

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de la Carriere, 20 , 1700 Fribourg

Kontaktperson : Adriano Schmitt Salazar

Telefon : 0049 (0) 151 67821556

E-Mail : adriano.schmittsalazar@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Adriano Schmitt Salazar	<p>BSc Psychologe. Bachelorstudent an der Universität Fribourg. Besorgt um das psychische Wohlergehen der Gesellschaft bei einem derart schnellen Wandel der Entwicklung. Psychotherapie ist zum Grossteil ebenso wirksam wie Pharmakotherapie, nur dass diese anstatt der Ursachen nur die Symptomatik behandelt. Das müssen Sie erkennen und den Wert, den Psychotherapie für jeden von uns haben kann!</p> <p>Ich bin mit der Stellungnahme von: David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch einverstanden und habe ihre Stellungnahme übernommen.</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TAR MED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Akademie für Verhaltenstherapie und Methodenintegration (AIM)

Abkürzung der Firma / Organisation : AIM

Adresse : Kantonale psychiatrische Klinik, Zürcherstr. 30, 9500 Wil

Kontaktperson : Dr. med. Jörg Burmeister, PD Dr. phil. Aba Delsignore,
lic.phil. Nicole Rechsteiner, Prof. Dr.phil. Volker Roder

Telefon : 071 913 11 72

E-Mail : roder@sunrise.ch

Datum : 11.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AIM	<p>Die AIM 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 lange erwartete Schritt zur Anerkennung der postgradualen Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, als fallführender Experte im Gesundheitswesen, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde.</p> <p>In vielen modernen psychiatrischen Kliniken, in der Schweiz aber auch besonders im benachbarten deutschsprachigen Ausland, sind psychologische Psychotherapeuten sowohl auf Stufe der Fallführung als auch der fachlichen Stationsleitung eingesetzt (vergleichbar mit Assistenzärzten, Oberärzten, leitenden Ärzten oder Chefärzten). Dies einerseits auf Akut- als auch Psychotherapie- und Rehabilitationsstationen, die konzeptuell auf Patienten mit schweren psychischen Störungen ausgerichtet sind wie Psychosen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Borderlinepersönlichkeitsstörungen, Sucht,- Forensik sowie der Therapie von Folter- und Kriegsopfern. Psychologische Psychotherapeuten sind weiter seit Langem in Leitungsfunktionen von Tageskliniken und Ambulatorien der Grundversorgung eingesetzt. Weiter sind sie in der Weiterbildung und Supervision von psychologischen und ärztlichen Kollegen tätig (vor- und nach deren Fachabschluss zum psychologischen- oder ärztlichen Psychotherapeuten; s. Liste der Supervisorverfügungen der kant. Kliniken für die Kleingruppen- und Einzelsupervision für Ärzte und Psychologen sowie Supervision für interdisziplinäre Stationsteams).</p> <p>Weiterhin arbeitet derzeit ein Grossteil von psychologischen Psychotherapeuten (in Weiterbildung oder als eidgen. anerkannte Psychotherapeuten) delegiert in Praxen von Psychiatern. Gerade als Weiterbildungsinstitut erleben wir dabei die immer häufiger festzustellenden Anstellungsbedingungen zu vollkommen inadäquaten Löhnen unter Anstellungsbedingungen, zugunsten der Einkommen der delegierenden Psychiater.</p> <p>Bei der AIM begegnen sich psychologische und ärztliche Fachpersonen (sowohl als WeiterbildnerInnen als auch als Weiterzubildende) auf Augenhöhe und pflegen einen gegenseitig förderlichen fachlichen Austausch. Dies vereinfacht und optimiert die Zusammenarbeit und trägt zu einer höheren Qualität der psychologisch-psychiatrischen Versorgung bei.</p> <p>Auch vor diesem Hintergrund sprechen wir uns nachdrücklich für den von Ihnen geplanten Systemwechsel zum Anordnungsmodell aus. Weitere Kommentare werden von uns, in Anlehnung an die Stellungnahme der FSP, unten ausgeführt.</p>

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

AIM	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die AIM klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die AIM 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 AIM 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.
AIM	<p>Inhalte der Vorlage, welche die AIM ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die AIM 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 AIM lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die AIM 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 AIM lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die AIM verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die AIM 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 AIM 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.

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

AIM	<p>Ergänzungen, welche die AIM vorgschlägt, 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 AIM verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechnbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht der AIM braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die AIM 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 AIM eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die AIM fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
AIM	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)
AIM	45-50a			Keine Bemerkungen	

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

AIM	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>	
AIM	50c	1	C	<p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Die postgraduale Weiterbildung zum eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten durch die Weiterbildungsinstitution AIM dauert 4 Jahre und beinhaltet neben der zeitgleich geforderten praktisch psychotherapeutischen Tätigkeit, davon mindestens 2 Jahre in einer Institution der Grundversorgung, neben der dortigen internen Supervision den Erwerb von fundierten spezialisiertem Fachwissen während 512 Einheiten à mind. 45min, die durch Einzelsupervision (mindestens 50 Einheiten inkl videogestützte Fallpräsentationen) und Supervision in der Kleingruppe von 5 Personen (100 Einheiten inkl videogestützte Fallpräsentationen) vertiefte Auseinandersetzung mit der Fallführung auf der Basis des biopsychosozialen Modells und unter Einbezug des psychosozialen Netzwerkes. Die Weiterbildungskandidaten werden in der Fallführung des Therapieprozess weitergebildet (Diagnostik psychischer Störungen nach ICD und DSM, Initiierung und Anmeldung zur somatischen Ausschlussdiagnostik, Therapieplanung, Therapiedurchführung, Therapieevaluation, Prognose mit Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sowie Beurteilung der Ressourcen hinsichtlich des Reintegrationsprozesses in den Arbeitsmarkt,</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>Berichterstattung, Koordination und Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen aus der Somatik, Psychiatrie, Sozialversicherungen (zB IV), Sozialdienste, Opernhilfestellen, sowie den Kontakt zum jeweiligen Arbeitgeber zur Planung und Umsetzung der Arbeitsintegration während der Psychotherapie.</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht der AIM unbestritten. Die AIM 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 AIM 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 AIM begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können.</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>	
--	--	--	--	--

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

				<p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die AIM 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 AIM ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
AIM	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die AIM fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p>	d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)

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

AIM	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die AIM ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die AIM 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 AIM 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>
AIM	52d			<p>Keine Bemerkungen</p>	

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

AIM	Übergangsbest.	1 & 2		Die AIM 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.	

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AIM	2	1	a	Keine Bemerkungen	
AIM	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die AIM 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"> In der Fallkonzeption der AIM findet im Rahmen jeder Therapie eine individuelle, fallbezogene Einstiegs, Verlaufs- und Erfolgsbeurteilung statt. 	Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen

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

			<ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer standardisierten Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die AIM schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden Instrumente in einem Modellprojekt auf seine</p>	
--	--	--	--	--

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

				<p>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>	
AIM	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die AIM 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</p>	<p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen.</p> <p>Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>

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

				<p>Jugendlichen, Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die AIM 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>	
AIM	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>
AIM	11b	1		Keine Bemerkungen	
AIM	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die AIM begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der</p>	<p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en</p>

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

				<p>Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die AIM 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 AIM ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p>	<p>psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>
AIM	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>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention 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**

				Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst die AIM 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.	
AIM	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>	Antrag auf Streichung:
AIM	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>	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen.

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

AIM	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung
AIM	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.
AIM	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 : Ausbildungsinstitut (Meilen) für systemische Therapie und Beratung

Abkürzung der Firma / Organisation : AIST

Adresse : Stockerstrasse 45, 8002 Zürich

Kontaktperson : Cornelia Schubert

Telefon : 044/923 03 20

E-Mail : schubert@ausbildungsinstitut.ch

Datum : 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 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
AIST	<p>Das Ausbildungsinstitut Meilen 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 AM 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>
AIST	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das AIST klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Ausbildungsinstitut Meilen 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 AIST 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.
AIST	<p>Inhalte der Vorlage, welche das AIST ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das AIST 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 AIST lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Das AIST 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"> • Das AIST lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das AM verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das AIST 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 AIST 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.
AM	<p>Ergänzungen, welche das AIST 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 AIST 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 AIST braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das AIST 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 AIST eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das AIST 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**

AM	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)
AIST	45-50a			Keine Bemerkungen	
AIST	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>	
AIST	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**

				Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
AIST	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 AIST unbestritten. Das AIST 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 AIST 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 AIST begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das AIST 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 AIST 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 AIST ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
AIST	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 AIST fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.	wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)
AIST	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das AIST ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das AIST 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 AIST 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**

