01
Natel: +41 79 214 07 61
Email: erich.baumann@triaplust.ch

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Präsident SMHC¹
ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

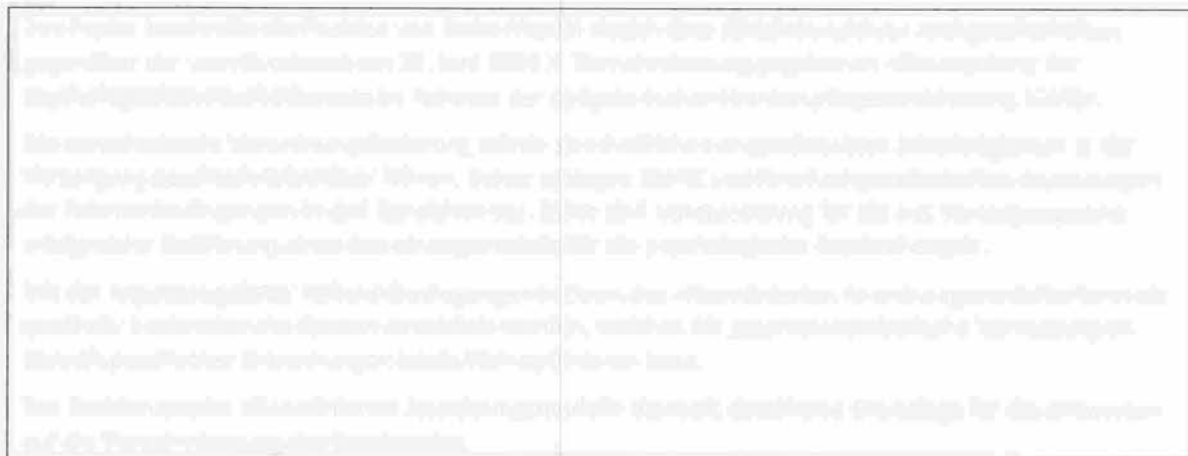
Telefon: +41 52 264 33 77
Email: hanspeter.conrad@ipw.ch

Abkürzungen

BAG.....	Bundesamt für Gesundheit
FMH.....	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK.....	Gesundheitsdirektorenkonferenz
H+	Verband der Spitäler der Schweiz
IPPB.....	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IV.....	Invalidenversicherung
KLV.....	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAP.....	Leistungen in Abwesenheit des Patienten
MEBEKO	Medizinalberufekommission des BAG
MTK	Medizinaltarifkommission
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL.....	Patient Clinical Complexity Level
PT i.e.S.	Psychotherapie im engeren Sinne
SAPPM.....	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS.....	Tochtergesellschaft von Santésuisse
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF.....	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMHC.....	Swiss Mental Health Care
SUVA.....	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVPA	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
SVPC.....	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
TARPSY.....	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UEMS.....	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VDPS	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VPPS.....	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
WBV.....	Weiterbildungsverein Psychiatrie und Psychotherapie – Zürich, Zentral-, Nord- und Ostschweiz
WPA.....	World Psychiatric Association

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

Management Summary



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 vernehmlasszt 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.»

1 Grundlagen der Ist-Situation

1.1 Aus- und Weiterbildung von Psychiaterinnen und Psychologen

1.1.1 Unterschiede 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.

A: Studium und klinische Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

6 Jahre Medizinstudium

: 6 Jahre postgraduale klinische Weiterbildung, davon 5 Jahre in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und Ambulatorien, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert sind. Die Weiterbildung ist curricular aufgebaut mit Rotationen zwischen verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbereichen sowohl in stationären als auch in ambulanten Behandlungssettings. Dazu 1 «Fremdjahr» in somatischem Spital, welches ebenfalls vom SIWF als Weiterbildungsstätte akkreditiert ist.
: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.
Facharztprüfung gesamtschweizerisch und nach einheitlichen Kriterien organisiert von SGPP bzw. SGKJP.