AM	52d			Keine Bemerkungen	
AIST	(neu) 52e			Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html .	Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.
AIST	Übergangsbest.	1 & 2		Das AIST 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.	
AIST	Übergangsbest.	3		Das AIST 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)
AIST	2	1	a	Keine Bemerkungen	
AIST	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Das AIST 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 Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Das AIST 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.	
AIST	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das AIST 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>	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

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

				<p>Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Das AIST 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>	
AIST	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>
AIST	11b	1		Keine Bemerkungen	
AIST	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Das AIST 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 AIST 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>
AIST	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 AIST 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.	
AIST	11b	2		Begrenzung auf 15 Sitzungen Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Antrag auf Streichung: Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
AIST	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
AIST	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.
AIST	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.
AIST	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 : Alexander Ariu
Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Passage du Cardinal 6, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Alexander Ariu

Telefon : 0791926041

E-Mail : alexander.ariu@unifr.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Alexander Ariu	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Alexander Ariu Studierender der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Anna Pfersich

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Rue de Industrie 14, 1700 Fribourg

Kontaktperson :

Telefon :

E-Mail : anna.pfersich@t-online.de

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile</p>

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

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				<p>selbständige Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.</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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aurelia Schuth/ Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Avenue du Midi 7

Kontaktperson : Aurelia Schuth

Telefon : 004915172314847

E-Mail : aurelia.schuth@unifr.ch

Datum : 11.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Aurelia Schuth	Als Bachelorstudent der Psychologie an der Universität Fribourg stimme ich dem Statement, dass von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch wurde, zu.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
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.

Martina Bhend
Seminarstrasse 73
5430 Wettingen

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

AmtL	GP	KUV	OCG	VS	R	ITA/GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG						TG
CC						UV
Int	11. Okt. 2019					
RM						
GB						
GeS						AS Chem
	VA	NCD	Int	BioM	Chem	Str

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Als Absolventin des «Master of Advanced Studies in kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche» der Universitäten Zürich und Fribourg habe ich mit grosser Freude die Eröffnung der Vernehmlassung über die Einführung des Anordnungsmodells zur Kenntnis genommen. Als Fachpsychologin für Psychotherapie nehme ich gerne Stellung dazu.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Fachspezialisten der Psychologie. Sie verfügen über eine fundierte und umfassende Ausbildung, die mit dem Bachelorstudium beginnt und nach 5 Jahren Studium und 4 Jahren postgradualer Psychotherapieweiterbildung in einem eidgenössisch anerkannten Titel zum Psychotherapeuten endet. Alle angehenden psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen setzen sich daher bereits während dem Studium intensiv mit der Psychopathologie, der Diagnose- und der Therapieindikation auseinander. Somit ist die Diagnose- und Therapie-Indikationsstellung ein wesentlicher Bestandteil einer langjährigen professionellen Ausbildung der Psychologen und damit der Tätigkeit psychologischer Psychotherapeuten. Fundiertes störungsspezifisches Wissen und Fähigkeiten zur Psychodiagnostik werden bereits im psychologischen Grundstudium durch die angehenden Psychologen gesammelt und nicht erst nach dem Hauptstudium erworben. Das Anordnungsmodell unterstützt daher eine Profession mit fundiertem Fachwissen und vertieften Fertigkeiten.

Dabei ist zu betonen, dass die von Psychologen benutzten Klassifikationssysteme verschiedener Störungsbilder (DSM-5 und ICD-10) und die damit verbundenen Diagnostikverfahren eben dieser Störungsbilder sich derselben Grundlagen wie die der ärztlichen/psychiatrischen Ausbildung bedienen. Das geplante Anordnungsmodell garantiert aus unserer Sicht daher weiterhin eine für unser Fach valide Diagnostik und damit die Sicherung eines hohen Qualitätsstandards in der psychologischen Psychotherapie, welche keineswegs dem der ärztlichen Psychotherapie unterzuordnen wäre. Vergleichbar ist dabei klar auch die Relevanz der «golden standards» bezüglich der aktuellen Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Psychologischen Psychotherapeuten werden bereits im Studium die Behandlungsleitlinien vermittelt und erlangen damit früh die notwendigen Fachkompetenzen für die Behandlung psychisch kranker Menschen.

Auf Universitätsebene sind in der Psychotherapieforschung die psychologischen Fakultäten führend und konnten zeigen, dass durch die psychologische Psychotherapie bei bestimmten Störungsbildern nachweislich die gleiche Wirksamkeit wie für medikamentöse Behandlungen erreicht wird. Bei Depressionen oder Angststörungen, oder auch bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie Essstörungen oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung übertreffen sie die Wirkung medikamentöser Behandlungen sogar. Dies rechtfertigt aus unserer Sicht die Relevanz der psychologischen Psychotherapie und ermöglicht ein evidenzbasiertes, effizientes Behandlungsangebot für Betroffene.

Psychologische Psychotherapeuten erhalten aktuell psychotherapeutisch und psychodiagnostisch eine umfassendere Ausbildung als andere Fachgruppen in angrenzenden Fachgebieten in der Schweiz, wobei alle heute anerkannten Psychotherapieweiterbildungen vom Bundesamt für Gesundheit in den letzten Jahren in einem aufwendigen Verfahren geprüft und akkreditiert wurden. Die Qualitätssicherung der einzelnen Ausbildungen zum psychologischen Psychotherapeuten wurde damit gesichert. Unser Anliegen, diese Qualität in der uns eigenen Fachdisziplin nach einer soliden Ausbildung eigenständig ausüben zu dürfen, ist daher aus unserer Sicht gerechtfertigt. Das Anordnungsmodell erlaubt uns nach einer qualitativ hochstehenden postgradualen Weiterbildung unsere Fachkompetenz einzusetzen.

Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Jahre 2016 (Stocker et al. 2016, Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz) zeigt, dass in der Schweiz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von einer gravierenden Unterversorgung ausgegangen werden muss. Besonders schwer trifft es den Kinder- und Jugendbereich. Das aktuelle Delegationsmodell nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Da die Grundversicherung die psychologische Psychotherapie nicht übernimmt, können sich die meisten Familien und der Brutto-Normalverdiener in der Schweiz eine Psychotherapie nicht leisten und müssen in psychiatrischen Institutionen bzw. psychiatrischen Praxen teils monatelang auf einen Therapieplatz warten. Das führt dazu, dass gerade jene Bevölkerungsschichten von der Unterversorgung besonders stark betroffen sind, bei denen der Handlungsbedarf am grössten wäre. Zudem könnten viele psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter behandelt werden, bevor eine Chronifizierung oder Ausweitung der Symptomatik stattfindet.

Das Argument der Kostenausweitung der Krankenkassenprämien durch die Einführung des Anordnungsmodells ist dabei genauer zu betrachten. Es ist richtig, dass durch das Anordnungsmodell die Krankenkassenbeiträge von einer Kostensteigerung betroffen sein werden. In diese Rechnung müssen aber auch Kosteneinsparungen miteinfließen, die an anderen Orten gemacht werden können. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Arbeitsausfällen und Frührenten, was nicht nur Folgen für die Betroffenen selbst hat, sondern auch hohe volkswirtschaftliche Kosten mit sich zieht (Arbeitsausfälle am Arbeitsplatz, Anstieg an IV-Kosten, Frührenten, Sozialhilfe etc.). Es ist für Familien oft kostengünstiger, eine alternativmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, welche empirisch in ihrer Wirksamkeit nur wenig überprüft sind. Die Auswahl der Therapiemethode ist demnach nicht störungsspezifisch geleitet, sondern rein finanzieller Art. Das Anordnungsmodell kann der aktuellen Unterversorgung entgegenwirken und psychische Erkrankungen könnten schneller behandelt werden, bevor es durch mangelnde Behandlung zu Chronifizierungen und damit zu Mehrkosten kommt. Auch im Anordnungsmodell muss ein Arzt die psychologische Psychotherapie

verschreiben. Einer Mengenausweitung an Psychotherapien im Sinne von „Seelenmassagen ohne klinische Indikation«, wird damit klar entgegengewirkt.

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

Die Einführung des Anordnungsmodells bietet aus unserer Sicht zudem die Chance, die Wirksamkeit der aktuellen psychotherapeutischen Standardbehandlungsangebote systematisch und schweizweit zu evaluieren und damit signifikant zur Qualitätssicherung oder möglicher Qualitätsverbesserung aktueller Behandlungsangebote (inklusive ärztlicher Psychotherapie) beizutragen und den Erkenntnisgewinn aus der Psychotherapieforschung in der Schweiz zu verbessern. Die Einführung des Anordnungsmodells ist aus unserer Sicht überfällig und unabdingbar, um die psychotherapeutische Versorgungssituation auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern und damit die psychische Volksgesundheit in der Schweiz zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

Martina Bhend



Kontakt:

Martina_bhend@hotmail.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 : Fabio Briner / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Résidence équestre 12, 1748 Prez-vers-Noréaz

Kontaktperson : Fabio Briner

Telefon : 0765186721

E-Mail : fabio.briner@unifr.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 **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
Fabio Briner	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg. In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt. Ich bin mit der Aussage von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch einverstanden.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, 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**

	Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Carina Wolf
Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Avenue Beauregard 16, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Carina Wolf

Telefon : 00 49 170 6688701

E-Mail : carina.wolf@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Carina Wolf	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Carina Wolf Studierende der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Carla Preuß / Hannah Seemann / Lautaro Tesar / Studierende der Universität Fribourg / Hochschule der Künste Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Boulevard de Perolles 91, 1700 Fribourg / Avenue du Midi 7, Fribourg / Stauffacherstraße 24, Bern

Kontaktperson : David Reichmuth, Samantha Rehm, Tom Kirsch

Telefon : 0041 768142206

E-Mail : carla.preuss@unifr.ch/ david.reichmuth@unifr.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 **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
Carla Preuß	Aktuell im Bachelor Studium Psychologie an der Universität Fribourg. Wir teilen die Stellungnahme von Tom Kirsch / Samantha Rehm / David Reichmuth
Hannah Seemann	Aktuell im Bachelor Studium Psychologie an der Universität Fribourg.
Lautaro Tesar	Aktuell im Bachelor Studium Sound Arts, Hochschule der Künste Bern
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in

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

	<p>einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden die Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten 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**

	Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	--

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)
Tom Kirsch/David Reichmuth/Samantha Rehm/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Carlotta Böddeker / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de l'Industrie 14, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Carlotta Böddeker

Telefon : 0049 1577 8986873

E-Mail : carlotta.boeddeker@unifr.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 **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>Bachelorstudentin Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>Diese Stellungnahme ist unabgeändert übernommen / kopiert. Die Vorlage stammt von David Reichmuth, Tom Kirsch und Samantha Rehm / Unifr.</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen:</p> <p>Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie:</p> <p>Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot:</p> <p>Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden die Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Eine Öffnung des Angebotes kann der systembedingten Stigmatisierung und damit verbundenen längerfristigen Kostenerhöhung entgegenwirken.</p> <p>Zudem ist hervorzuheben, dass die von der Allgemeinheit in Form von Steuern erbrachte Investition in zukünftig therapeutisch arbeitende Studenten der Psychologie ganz offensichtlich rentabler wird, wenn die Leistungen dieser Allgemeinheit breiter zugänglich werden.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Carlotta Böddeker / Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Céline Lackner / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : UniFr

Adresse : Burgunderweg 20, 3232 Ins

Kontaktperson : Céline Lackner

Telefon : 078 732 80 66

E-Mail : celine.lackner@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) _____	10
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) _____	12
Weitere Vorschläge _____	13

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	Bachelorstudentin der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg. Als Psychologiestudentin und im Alltag habe ich strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz wahrnehmen können.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen:</p> <p>Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie:</p> <p>Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot:</p> <p>Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : C.G. Jung-Institut Zürich, Küsnacht

Abkürzung der Firma / Organisation : CGJI

Adresse : Hornweg 28, 8700 Küsnacht

Kontaktperson : Renate Daniel

Telefon : 044 914 10 40

E-Mail : vorstandlehre@junginstitut.ch

Datum : 04.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CGJI	<p>Das CGJI 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 CGJI bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p style="background-color: #90EE90;">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> <p>Das CGJI schliesst sich der Stellungnahme an.</p>
CGJI	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das CGJI klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das CGJI 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 CGJI 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.
CGJI	<p>Inhalte der Vorlage, welche das CGJI ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das CGJI 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 CGJI 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 CGJI 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 CGJI lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das CGJI verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das CGJI 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 CGJI 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.
CGJI	<p>Ergänzungen, welche das CGJI 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 CGJI verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenten analog den Ärzten angezeigt ist, was eine Verrechnbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des CGJI braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das CGJI 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 CGJI eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das CGJI 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**

CGJI	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)
CGJI	45-50a			Keine Bemerkungen	
CGJI	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>	
CGJI	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**

				Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
CGJI	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 CGJI unbestritten. Das CGJI 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 CGJI 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 CGJI begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das CGJI 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>Das CGJI 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 CGJI ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
CGJI	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das CGJI 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.	
CGJI	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das CGJI ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das CGJI 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 CGJI 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>
CGJI	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**

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

CGJI	Übergangsbest.	3		Das CGJI 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)
CGJI	2	1	a	Keine Bemerkungen	
CGJI	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Das CGJI 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 	<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>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 Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Das CGJI 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.	
CGJI	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das CGJI 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. Das CGJI 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.	
CGJI	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 [...]
CGJI	11b	1		Keine Bemerkungen	
CGJI	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Das CGJI 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. Das CGJI 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 das CGJI ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p>	
CGJI	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 CGJI 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.	
CGJI	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>
CGJI	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>
CGJI	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**

CGJI	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.
CGJI	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist eher knapp bemessen, kann aber akzeptiert werden.	

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : C.G. Jung-Institut Zürich, Küsnacht

Abkürzung der Firma / Organisation : CGJI

Adresse : Hornweg 28, 8700 Küsnacht

Kontaktperson : Renate Daniel

Telefon : 044 914 10 40

E-Mail : vorstandlehre@junginstitut.ch

Datum : 04.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17. Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) _____	5
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) _____	10

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
CGJI	<p>Das CGJI 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 CGJI bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p style="background-color: #90EE90;">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> <p>Das CGJI schliesst sich der Stellungnahme an.</p>
CGJI	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das CGJI klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das CGJI 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 CGJI 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.
CGJI	<p>Inhalte der Vorlage, welche das CGJI ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das CGJI 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 CGJI 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 CGJI 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 CGJI lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das CGJI verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Das CGJI 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 CGJI 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.
CGJI	<p>Ergänzungen, welche das CGJI 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 CGJI 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 CGJI braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Das CGJI 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 CGJI eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das CGJI 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**

CGJI	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)
CGJI	45-50a			Keine Bemerkungen	
CGJI	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>	
CGJI	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**

				Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
CGJI	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 CGJI unbestritten. Das CGJI 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 CGJI 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 CGJI begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für das CGJI 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>Das CGJI 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 CGJI ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
CGJI	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das CGJI 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.	
CGJI	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das CGJI ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet das CGJI 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 CGJI 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>
CGJI	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**

CGJI	(neu) 52e			<p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p>	<p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <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>
CGJI	Übergangsbest.	1 & 2		<p>Das CGJI 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**

CGJI	Übergangsbest.	3		Das CGJI 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)
CGJI	2	1	a	Keine Bemerkungen	
CGJI	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Das CGJI 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 	<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>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 Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Das CGJI 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.	
CGJI	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das CGJI 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>	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

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

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

CGJI	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.
CGJI	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 : Corina Schneider/ Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Hofmatt 8, 2555 Brügg

Kontaktperson : Corina Schneider

Telefon : 079 882 57 67

E-Mail : corina.schneider@unifr.ch

Datum : 14.10.19

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 **14. 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
Corina Schneider/ Unifr	
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologie als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen:</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten

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

	<p>werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben</p>

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Corina Schneider/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : David Elmiger / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Avenue du Midi 25, 1700 Fribourg

Kontaktperson : David Elmiger

Telefon : 0763409221

E-Mail : david.elmiger@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt.</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem:</p> <p>Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung:</p> <p>Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Deborah Sciascia / étudiante à l'Université de Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Chemin du Cloître de là 12, 1860 Aigle

Kontaktperson : Deborah Sciascia

Telefon : 0798836581

E-Mail : deborah.sciascia@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt.</p> <p>I agree with the statement written by David Reichmuth, Samantha Rehm and Tom Kirsch.</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem:</p> <p>Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung:</p> <p>Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
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.

FACULTÉ DE DROIT

Av. du 1^{er}-Mars 26
CH-2000 Neuchâtel

Neuchâtel, le 14 octobre 2019

Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset
Par la division Prestations de l'assurance-ma-
ladie / OFSP

Par courriel

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS (psychothérapies pratiquées par des psycho-
logues) / Procédure de consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Anne-Sylvie Dupont
Professeur ordinaire
Chaire de droit de la sécurité sociale
anne-sylvie.dupont@unine.ch
+41 32 718 15 54

Donnant suite à votre invitation du 26 juin dernier, publiée sur le site Internet de la Confédération, je vous adresse en annexe ma prise de position concernant la modification de l'OAMal et de l'OPAS citée sous rubrique.

Vous souhaitant bonne réception de la présente et de ses annexes, je vous prie de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de ma respectueuse considération.