B: Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten (heute gültige Verordnung)

5 Jahre Psychologiestudium

: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer nicht näher definierten «Einrichtung der psychosozialen Versorgung», welche nicht vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.
: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung», welche nicht vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.
: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.
*Akkreditierte Weiterbildungsgänge mit eigenen Schlussprüfungen ohne einheitliche Kriterien.

C: Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten mit Zulassung zur OKP (Verordnung in Vernehmlassung)

5 Jahre Psychologiestudium

: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer nicht näher definierten «Einrichtung der psychosozialen Versorgung», welche nicht vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.
: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer «Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung», welche nicht vom SIWF als Weiterbildungsstätte anerkannt sein muss.
: 1 Jahr postgraduale klinische Praxis in einer psychiatrischen Institution, welche vom SIWF als Weiterbildungsstätte Kategorie A oder B anerkannt sein muss.
: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.
*Akkreditierte Weiterbildungsgänge mit eigenen Schlussprüfungen ohne einheitliche Kriterien.

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.

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.

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.

3.4.4.1.2 Psychologischer Hintergrund von Psychotherapeuten

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.

3.4.4.2 Welche Weiterbildung, Rotation und Supervision

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.).

3.4.4.3 Spezifische 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.

3.3.1.2 Welche 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.

3.2 Psychiatrie und psychologische Leitungspositionen in der Schweiz

3.2.1 Versorgungsrealität: Mangelnde Versorgung von Psychiatern und Psychologen

Auch mit Blick auf die Anzahl der zur psychologischen Psychotherapie zugelassenen Berufsleute existieren grosse Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychologen. Während im Medizinstudium der Numerus Clausus gilt, unterliegt das Psychologiestudium keiner Zulassungsbeschränkung, weder an den Universitäten noch an den Fachhochschulen. Es entstehen zudem immer mehr Psychotherapie-Weiterbildungsgänge, welche ohne jeglichen Bezug zum Bedarf auf dem Arbeitsmarkt Psychologen zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten weiterbilden. Es fehlt zudem an Steuerungsmöglichkeiten der postgradualen Weiterbildung, die sich am Versorgungsbedarf orientieren. Die Zunahme von Weiterbildungsgängen für Psychotherapie, aktuell sind es schweizweit bereits über 40, ist primär getrieben durch das hohe Eigeninteresse der Weiterbildungsinstitute an einer Zunahme von Weiterbildungskandidaten. Darüber hinaus fehlen Massnahmen, wie psychologische Psychotherapeutinnen die nötige Erfahrung mit Patienten in verschiedenen Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene in verschiedenen Lebensphasen inkl. im hohen Alter) und Behandlungssettings (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, Krisen- und Notfallversorgung, Tageskliniken, somatische Akutspitäler, Pflegeheime oder Reha-Kliniken) sammeln sollen.

Bei den Assistenzarztstellen existiert aufgrund der Versorgungsrealität eine nachvollziehbare Korrelation zwischen der Anzahl Weiterbildungskandidaten und dem Bedarf (indirekte Mengensteuerung). Aufgrund der beschränkten Studienplätze im Medizinstudium vermag die Anzahl der Assistenzärzte mit Schweizer Arztdiplom den Bedarf in den Schweizer Spitälern nicht abzudecken. Dies ist bei praktisch allen medizinischen Disziplinen der Fall, aber für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besonders ausgeprägt. Gemäss FMH-Statistik⁸ betrug 2017 der Anteil Ärzte mit ausländischem Diplom in den Schweizer Spitälern 39.3%, in den ambulanten Bereichen lag der Anteil bei 29.3%.

Aus Versorgungssicht, aber auch aus Sicht der für die Weiterbildung und damit Nachwuchsförderung verantwortlichen Institutionen ist es entscheidend, dass die psychiatrischen Fächer nicht nur ihre Attraktivität erhalten, sondern steigern, um genügend interessierte junge Ärzte und Ärztinnen für das Fach zu begeistern. Auch aus diesem Grund ist es mittel- und langfristig wichtig, die multiprofessionellen Zusammenarbeitsmodelle und die Tarifstrukturen so zu gestalten, dass die Psychiatrie auch in Zukunft genügend Ärzte anziehen kann, welche die in der Schweiz traditionell qualitativ hochstehende Psychiatrie und Psychotherapie für alle Erkrankungsbilder in allen Schweregraden sicher stellen können.

⁸Hostettler S und Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2018, 99:408–413

3.1.1 Hohe Dichte an niedergelassenen Psychiatern in 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).

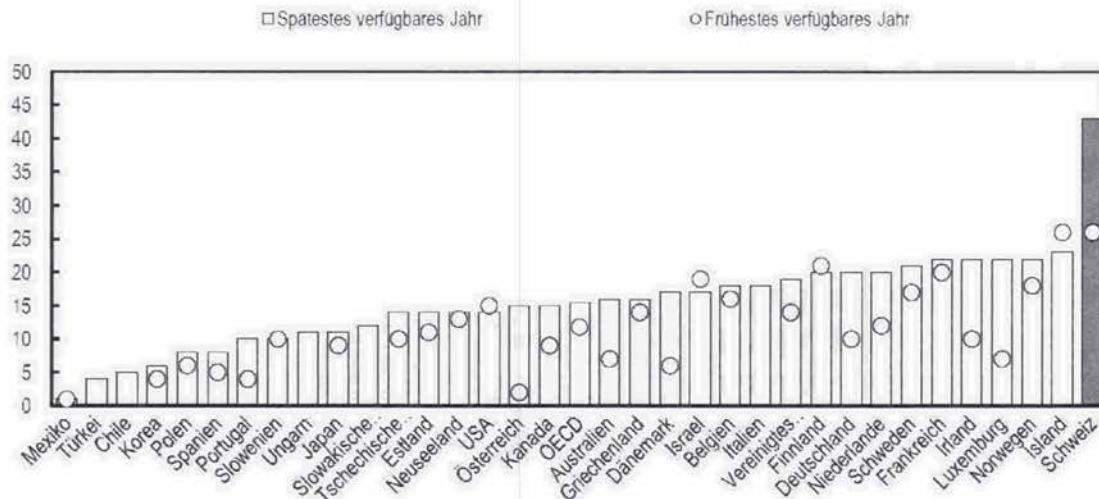


Abb. 2: Anzahl an Psychiatern in der Schweiz: Psychiaterdichte (Anteil pro 100'000 Einwohner) in OECD-Ländern, frühestes und spätestes verfügbares Jahr. Aus OECD Mental Health and Work: Switzerland (2014), BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern, www.bbl.admin.ch.

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.

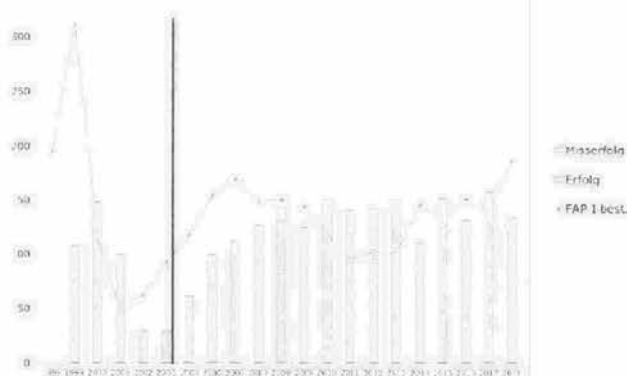


Abb. 3: Anzahl Ärztinnen und Ärzte, welche zwischen 1998 und 2018 die Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie absolviert und die Facharztprüfung (FAP) bestanden haben. In den letzten zehn Jahren ist diese Zahl stabil geblieben.

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-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.

3.2.2 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.

3.2.3 Aktuelle Kosten für psychologische Psychotherapien

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

2.2.2 Mangelversorgung von psychiatrischen Psychotherapeuten

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 Systembedingte Behandlung von komplexen Fällen

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.