Anne-Sylvie Dupont
Professeure ordinaire aux facultés de droit de
Neuchâtel et Genève

FACULTÉ DE DROIT

Secrétariat
Av. du 1^{er}-Mars 26
CH-2000 Neuchâtel
Tél: +41 (0)32 718 12 00
Fax: +41 (0)32 718 12 01
secretariat.droit@unine.ch

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des 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 : Professeure Anne-Sylvie Dupont, Facultés de droit, Universités de Neuchâtel et Genève

Abréviation de l'entreprise / organisation :

Adresse : Avenue du 1^{er}-Mars 26, 2000 Neuchâtel

Personne de référence :

Téléphone : 032 718 15 54

Courriel : anne-sylvie.dupont@unine.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 **date** aux adresses suivantes :
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Eleni Kupferer

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Centralstrasse 14

Kontaktperson :

Telefon : 0049 17684642481

E-Mail : elenimaria-sophie.kupferer@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile 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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Eloïse Apothéloz / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue Centrale 14, 1022 Chavannes-près-Renens

Kontaktperson : Eloïse Apothéloz

Telefon : 0774851481

E-Mail : eloise.apotheloz@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Eloïse Apothéloz	Bachelor en psychologie à l'université de Fribourg. I agree with the statement written by David Reichmuth, Samantha Rehm and Tom Kirsch.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

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

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Emil Kane Nissen / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Route Wihelm-Kaiser 6, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Emil Kane Nissen

Telefon : 0764366911

E-Mail : emil.nissen@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Emil Kane Nissen	Bachelor in Psychologie, Uni Fribourg. Ich stimme der Aussage von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch zu!
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

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

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
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**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) _____	10
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) _____	12
Weitere Vorschläge _____	13

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found. Rrustemi</p>	<p>I am a psychology student and I agree with this statement written by David Reichmuth, Samantha Rehm and Tom Kirsch.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologie als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch- psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation :

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse :

Kontaktperson :

Telefon :

E-Mail :

Datum :

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 **14. 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
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile 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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
3003 Bern
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Zürich, 16. Oktober 2019

Stellungnahme von FH SCHWEIZ zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen gerne Stellung im Vernehmlassungsverfahren zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

FH SCHWEIZ ist die Dachorganisation der regionalen und nationalen Organisationen der Absolventinnen und Absolventen von Fachhochschulen. FH SCHWEIZ zählt über 48 000 Mitglieder und vertritt die Interessen sämtlicher Absolventinnen und Absolventen der Fachhochschulfachbereiche Technik und Informationstechnologie, Architektur, Bau- und Planungswesen, Chemie und Life Sciences, Land- und Forstwirtschaft, Wirtschaft und Dienstleistungen, Angewandte Psychologie, Angewandte Linguistik, Gesundheit, Soziale Arbeit, Sport sowie Künste und Design. Der Fachbereich angewandte Psychologie ist eine bedeutende Disziplin der Fachhochschulausbildungen. 223 Personen haben im Jahr 2018 einen Bachelor oder Masterabschluss an einer Fachhochschule im Bereich angewandte Psychologie abgeschlossen (Quelle: BFS).

Nachfolgende Anmerkungen möchten wir im Namen unserer Mitglieder mit Abschluss in Angewandter Psychologie an einer Schweizer Fachhochschulen speziell betonen:

FH SCHWEIZ unterstützt die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP. Zugelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sollen auf ärztliche Anordnung hin alle psychotherapeutischen Leistungen selbständig und auf eigene Rechnung erbringen können. Dies verbessert den Zugang zur Psychotherapie, Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken werden abgebaut und die Qualität der Leistungserbringung wird erwartungsgemäss verbessert. Die Anordnungsvoraussetzungen bzw. der Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte unterstützen wir, denn dadurch wird der niederschwellige Zugang zur Psychotherapie gesichert. Das erhöht die rechtzeitige Versorgung der Patientinnen und Patienten und kann durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte langfristig Kosten im Gesundheitssystem einsparen.

Von einer Beschränkung auf 30 Sitzungen ebenso wie auf eine stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ist abzusehen. Das zusätzliche klinische Jahr muss bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren möglich sein. Die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung sollte gestrichen werden. Der Bericht zum Antrag um Fortsetzung der Therapie muss zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. Die im Vorschlag definierte Einführung einer Einstiegs-, Verlauf- und Erfolgsdiagnostik lehnt FH SCHWEIZ ab.

Für FH SCHWEIZ wurden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Die Ausbildungsplätze müssen langfristig sichergestellt werden. Dies könnte allenfalls durch eine Praxisassistenz analog den Ärztinnen und Ärzten mit Verrechnbarkeit in der OKP umsetzbar sein. Die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen ist in der Vorlage unklar. Es bräuchte weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Für Personen mit ausländischem Diplom wäre ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 einer Schweizer Amtssprache als Zulassungskriterium wünschenswert.

Herzlichen Dank für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse



Katja Iseli
Vorstandsmitglied FH SCHWEIZ



Claudia Heinrich
Leiterin Public Affairs FH SCHWEIZ

Anhang:
- ausgefülltes Formular

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
3003 Bern
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Zürich, 16. Oktober 2019

Stellungnahme von FH SCHWEIZ zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen gerne Stellung im Vernehmlassungsverfahren zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

FH SCHWEIZ ist die Dachorganisation der regionalen und nationalen Organisationen der Absolventinnen und Absolventen von Fachhochschulen. FH SCHWEIZ zählt über 48 000 Mitglieder und vertritt die Interessen sämtlicher Absolventinnen und Absolventen der Fachhochschulfachbereiche Technik und Informationstechnologie, Architektur, Bau- und Planungswesen, Chemie und Life Sciences, Land- und Forstwirtschaft, Wirtschaft und Dienstleistungen, Angewandte Psychologie, Angewandte Linguistik, Gesundheit, Soziale Arbeit, Sport sowie Künste und Design. Der Fachbereich angewandte Psychologie ist eine bedeutende Disziplin der Fachhochschulausbildungen. 223 Personen haben im Jahr 2018 einen Bachelor oder Masterabschluss an einer Fachhochschule im Bereich angewandte Psychologie abgeschlossen (Quelle: BFS).

Nachfolgende Anmerkungen möchten wir im Namen unserer Mitglieder mit Abschluss in Angewandter Psychologie an einer Schweizer Fachhochschulen speziell betonen:

FH SCHWEIZ unterstützt die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP. Zugelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sollen auf ärztliche Anordnung hin alle psychotherapeutischen Leistungen selbständig und auf eigene Rechnung erbringen können. Dies verbessert den Zugang zur Psychotherapie, Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken werden abgebaut und die Qualität der Leistungserbringung wird erwartungsgemäss verbessert. Die Anordnungsvoraussetzungen bzw. der Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte unterstützen wir, denn dadurch wird der niederschwellige Zugang zur Psychotherapie gesichert. Das erhöht die rechtzeitige Versorgung der Patientinnen und Patienten und kann durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte langfristig Kosten im Gesundheitssystem einsparen.

Von einer Beschränkung auf 30 Sitzungen ebenso wie auf eine stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ist abzusehen. Das zusätzliche klinische Jahr muss bereits während der Weiterbildung und

auch unter der Leitung einer Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren möglich sein. Die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung sollte gestrichen werden. Der Bericht zum Antrag um Fortsetzung der Therapie muss zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. Die im Vorschlag definierte Einführung einer Einstiegs-, Verlauf- und Erfolgsdiagnostik lehnt FH SCHWEIZ ab.

Für FH SCHWEIZ wurden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Die Ausbildungsplätze müssen langfristig sichergestellt werden. Dies könnte allenfalls durch eine Praxisassistenten analog den Ärztinnen und Ärzten mit Verrechenbarkeit in der OKP umsetzbar sein. Die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen ist in der Vorlage unklar. Es bräuchte weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Für Personen mit ausländischem Diplom wäre ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 einer Schweizer Amtssprache als Zulassungskriterium wünschenswert.

Herzlichen Dank für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse



Katja Iseli
Vorstandsmitglied FH SCHWEIZ



Claudia Heinrich
Leiterin Public Affairs FH SCHWEIZ

Anhang:
- ausgefülltes Formular

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

Abkürzung der Firma / Organisation : FH SCHWEIZ

Adresse : Konradstrasse 6, 8005 Zürich

Kontaktperson : Claudia Heinrich

Telefon : 043 244 74 59

E-Mail : claudia.heinrich@fhschweiz.ch

Datum : 16. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FH SCHWEIZ	FH SCHWEIZ unterstützt die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP. Zugelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sollen auf ärztliche Anordnung hin alle psychotherapeutischen Leistungen selbständig und auf eigene Rechnung erbringen können. Dies verbessert den Zugang zur Psychotherapie, Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken werden abgebaut und die Qualität der Leistungserbringung wird erwartungsgemäss verbessert. Die Anordnungsvoraussetzungen bzw. der Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte unterstützen wir, denn dadurch wird der niederschwellige Zugang zur Psychotherapie gesichert. Das erhöht die rechtzeitige Versorgung der Patientinnen und Patienten und kann durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte langfristig Kosten im Gesundheitssystem einsparen.
FH SCHWEIZ	Von einer Beschränkung auf 30 Sitzungen ebenso wie auf eine stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ist abzusehen. Das zusätzliche klinische Jahr muss bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren möglich sein. Die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung sollte gestrichen werden. Der Bericht zum Antrag um Fortsetzung der Therapie muss zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. Die im Vorschlag definierte Einführung einer Einstiegs-, Verlauf- und Erfolgsdiagnostik lehnt FH SCHWEIZ ab.
FH SCHWEIZ	Für FH SCHWEIZ wurden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Die Ausbildungsplätze müssen langfristig sichergestellt werden. Dies könnte allenfalls durch eine Praxisassistenten analog den Ärztinnen und Ärzten mit Verrechnbarkeit in der OKP umsetzbar sein. Die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen ist in der Vorlage unklar. Es bräuchte weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Für Personen mit ausländischem Diplom wäre ein Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 einer Schweizer Amtssprache als Zulassungskriterium wünschenswert.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des 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 : Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education, Université de Genève

Abréviation de l'entreprise / organisation : FPSE

Adresse : 40, Bd du Pont d'Arve

Personne de référence : Prof. Mireille Betrancourt, Doyenne de la FPSE

Téléphone : 022 379 90 01

Courriel : doyen-fpse@unige.ch

Date : 07.10.2019

Remarques importantes :

1. Veuillez n'effectuer aucun changement dans le format du formulaire et ne remplir que les champs gris.

3 Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.

4 Veuillez envoyer votre prise de position au **format Word** avant le **date** aux adresses suivantes :

Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques générales	
Nom/entreprise	Commentaires/remarques
Error! Reference source not found. —FPSE	La FPSE, d'abord en tant qu'institution de formation de psychologues au niveau du bachelor, de la maîtrise et des formations post-grade menant à la certification fédérale de spécialiste en psychothérapie, ensuite à titre de prestataire en psychologie clinique et psychothérapie dans le cadre du Pôle Cité FPSE, salue le projet de modification de l'OaMal et de l'OPAS concernant la psychothérapie pratiquée par des psychologues.
Error! Reference source not found. —FPSE	<i>Autonomie des psychologues psychothérapeutes</i> L'évolution de la pratique des psychothérapies pratiquée par des psychologues représente une suite logique à l'entrée en vigueur de la loi sur la psychologie (LPsy) en 2013. La LPsy articulée à l'Ordonnance sur les professions relevant du domaine de la psychologie (OPsy), reconnaît le titre de psychologue-psychothérapeute et surtout, règlemente l'acquisition du titre fédéral en assurant la qualité scientifique et clinique des formations par le biais de l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP). Pour rappel, la Suisse est désormais dotée d'un système qui prévoit un parcours en moyenne de 10 ans de formation pour les psychologues avec un titre de spécialisation (3 ans de Bachelor et 2 ans de Master en cursus académique ; 4 à 6 ans de formation post-grade qui répond à des standards de qualité AAQ). Cette formation très exigeante garantit la qualité des prestations offertes aux patient-e-s ; elle dépasse les exigences de formation d'autres professionnels de la santé dont les prestations sont reconnues dans la OaMal sous prescription médicale. Le changement vers un modèle des prestations de psychothérapie par prescription, et l'admission des psychologues-psychothérapeutes dans l'OAMal au même titre que d'autres professionnels de la santé s'effectuent donc dans un cadre parfaitement règlementé. Dans ces circonstances, le modèle de délégation des psychothérapies sous l'autorité d'un médecin psychiatre est caduque.
Error! Reference source not found. —FPSE	<i>Bases et principes scientifiques de la formation en psychothérapie,</i> Au niveau de la formation à la pratique de la psychothérapie, la formation de psychologue-psychothérapeute est en tout point comparable à celle des psychiatres-psychothérapeutes. Nous notons également que la majorité des formations accréditées en psychothérapie de l'Arc lémanique réunissent les psychologues et psychiatres dans la même formation, avec des critères d'accréditation au titre de psychothérapeute tout-à-fait équivalents. Cet état de fait date depuis plusieurs décennies déjà, et les preuves scientifiques les plus récentes suggèrent que la formation de base (psychiatrie vs psychologie) n'a aucun effet sur l'efficacité du traitement, quelle que soit la sévérité de l'atteinte psychique du patient ¹ .

¹Lambert M.J. (Ed.) (2013), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition). Hoboken, NJ: Wiley and sons.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des 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 manière générale, il est important de rappeler que les fondements scientifiques de l'efficacité des psychothérapies sont établis sur la base de traitements menés par des psychothérapeutes, principalement des psychologues ou professionnels en santé mentale formés spécifiquement à un modèle de psychothérapie². Les psychiatres psychothérapeutes qui participent à ces études sont très minoritaires, et de surcroît, les traitements psychothérapeutiques évalués sont rarement menés sous la supervision de psychiatre-psychothérapeutes. Ainsi, le modèle actuel de délégation est davantage lié à l'historique du soin psychiatrique en Suisse, et doit être actualisé en lien avec les recherches les plus récentes dans le domaine.

Nous nous réjouissons de pouvoir désormais fonder le travail des psychologues-psychothérapeutes en harmonies avec les résultats scientifiques les plus probants. Au niveau de la formation, l'OFSP accrédite les programmes de formation menant au titre de psychologue-psychothérapeute qui respectent les critères qualités érigés pour la pratique de la psychothérapie. Nous souhaitons souligner que le premier principe des standards de qualité pour les formations menant au titre fédéral de psychologue-psychothérapeute (point 3.1) stipule que :

- a) La formation post-grade transmet des connaissances et un savoir-faire étendus, scientifiquement et empiriquement fondés, applicables au traitement psychothérapeutique d'un large éventail de troubles et maladies psychiques
- b) Les contenus de la formation post-grade correspondent aux connaissances scientifiques actuelles dans la spécialité.

Ainsi, si les fondements scientifiques de la pratique de la psychothérapie se sont étayés en grande partie sur le travail de psychologues-psychothérapeutes, et que la formation est désormais dotée d'un organe de contrôle et de régulation, les conditions mènent nécessairement à une réforme du modèle de délégation vers un modèle de prescription.

Nous attirons l'attention sur la nécessité de veiller à ce qu'une pluralité de dispositifs spécifiques aux psychologues en formation restent possibles afin d'assurer la relève de la profession.

² Layard R., Clark D.M.(2014). *Thrive: The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*. Penguin

Lambert M.J. (Ed.) (2013), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition). Hoboken, NJ: Wiley and sons.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des 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>Error! Reference source not found.—FPSE</p>	<p><i>Prescription et mesures d'efficacité de la prise en charge psychothérapeutique</i></p> <p>La prescription de la psychothérapie pouvant être effectuée par tout médecin titulaire d'un titre post-grade fédéral (Art 11b OPAS) nous semble également une avancée cruciale en santé mentale en Suisse. À l'heure actuelle en Suisse, 41% du total de la pratique du diagnostic psychiatrique est effectué par des médecins généralistes et internistes³. Les médecins généralistes et internistes sont amenés à prescrire des psychotropes, et en suivant les directives de la société suisse de psychiatrie, la prescription de psychotropes (comme par exemple des antidépresseurs) doit être accompagnée d'une psychothérapie⁴. Les médecins généralistes et internistes sont donc bel et bien compétents en matière de prescription de psychothérapie. Ainsi, la pratique actuelle de collaboration des psychologues psychothérapeutes avec généralistes, pédiatres, neuropédiatres et autres médecins spécialistes non-psychiatres qui réfèrent des patients pour soin psychothérapeutique ne sera que mieux encadrée dans le cadre d'un nouveau modèle de prescription, tout en respectant les guidelines proposées par la société suisse de psychiatrie.</p> <p>Par ailleurs, la recherche scientifique montre que l'accès aux soins dans un délai court améliore l'effet psychothérapeutique et le pronostic, et de nombreux pays ont entamé des campagnes nationales pour permettre l'accès aux soins psychothérapeutiques, notamment au Canada⁵, au Royaume-Uni⁶ et en Australie⁷. En effet, un patient en détresse psychologique ou psychosomatique ne consulte généralement pas un psychiatre en première instance, alors qu'une prise en charge psychothérapeutique non médicale dans les meilleurs délais peut s'avérer un remède efficace, améliorant ainsi l'accès aux soins de santé mentale. Cette mesure présente également l'avantage d'une meilleure intégration des psychologues-psychothérapeutes dans les réseaux de soins et favorise la collaboration entre psychologues et médecins.</p>
--	--

³ <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-328/Prescription-des-psychotropes-au-cabinet-medical>

⁴ Conus P., Preisig M., Bondolfi G., Kaiser, S., Kramer U., Perroud N., Euler S.(2019). Psychiatrie : recommandations thérapeutiques suisses. *Revue Médicale Suisse*, 15(N° 632-633):101-103.