2.4.1 Erfahrungen in Deutschland

Wie wichtig es ist, bei einem grundlegenden Systemwechsel die für eine intakte Grundversorgung relevanten Rahmenbedingungen zu beachten und differenziert bzw. mit Augenmass zu regulieren, damit Fehlanreize und Risikoselektion vermieden werden kann, zeigt sich anhand der Situation in Deutschland.

Dort wurde vor rund 20 Jahren ein Anordnungsmodell eingeführt, das dem vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebenen Modell sehr ähnlich ist. Mit dem Ergebnis, dass die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen auch Jahre nach Einführung des in keiner Art und Weise koordinierten Anordnungsmodells konstant zunahm und weiter zunimmt. Die Abb. 4 zeigt einen praktisch linearen bis fast exponentiellen Anstieg der psychologischen Psychotherapeuten von 2008 bis 2017, während die Anzahl der anderen im Bereich psychischer Erkrankungen tätigen Professionen deutlich langsamer ansteigt.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die psychologischen Psychotherapeuten mehrheitlich auf weniger komplexe Krankheitsbilder fokussieren. Nachdem sie in Deutschland vor rund 20 Jahren als selbständige Leistungserbringer zugelassen wurden, eingebunden in ein System, welches mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Anordnungsmodell bis auf wenige Details identisch ist, haben sich die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz nicht etwa verkürzt, sondern sogar deutlich verlängert. Aus diesem Grunde wurde in Deutschland seit dem 1. April 2017 die reformierte Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, welche Psychotherapeuten verpflichtet, eine Sprechstunde für Patienten in akuten psychischen Krisen anzubieten. Trotzdem liegt die mittlere Wartezeit für eine Akutbehandlung in der Praxis immer noch bei über drei Wochen, und diejenige für eine Psychotherapie i.e.S. bei knapp 20 Wochen, wobei die Wartezeit zwischen den Regionen stark unterschiedlich ist (bspw. Berlin 13.4

Wochen, Ruhrgebiet 29.4 Wochen)¹². Auch die Versorgung von schwer und komplex psychisch Kranken hat sich nicht verbessert.

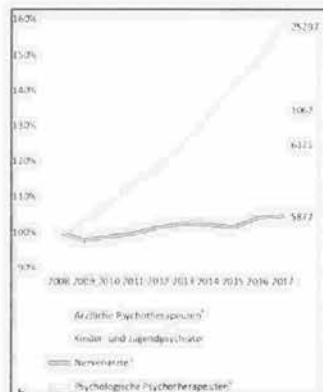


Abb. 4: Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017. Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäss Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, entnommen aus Thom et al, Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen - Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>, 2019, 1-12

Aus Klinikperspektive ist besonders relevant, dass sich die Verschiebung dieser Patienten von den Praxen in die Institutsambulanzen sogar noch verstärkt hat. Diese unbefriedigende Situation hat den deutschen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn zu einer erneuten Systemänderung bewogen, welche aktuell intensiv diskutiert wird¹³.

Die ernüchternden Erfahrungen in Deutschland sollten uns eine Lehre sein. Eine Lehre, die wir mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» konkretisieren. Ohne Qualitätsstandards für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen in Psychotherapie, ohne Verbesserung der Weiterbildung für Psychologen, ohne die Sicherstellung der Qualifikation der anordnenden Ärztinnen und ohne Planung der Leistungserbringer sowie ohne kostendeckende Leistungsabgeltung für die Behandlung und Betreuung von schweren und komplexen psychischen Erkrankungen wird es zwangsläufig zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer weiteren Kostensteigerung mit Prämienfolgen kommen. Wie das Beispiel Deutschland zeigt, bewirkt diese Mengenausweitung keinerlei Verbesserungen, weder für die Behandlungssituation schwer Kranker, noch für die Versorgung der Bevölkerung in Randregionen.

Die Abb. 5 zeigt, wie sich aufgrund dieser Entwicklung in Deutschland die psychologischen Psychotherapiepraxen auf einige städtische Zentren konzentrieren und wie wenig ländliche Gebiete versorgt sind. Damit zeigt sich 20 Jahre nach Einführung eines Anordnungsmodells, das dem vom Bundesrat in Vernehmlassung geschickten Modell sehr ähnlich ist, eine bedenkliche Realität.