⁵ Bradley S., Drapeau M. (2014). Increasing access to mental health care through government-funded psychotherapy: The perspectives of clinicians. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(2), 80–89. <http://doi.org/10.1037/a0036453>

⁶ Department of Health. (2008). *Improving access to physiological therapies: Implementation plan: National guidelines for regional delivery*. (iapt.nhs.uk/silo/files/implementation-plan-national-guidelines-for-regional-delivery.pdf)

⁷ Australian Government Department of Health. (2013, 9 May). *Better access to psychiatrists, psychologists and general practitioners through the MBS (Better Access) initiative*. (www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba)

Field Code Changed

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques concernant le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)					
Nom/entreprise	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Error! Reference source not found. —FPSE	46		g	Pas de remarques	
Error! Reference source not found. —FPSE	50c			La FPSE est favorable à l'ajout d'une année d'une expérience interprofessionnelle et la confrontation à un large éventail de troubles. Cependant nous estimons que cette pratique doit être exercée durant la formation postgrade et sous la direction d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral.	
Error! Reference source not found. —FPSE	52d			Pas de remarques	
Error! Reference source not found.					

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

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

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

Nom/entreprise	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
Error! Reference source not found. —FPSE	2-3	Pas de remarques	
Error! Reference source not found. —FPSE	11b	Pas de remarques	
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference			

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Frank Ryser / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Moosstrasse 19, 8954 Geroldswil

Kontaktperson : Frank Ryser

Telefon : 079 907 25 56

E-Mail : frank.ryser@bluewin.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Frank Ryser/ Universität Fribourg	Bachelorstudent an der Universität Fribourg. Ich selbst habe vor dem Studium, als Patient, Defizite im Bereich der psychischen Grundversorgung festgestellt. Der Zugang zu Therapie ist erschwert, (Insbesondere für Menschen aus bescheidenen finanziellen Hintergründen) sodass die Menschen ihre Probleme erst sehr spät feststellen. Dies führt letztlich zu mehr Kosten für das Gesundheitswesen (auf die lange Sicht). Aufgrund diesen und weiteren Gründen unterstütze Ich diese Stellungnahme der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Frank Ryser/ Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
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.

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

Parere di

Nome / ditta / organizzazione: Gruppo Ticinese Perfezionamento Professionale in Psichiatria
(Istituti di formazione ISFM in Psichiatria Psicoterapia – Canton Ticino)

Sigla della ditta / dell'organizzazione: GTPPP

Indirizzo: c/o segreteria di Direzione OSC – Via Luganetto 5 – 6962 Viganello

Persona di contatto: Dott. Lorenza Bolzani

Telefono: 091 971 32 21

E-mail: l.bolzani@clinicaviarnetto.ch

Data: 07.10.2019

Indicazioni importanti:

1. La preghiamo di non modificare la formattazione del modulo e di compilare unicamente i campi di colore grigio.
2. Utilizzare una sola riga per ciascun articolo, capoverso e lettera o per ciascun capitolo del rapporto esplicativo.
3. La invitiamo a inviare il Suo parere in formato Word per e-mail entro il/ l' **data** ai seguenti indirizzi e-mail:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Grazie per la collaborazione!

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

Osservazioni generali	
Nome/ditta	Osservazione/suggerimento
	Il GTPPP, che raggruppa i Primari degli istituti riconosciuti per la formazione in Psichiatria e Psicoterapia in Ticino, dopo condivisione tra i suoi membri sulle problematiche, vi sottopone le seguenti osservazioni:
	<p>Tenuto conto dell'attuale programma di formazione in psichiatria e psicoterapia, che tolto l'anno in medicina somatica, si svolge su 5 anni (tempo durante il quale gli specializzandi imparano a gestire una casistica psichiatrica generale e una tecnica psicoterapeutica sia da un punto di vista teorico che pratico) riteniamo che la prescrizione della psicoterapia psicologica debba essere limitata agli specialisti in materia e non può essere fatta da tutti i medici di altre specialità che di fatto non hanno nessuna conoscenza né in psichiatria né in psicoterapia e quindi non sono competenti.</p> <p>Siamo convinti che gli specialisti in Psichiatria e Psicoterapia siano in grado di porre indicazioni e contro-indicazioni chiare alla psicoterapia in generale (medica e psicologica). Le indicazioni pertinenti consentono di esercitare un filtro e anche di contenere eventuali errori o abusi di prescrizione e quindi un aumento di costi a carico della LaMAL sicuramente significativo.</p> <p>Inoltre, le prescrizioni fatte dagli specialisti in materia tengono conto di eventuali patologie psichiatriche e di comorbidità psico-somatiche che a nostro parere i colleghi di altre specialità non sono in grado di inquadrare</p>
	Considerata l'esperienza condivisa con gli specialisti che sul territorio conducono delle psicoterapie mediche non possiamo essere d'accordo sulla diminuzione delle sedute coperte dalla LaMAL. Riteniamo anche che il certificato per il prolungamento non possa essere fatto da medici non specialisti in materia.
	Le istituzioni psichiatriche, che sul territorio vengono riconosciute per la formazione di medici specializzandi in Psichiatria Psicoterapia e Psicologi Psicoterapeuti, ritengono che l'assenza di indicazioni condotte da specialisti crei un divario tra pazienti psichiatrici affetti da patologie o disagi gravi (gestiti nelle istituzioni) e "casi (apparentemente "light") presi in carico da psicologi e psicoterapeuti (con aumento dei costi sanitari)

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Psychotherapie Haueter

Adresse : Aavorstadt 37, 5600 Lenzburg

Kontaktperson : 076 746 46 77

Telefon : haueter@fsp-hin.ch

E-Mail : 06.10.2019

Datum

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
Aurea Haueter	Als Psychologin und angehende Psychotherapeutin (Absolventin des Studiengangs „Master of Advanced Studies in Kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ der Universitäten Zürich und Fribourg) bestätige ich die Stellungnahme der Weiterbildungsteilnehmenden, eingereicht von Felicitas Forrer, Universität Fribourg, datiert vom 24.09.2019 zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie, welche ich Ihnen ebenfalls angehängt habe.

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.

Stellungnahme von

Weiterbildungsteilnehmende des MAS in Kognitiver
Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und
Jugendliche der Universitäten Zürich und Fribourg

Kontaktperson:
Felicitas Forrer
Universität Fribourg
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Rue P.A. de Faucigny 2
1700 Fribourg

Email: felicitas.forrer@unifr.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Fribourg und Zürich, 24.09.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Absolventen/innen des «Master of Advanced Studies in kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche» der Universitäten Zürich und Fribourg haben mit grosser Freude die Eröffnung der Vernehmlassung über die Einführung des Anordnungsmodells zur Kenntnis genommen. Als angehende psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen wir gerne Stellung dazu.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Fachspezialisten der Psychologie. Sie verfügen über eine fundierte und umfassende Ausbildung, die mit dem Bachelorstudium beginnt und nach 5 Jahren Studium und 4 Jahren postgradualer Psychotherapieweiterbildung in einem eidgenössisch anerkannten Titel zum Psychotherapeuten endet. Alle angehenden psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen setzen sich daher bereits während dem Studium intensiv mit der Psychopathologie, der Diagnose- und der Therapieindikation auseinander. Somit ist die Diagnose- und Therapie-Indikationsstellung ein wesentlicher Bestandteil einer langjährigen professionellen Ausbildung der Psychologen und damit der Tätigkeit psychologischer Psychotherapeuten. Fundiertes störungsspezifisches Wissen und Fähigkeiten zur Psychodiagnostik werden bereits im psychologischen Grundstudium durch die angehenden Psychologen gesammelt

und nicht erst nach dem Hauptstudium erworben. Das Anordnungsmodell unterstützt daher eine Profession mit fundiertem Fachwissen und vertieften Fertigkeiten.

Dabei ist zu betonen, dass die von Psychologen benutzten Klassifikationssysteme verschiedener Störungsbilder (DSM-5 und ICD-10) und die damit verbundenen Diagnostikverfahren eben dieser Störungsbilder sich derselben Grundlagen wie die der ärztlichen/psychiatrischen Ausbildung bedienen. Das geplante Anordnungsmodell garantiert aus unserer Sicht daher weiterhin eine für unser Fach valide Diagnostik und damit die Sicherung eines hohen Qualitätsstandards in der psychologischen Psychotherapie, welche keineswegs dem der ärztlichen Psychotherapie unterzuordnen wäre. Vergleichbar ist dabei klar auch die Relevanz der «golden standards» bezüglich der aktuellen Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Psychologischen Psychotherapeuten werden bereits im Studium die Behandlungsleitlinien vermittelt und erlangen damit früh die notwendigen Fachkompetenzen für die Behandlung psychisch kranker Menschen.