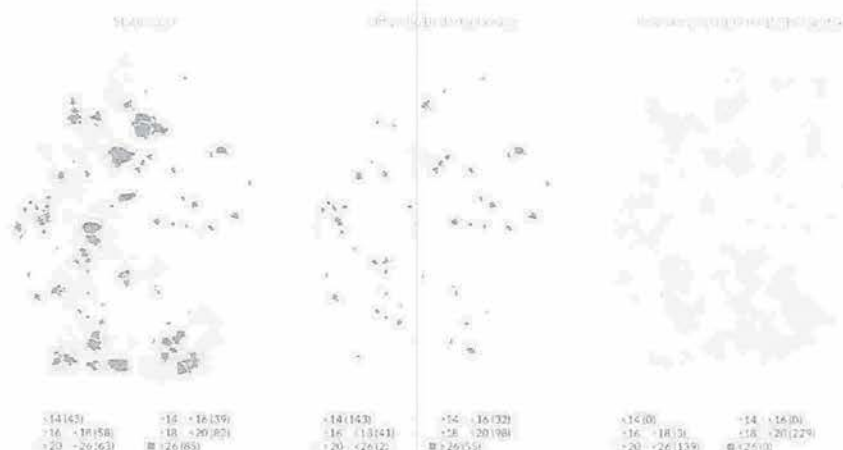


Abb. 5: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner auf Basis der aktuellen Gesamtzahl, 2015 (Plankreise). Unter Berücksichtigung des Bedarfsindex für psychische Erkrankungen werden die regionalen Prävalenzunterschiede deutlich. Die

¹²Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 (11. April 2018)

¹³Siehe auch Seifritz E. Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC: Das Anordnungsmodell – Kopie eines «kaputten Systems», Schweizerische Ärztezeitung, 2019; 100: 540–541.

Konzentration von Psychotherapeuten in den Städten verdeutlicht sich an folgenden Zahlen: Die Praxen der Psychotherapeuten in Deutschland sind nicht bedarfsgerecht verteilt: Die Hälfte der Therapeuten praktiziert in Grossstädten, wo jedoch nur ein Viertel der Bevölkerung lebt (Daten von IGES auf Basis von DEGS1-MH-Daten und INKAR-Daten, Faktencheck Psychotherapeuten 2016). Faktencheck Gesundheit – Spotlight Gesundheit: Thema Psychotherapeuten, Bertelsmann Stiftung: Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 4, 2017 (https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf).

Das vom Bundesrat angedachte Anordnungsmodell dürfte eine weitere Mengenausweitung mit Kostenanstieg befeuern, zumal im Unterschied zur reglementierten ärztlichen Versorgung eine Versorgungs- und Zulassungsplanung für Psychologen auf kantonaler Ebene fehlt. Auch ist keine Massnahme vorgesehen, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern.

3 Disruptives Moment als Chance: Massnahmen für ein «Koordiniertes Anordnungsmodell»

Das disruptive Moment der vom Bundesrat geplanten Systemänderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grund- und Spezialversorgung bietet neben Gefahren aber auch eine grosse Chance. Die Chance nämlich, das schweizerische «Mental Health-System» zu überdenken und die Grund- und Spezialversorgung für psychisch Kranke zu verbessern.

Mit dem «Koordinierten Anordnungsmodell» schlagen SMHC und ihre Fachgesellschaften eine umfassende und zukunftssträchtige Systemänderung vor, welche die bundesrätlichen Ziele realistisch und ohne die erwähnten Risiken und Nebenwirkungen umsetzen lässt. Dazu drängen sich drei Massnahmen auf, die wir nachfolgend ausführen.