Auf Universitätsebene sind in der Psychotherapieforschung die psychologischen Fakultäten führend und konnten zeigen, dass durch die psychologische Psychotherapie bei bestimmten Störungsbildern nachweislich die gleiche Wirksamkeit wie für medikamentöse Behandlungen erreicht wird. Bei Depressionen oder Angststörungen, oder auch bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie Essstörungen oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung übertreffen sie die Wirkung medikamentöser Behandlungen sogar. Dies rechtfertigt aus unserer Sicht die Relevanz der psychologischen Psychotherapie und ermöglicht ein evidenzbasiertes, effizientes Behandlungsangebot für Betroffene.

Psychologische Psychotherapeuten erhalten aktuell psychotherapeutisch und psychodiagnostisch eine umfassendere Ausbildung als andere Fachgruppen in angrenzenden Fachgebieten in der Schweiz, wobei alle heute anerkannten Psychotherapieweiterbildungen vom Bundesamt für Gesundheit in den letzten Jahren in einem aufwendigen Verfahren geprüft und akkreditiert wurden. Die Qualitätssicherung der einzelnen Ausbildungen zum psychologischen Psychotherapeuten wurde damit gesichert. Unser Anliegen, diese Qualität in der uns eigenen Fachdisziplin nach einer soliden Ausbildung eigenständig ausüben zu dürfen, ist daher aus unserer Sicht gerechtfertigt. Das Anordnungsmodell erlaubt uns nach einer qualitativ hochstehenden postgradualen Weiterbildung unsere Fachkompetenz einzusetzen.

Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Jahre 2016 (Stocker et al. 2016, Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz) zeigt, dass in der Schweiz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von einer gravierenden Unterversorgung ausgegangen werden muss. Besonders schwer trifft es den Kinder- und Jugendbereich. Das aktuelle Delegationsmodell nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Da die Grundversicherung die psychologische Psychotherapie nicht übernimmt, können sich die meisten Familien und der Brutto-Normalverdiener in der Schweiz eine Psychotherapie nicht leisten und müssen in psychiatrischen Institutionen bzw. psychiatrischen Praxen teils monatelang auf einen Therapieplatz warten. Das führt dazu, dass gerade jene Bevölkerungsschichten von der Unterversorgung besonders stark betroffen sind, bei denen der Handlungsbedarf am grössten wäre. Zudem könnten viele psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter behandelt werden, bevor eine Chronifizierung oder Ausweitung der Symptomatik stattfindet.

Das Argument der Kostenausweitung der Krankenkassenprämien durch die Einführung des Anordnungsmodells ist dabei genauer zu betrachten. Es ist richtig, dass durch das Anordnungsmodell die Krankenkassenbeiträge von einer Kostensteigerung betroffen sein werden. In diese Rechnung müssen aber auch Kosteneinsparungen miteinfließen, die an anderen Orten gemacht werden können. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Arbeitsausfällen und Frührenten, was nicht nur Folgen für die Betroffenen selbst hat, sondern auch hohe volkswirtschaftliche Kosten mit sich zieht (Arbeitsausfälle am Arbeitsplatz, Anstieg an IV-Kosten, Frührenten, Sozialhilfe etc.). Es ist für Familien oft kostengünstiger, eine alternativmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, welche empirisch in ihrer Wirksamkeit nur wenig überprüft sind. Die Auswahl der Therapiemethode ist demnach nicht störungsspezifisch geleitet, sondern rein finanzieller Art. Das Anordnungsmodell kann der aktuellen Unterversorgung entgegenwirken und psychische Erkrankungen könnten schneller behandelt werden, bevor es durch mangelnde Behandlung zu Chronifizierungen und damit zu Mehrkosten kommt. Auch im Anordnungsmodell muss ein Arzt die psychologische Psychotherapie verschreiben. Einer Mengenausweitung an Psychotherapien im Sinne von „Seelenmassagen ohne klinische Indikation«, wird damit klar entgegengewirkt.

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

Die Einführung des Anordnungsmodells bietet aus unserer Sicht zudem die Chance, die Wirksamkeit der aktuellen psychotherapeutischen Standardbehandlungsangebote systematisch und schweizweit zu evaluieren und damit signifikant zur Qualitätssicherung oder möglicher Qualitätsverbesserung aktueller Behandlungsangebote (inklusive ärztlicher Psychotherapie) beizutragen und den Erkenntnisgewinn aus der Psychotherapieforschung in der Schweiz zu verbessern. Die Einführung des Anordnungsmodells ist aus unserer Sicht überfällig und unabdingbar, um die psychotherapeutische Versorgungssituation auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern und damit die psychische Volksgesundheit in der Schweiz zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname	Name
Beata	Willi
Bettina	Schmutz
Christoph	Engel
Inés	Mosler

Judith	Gerber-Fischer
Julia	Ulrich
Katharina	Noir-Kahlo
Kerstin	Stülb
Leonie	Vogt
Nelly	Böller
Pascale	Hächler
Patricia	Müller-Schönenberger
Patrizia	Rungg
Petra	Gisler
Rahel	Flückiger
Romina	Rodriquez
Sabine	Hambrecht
Samuel	Egli
Tanja	Sretenovic
Ursina	Waldburger
Tilla	Aegerter
Angela	Sonderegger
Nadja	Brandenberger
Simone	Bulliard
Jacqueline	Cherbuin
Fabienne	Felten
Lidia	Fraga
Aurea	Haueter
Daniela	Ijacic
Emilija	Nikolic
Lisa	Oeschger
Klara	Sarwa-Chwirot
Solmaz	Sattarzadeh
Monika	Schneebeli
Julia	Spitzli-Flückiger
Sara	Stadelmann
Cecile	Stirnimann
Melanie	Stöckli Clavadetscher
Astrid	von Büren Jarchow
Svjetlana	Abgottspon
Barbara	Bader
Martina	Hess
Nadine	Messerli-Bürgy
Christa	Rütter
Monika	Schmid
Nadine	Schmidt
Rebecca	Thoma

Nina	Walpoth
Azzurra	Di Stefano
Fabienne	Heiniger
Isabel	Cabrer Alvarez
Kathrin	Scholler
Kathrin	Thomann
Martina	Riva
Nadine	Burtscher
Nils Jonas	Bugge
Patrick	Bätschmann
Sabrina	Meier
Silke	Schurig
Stephanie	Bader
Marvin	Helbing
Felicitas	Forrer

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Route des Arsenaux 35, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Eva Huguenin-Elie

Telefon : 0787493577

E-Mail : eva.huguenin-elie@unifr.ch

Datum : 11.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **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.	BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Eva Huguenin-Elie/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
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**

Diese Stellungnahme ersetzt die erste Fassung der Stellungnahme des IÖST ohne amtliches Formular, eingereicht Anfang Sept. 2019

Name / Firma / Organisation : **Institut für ökologisch-systemische Therapie, Akkreditierte Weiterbildungsstätte für Psychotherapie**

Abkürzung der Firma / Organisation : IÖST

Adresse : Klosbachstr. 123, 8032 Zürich

Kontaktperson : Barbara Ganz und Bernadette Ruhwinkel

Telefon : 052 213 14 10

E-Mail : barbara.ganz@hin.ch

Datum : 8.10.19

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17. Oktober 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
IÖST	<p>Das Institut IÖST begrüsst den Schritt, dass Psychologen selbstverantwortlich abrechnen können sehr.</p> <p>Seit Jahrzehnten setzen wir uns als Fort- und Weiterbildungsinstitut für eine fundierte, praxisnahe Weiterbildung für Psychotherapeuten ein. Das heisst, dass wir schon immer Ärzte und Psychologen gemeinsam ausgebildet haben und dabei auf eine klinisch fundierte Weiterbildung geachtet haben. Wir plädieren für eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe von Ärzten und Psychologen. Nur so können die Herausforderungen der Zukunft gemeistert werden.</p> <p>Wir bedauern, dass die Weiterbildungsinstitute und Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Die Versorgungslücken werden mit dem jetzigen Vorschlag zum Anordnungsmodell nicht ausreichend gemindert. Die sozialpsychiatrische Grundversorgung, die Krisenintervention, Kinder und ältere sowie chronisch kranke Menschen bleiben aussen vor.</p>
IÖST	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das IÖST klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das IÖST ist 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.
IÖST	<p>Inhalte der Vorlage, welche das IÖST ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem jetzigen Vorschlag zum Anordnungsmodell ist die festgestellte Versorgungslücke durch den Gesetzesentwurf nicht gedeckt. Genau die erwähnten Menschen (Sozialpsychiatrische Grundversorgung, Krisenintervention, ältere Menschen und Kinder mit Familien) können damit nicht ausreichend versorgt werden. • Das IÖST 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 IÖST 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 IÖST 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. • Ebenso müssen die Ausbildungsstätten gesetzlich verpflichtet sein, geeignete Ausbildungsplätze bereit zu stellen. • Das IÖST lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Das IÖST verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Wenn eine Sitzungsdauer erwähnt werden sollte, muss diese im Bereich der Kinder-, Jugend-, Familien- und Paartherapie sowie für multidisziplinäre Standorte und Kriseninterventionen zwingend flexibler sein. • Das IÖST 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 IÖST lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab. Die Wirksamkeit der Methode ist durch das Akkreditierungsverfahren des BAG für alle Ausbildungsinstitute erbracht. Eine aufwändige Diagnostik kommt der Behandlung nicht zu gute, braucht viel Zeit, wirft fragen zum Datenschutz auf und führt zu einer Kostensteigerung.
IÖST	<p>Ergänzungen, welche das IÖST 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 IÖST 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 IÖST braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Eine Besitzstandswahrung im Sinne, dass alle Eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten bzw. delegiert arbeitenden Psychologen selbstverantwortlich abrechnen können, lehnen wir ab. Für alle die über die Grundversicherung abrechnen wollen, muss zwingend 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**