Ein nachhaltiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsmodell muss sich gleichermassen am Patientenwohl wie am Versorgungsbedürfnis orientieren. Ausgehend davon müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: rascher, bei Bedarf notfallmässiger Zugang zu psychiatrischen (-psychotherapeutischen) ambulanten Abklärungs- und Therapieleistungen, Gewährleistung dieses Zugangs insbesondere für schwer psychisch Kranke in Notfall- oder Krisensituationen, kurze Wartezeiten für Psychotherapien mit fachlich kompetent gestellter Indikation und sichergestelltem Verlaufsevaluation, sowie möglichst wohnortnahe Verfügbarkeit dieser Leistungsangebote in städtischen wie auch ländlichen Regionen.

Voraussetzung dafür ist die Umstellung des heutigen Systems auf ein sogenanntes «Koordiniertes Anordnungsmodell», welches die bundesrätlichen Ziele aufgreift und es um drei wichtige Massnahmen erweitert.

3.1 Massnahme 1: Klinische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeuten

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.

5.1.2 *Wiederholte Weiterbildungen sind für vorgeschulte psychologische Fachpersonen im in Weiterbildung vorgesehen. Der Vorstand der Krankenkasse*

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.

5.1.2.1 *Die SIWF stellt mindestens ein Jahr an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.*

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.

5.1.2.2 *Die SIWF stellt mindestens ein Jahr an einer SIWF-akkreditierten erwachsenenpsychiatrischen Weiterbildungsstätte der Kategorien A oder B nach der Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist unzureichend.*

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.

Studium und klinische Weiterbildung zum eidg. anerkannten (psychologischen) Psychotherapeuten mit Zulassung zur OKP (Vorschlag für «Koordiniertes Anordnungsmodell»)

5 Jahre Psychologiestudium

: 5 Jahre postgraduale klinische Weiterbildung neu in unterschiedlichen vom SIWF anerkannten psychiatrischen Weiterbildungsstätten mit curricularer Rotation zwischen verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbereichen in stationären und ambulanten Behandlungssettings.

: 3-4 Jahre postgraduale Psychotherapie-Weiterbildung berufsbegleitend mit klinischer Praxistätigkeit.

Abschlussprüfung über klinische und psychotherapeutische Weiterbildung neu gesamtschweizerisch und nach einheitlichen Kriterien organisiert.

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.

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.

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.

3.1 Massnahmen 1:

Indikationsqualität und Therapieentscheidungen durch Fachärztinnen 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.

3.1.1 Anforderung einer regulären psychiatrischen Psychotherapie

Diese Aufgabe sollte grundsätzlich durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie übernommen werden.

3.1.2 Anordnung einer auf zehn Sitzungen limitierten psychosomatischen oder psychosozialen Kurzintervention in der Grundversorgung

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 Verlustraktionen, leichte depressive Verstimmungen, Erschöpfungssyndrome, Lebensängste u.a.), welche häufig in Grundversorgerpraxen Hilfe suchen, niederschwellig und einfach psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erhalten können.

3.1.3 Überweisung auf spezialisierte psychosomatische oder psychosoziale Kurzinterventionen

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.

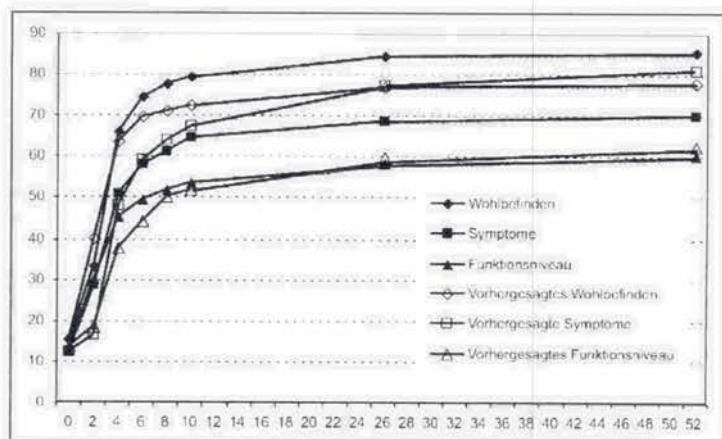


Abb. 7: Die Therapiewirkung einer Psychotherapie ist während der ersten zehn Stunden am grössten und flacht anschliessend ab. Wird in dieser Periode von zehn Stunden psychotherapeutischer Kurzintervention keine genügend starke klinische Wirkung erzielt, muss die Diagnose bzw. die Therapieindikation durch 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.

2.3 Massnahme 3:

Verlängerung der Möglichkeiten von ambulanten 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.

2.3.1 Tarifperspektive – nicht höherer Tarif

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.

3.1.2 Tarife für die Behandlung von schweren und komplex psychiatrischen 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.

3.1.2.1 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.

3.1.3 Priorisierung der Modellierung für psychologische psychotherapeutische Leistungen in ambulant psychiatrischen Einrichtungen

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.

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.

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 selbständig 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 Veränderungsänderungen sind diese TARMED-Positionen zur delegierten Psychotherapie in Bezug auf die OKP zu streichen, da Leistungen der delegierten Psychotherapie nicht mehr von der OKP vergütet werden können. Dies betrifft auch das 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)

3.2.1 Profilwettbewerb der KLV-Verordnungen Folgen für den psychologischen Teil der KLV

Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Anforderungen an ärztliche Psychotherapie in gleicher Weise für die psychologische Psychotherapie gelten.

Durch die KLV-Änderung (Artikel 3 «Kostenübernahme») soll die Anzahl Sitzungen psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie pro Erkrankungsperiode vor Begutachtung durch den Versicherer von bisher 40 auf 30 Sitzungen reduziert werden. Darüber hinaus soll die Dauer einer Sitzung ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie von bisher 75 respektive 90 Minuten auf je 60 Minuten reduziert werden. Dies entspricht einer Reduktion von über 40% (3015 vs. 1800 Minuten) bei der ärztlichen Psychotherapie und von 50% (3600 vs. 1800 Minuten) bei der psychologischen Psychotherapie.

3.2.1.1 Auswirkungen der KLV-Änderung auf den psychologischen Teil der KLV

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.

3.2.2.1 Politischer Hintergrund der KLV-Änderung

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.

2.2.2.2 Inhalt der KLV-Änderungserfolge KLV

Ausserdem bestehen unter dem Begriff «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» (TARMED-Unterkapitel 02.01) gemeinsame Positionen (mit gemeinsamen Interpretationen) für alle Leistungen dieses Unterkapitels (sowohl für die IPPB als auch für ärztliche Psychotherapie); ärztliche Psychotherapie ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 2 und 3 KLV) Pflichtleistung der OKP.

Somit wird durch die Vernehmlassungsvorlage in die ärztliche Tarifstruktur eingegriffen und darüber hinaus die Frage aufgeworfen, ob die vorgeschlagene KLV-Änderung auch die IPPB, welche den grossen Anteil der psychiatrischen ambulanten Behandlungen ausmacht, und die nicht unter die KLV fällt, betrifft. Wenn dies so wäre, dann würde diese Verordnungsänderung eine sofortige Änderung der TARMED-Tarifstruktur und die klare Separierung im TARMED der IPPB von der ärztlichen Psychotherapie nach sich ziehen müssen, was aber die Beteiligung der Tarifpartner voraussetzen würde.

4. Ausblick

Aufgrund der dargelegten Ausführungen sind wir der Überzeugung, dass der vom Bundesrat geplante Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell Risiken und Nebenwirkungen enthält, die einer Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung entgegenwirken. Es ist zu befürchten, dass ohne Anpassungen am vorgeschlagenen Anordnungsmodell eine Fehlversorgung gefördert wird, und es zu therapeutischer Mengenausweitung mit erheblichen Kostenfolgen aber auch zu anderen Fehlentwicklungen kommt. Die damit verbundenen negativen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf die Gesamtbevölkerung (drohender Prämienanstieg) als auch auf eine verschlechterte Versorgung psychisch schwerer kranker Patienten.

Die Zielsetzung einer Verbesserung der heutigen Versorgungssituation psychisch kranker Menschen kann erfolgsversprechend durch das von uns entwickelte und in diesen Ausführungen beschriebene «Koordinierte Anordnungsmodell» erreicht werden. Basierend auf einem Bedarfsnachweis sieht es die Verbesserung und Sicherstellung der klinisch psychiatrischen Qualifikation der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Qualität der Indikationsstellung bzw. der Therapieevaluation durch die anordnenden Ärztinnen vor, ausserdem auch Anpassungen der Leistungsabgeltung. Damit werden wir schwer und komplex psychisch kranken Patienten besser gerecht und können diese kostendeckend und ohne kantonale Subventionen behandeln.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualität nach einer Änderung der Verordnung durch wissenschaftliche Begleitforschung laufend evaluiert wird. Die erste Bestandsaufnahme nach fünf Jahren (Seite 14 der bundesrätlichen Verordnung) ist absolut zu spät, weil in diesem Zeitraum Fakten und Sachzwänge geschaffen würden, womit die zu erwartende Fehlversorgung, Mengenausweitung und Kostensteigerung nur noch schwer rückgängig gemacht werden könnten.

Durch die Sicherstellung einer koordinierten und gezielten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Disziplinen, unter der Voraussetzung der im «Koordinierten Anordnungsmodell» erwähnten drei grundsätzlichen Anpassungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP, kann nicht nur eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich ausgewogene, kostendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz erreicht werden, sondern sie kann in Zukunft in ihrer Qualität sogar noch deutlich verbessert werden.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dr. med. Maria Hofecker

Abkürzung der Firma / Organisation : eigene Praxis, FA Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse : Spalenring 160, 4055 Basel

Kontaktperson : selbst

Telefon : 0763204624

E-Mail : maria.hofecker@hin.ch

Datum : 29.9.2019


Dr. med. Maria Hofecker Fallahpour
Fachärztin Psychiatrie Psychotherapie
CH-4055 Basel Spalenring 160
B 1139.12 EAN 7601000153791

29.9.2019,
Basel

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	DIE UNTERZEICHNENDE LEHNT DIE VERORDNUNGSÄNDERUNGEN IN DER VORLIEGENDEN FORM AB.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Psychiaterinnen und Psychiater, vorgenommen wurden. <i>Psychiaterinnen und Psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.</i>

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	50	1	c	Psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B). Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -	...eine klinische Erfahrung von mindestens 3 Jahren in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Kategorie A (Aufnahmepflicht mit breitem Krankheitsspektrum).

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>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 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</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 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 (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</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 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 aber solche der Kategorie B) bieten einen Aufnahmezwang und behandeln somit ein breites Störungsspektrum von Patienten.</i></p> <p><i>FORDERUNG: Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die , dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).</i></p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Unterzeichnende unterstützt die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.</i></p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</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>Die 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>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen,
die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	2, Abs. 1, Bst. B)	<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 Unterzeichnende 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).</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>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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><i>FORDERUNG: Die Unterzeichnende verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können</i></p> <p><i>FORDERUNG: Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“. Nur Ärzte mit diesem Fähigkeitsausweis sollen anordnen können. Diese Massnahme dient der Qualitätssicherung.</i></p>	<p>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>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	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?	
--	--	---	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>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>	Eine Ergebnisevaluation dieser Verordnungsänderungen ist erstmals spätestens nach zwei Jahren nach der Einführung vorzunehmen, danach jährlich zu wiederholen. Zwingend ist auch die Implementierung einer wissenschaftlichen Begleitforschung!
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		<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 werden.		Die Inhalte der Verordnungsänderungen ebenso wie deren gesundheitspolitischen wie auch finanziellen Auswirkungen scheinen zu wenig reflektiert. Enorm problematisch ist die inhärente Botschaft, dass psychiatrische Störungen behandlungsmässig in die Nähe von somatischen Beschwerden	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 ExpertInnenengremium der betroffenen Fachorganisationen nochmals grundsätzlich zu überdenken.	
--	--	--

Dr. med. Maria Hofecker Fallahpour
Fachärztin Psychiatrie Psychotherapie
CH-4055 Basel Spalenring 180
+41 79 1139 12 EAN 7801000153791

29.9.2019,
Hofecker