	geforderte Anzahl Jahre klinische Erfahrung in einer Einrichtung der psychiatrischen Grundversorgung absolviert werden, sowie ein Studium in Psychologie und eine abgeschlossene anerkannte Psychotherapieweiterbildung vorliegen.
--	--

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
IÖST	50c	1	a & b	<p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Eine Besitzstandswahrung im Sinne, dass alle Eidg. anerkannten Psychotherapeuten bzw. delegiert arbeitenden Psychologen selbstverantwortlich abrechnen können, lehnen wir ab. Für alle die über die Grundversicherung abrechnen wollen, muss zwingend drei Jahre Erfahrung, wovon zwei in einer Einrichtung der psychiatrischen Grundversorgung absolviert werden, ein Studium in Psychologie sowie eine abgeschlossene anerkannte Psychotherapieweiterbildung vorliegen. Bisher wurde nicht von allen eine klinische Praxis mit schweren psychischen Störungen vorausgesetzt. Wir stellen daher die umfassende Besitzstandswahrung in Frage. Damit wird die Ausbildung hoch gehalten und die Mengenausweitung begrenzt werden.</p>	Ein abgeschlossenes Psychologiestudium und eine anerkannte Psychotherapieausbildung, sowie die geforderten klinischen Erfahrungsjahre, sind für alle, die über die Grundversorgung abrechnen, Voraussetzung.
IÖST	50c	1	c	<p>Zusätzliche klinische Erfahrung von 12 Monaten nach Abschluss</p> <p>Grundsätzlich befürworten wir zwei klinische Jahre, aber als Bestandteil der Weiterbildungszeit, entsprechend den Assistenzärzten. Dies würde aber eine Anpassung des PsyG erfordern und eine Verpflichtung der Kliniken beinhalten Ausbildungsplätze bereit zu stellen.</p>	<p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der</p>

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

			<p>Da vor allem im Bereich von Menschen mit schwereren psychischen Störungen ein ausgeprägter Mangel besteht, begrüsst das IÖST eine Vertiefung der klinischen Ausbildung von Psychologen.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen bei weitem nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine gravierende 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). Oder aber das Delegationsmodell für Psychologen in Ausbildung weitergeführt wird.</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 IÖST 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</p>	<p>Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p> <p>Wenn ein Psychotherapeut die neuen Kriterien für eine selbständige Tätigkeit im Anordnungsmodell nicht erfüllt, kann dieser keine angeordnete Therapie durchführen. Für diese Personen sowie für Psychologen in Weiterbildung besteht die Möglichkeit der Delegation im Sinne einer Besitzstandswahrung weiter.</p>
--	--	--	--	--

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

				<p>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 IÖST ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
IÖST	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das IÖST ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die IÖST 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 IÖST folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. 	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p>
IÖST	Übergangsbest.	1 & 2		Ein Jahr ist ausreichend, falls geregelt ist, wie die	Weiterzubildende können auch 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**

				Weiterzubildenden während ihrer Weiterbildungszeit weiter beschäftigt werden können und die Weiterbildungsplätze gesichert sind.	Zukunft in Delegation weiter beschäftigt werden.
--	--	--	--	--	--

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
IÖST	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Das IÖST 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, teuer, zeitaufwändig und nicht den schwerer kranken Patienten zumutbar.</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. • Sozialpsychiatrische Patienten sind im aktuellen Gesetzesentwurf nicht ausreichend berücksichtigt. Eine Verlaufsdiagnostik würde die Attraktivität diese Klientel zu behandeln weiter schmälern. 	
IÖST	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das IÖST ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient).</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere Kriseninterventionen, Abklärungen bei Kindern</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>und Jugendlichen, Familien- und Paartherapien sowie Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit erschwert würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Das IÖST 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>	
IÖST	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>
IÖST	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</p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach</p>

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

				<p>streichen.</p> <p>Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst das IÖST den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann.</p> <p>Die Krisen- und Notfallversorgung ist die Herausforderung der Zukunft. Wir können ihr gerecht werden, wenn die Psychologen integriert sind. Das bedingt allerdings eine Notfallversorgung ohne Anordnung.</p>	<p>Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p> <p>Eine einmalige Notfallversorgung ist ohne Anordnung durch einen Arzt möglich.</p>
IÖST	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>
IÖST	11b	3		<p>Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez.</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</p>

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

				der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
IÖST	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
IÖST	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.
IÖST	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, wenn eine praktikable Lösung für die Kandidaten in Weiterbildung steht.	

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Isabella Müller

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Route du Mont-Carmel 21, 1762

Kontaktperson : Isabella Müller

Telefon : +491627581662

E-Mail : isabella.mueller@unifr.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Isabella Müller	Aktuell im Bachelorstudium der Psychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeut geregelt., Somit ist die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Isabella Müller	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Jacob Riedel / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de l'Industrie, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Jacob Riedel

Telefon : 0049 175 5377392

E-Mail : jacob.riedel@unifr.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 **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>Bachelorstudent Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>Praktikant am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie bei Prof. Dr. Simone Munsch vom 15.09.2018 bis 30.06.2019</p> <p>Vorsitzender der Fachschaft Psychologie der Universität Fribourg.</p> <p>Diese Stellungnahme ist minimal abgeändert übernommen. Die Vorlage stammt von David Reichmuth, Tom Kirsch und Samantha Rehm / Unifr.</p> <p>Änderungen finden sich unter «Auswirkungen» (2. Absatz).</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufesgesetz (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>mehr- delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. <u>Dies liegt daran, dass</u> im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie:</p> <p>Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels</p>

Commented [SM1]: Ich finde den Ansatz, diesen Missstand hier aufzuzeigen sehr gut. Verstehe aber nicht ganz alles und würde darum diesen Passus noch einmal überarbeiten.

Commented [SR2R1]: Tom hat schon überarbeitet

Commented [SM3]: Ganze Ref als Fussnote

Commented [DR4R3]: asd

² [Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. \(2016\). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit](#)

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

Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

▲
In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

▲
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Dies ist kein valides Argument, da in anderen Ländern dafür andere Berufsgruppen (vor allem nichtärztliche Fachkräfte) die niedrigere Dichte an

Formatted: Font: Not Bold

Formatted: Space Before: 6 pt, After: 6 pt, Line spacing: At least 13 pt, Pattern: Clear

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt, German (Germany)

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt, German (Germany)

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

Psychiatern ausgleichen. In der Schweiz existiert hingegen ein Mangel an nichtärztlichen Fachkräften (BASS S. 16). Daher hinkt auch der Vergleich mit dem in Deutschland eingeführten Anordnungsmodell als Gegenargument für die Einführung eines ähnlichen Modells in der Schweiz.³ Weiterhin wird in der Schweiz ein Nachwuchsmangel an Psychiatern erwartet, welcher durch andere Berufsgruppen ausgeglichen werden muss (BASS S. 17). Zudem arbeiten nicht alle Psychiater Vollzeit und der Kopf-Anteil an Psychiatern ist daher kein Argument für ein ausreichendes Angebot, wenn diese nur in Teilzeit ihre Versorgung anbieten.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten ~~aus der Psychiatrie~~ «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.⁴

~~Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung zugenommen (BASS S. 37)~~

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin,

³ <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2019.17757/>

⁴ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

Commented [SM5]: Ev. etwas weniger hier auf die Psychiater verweisen als auf Inhalte....

Formatted: Space Before: 0 pt, After: 0 pt, Line spacing: single, Pattern: Clear (White)

Formatted: Font color: Custom Color(RGB(33;33;33)), German (Germany)

Formatted: German (Germany)

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

da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Inanspruchnahme:

Das häufig genannte Argument, dass es unter dem Anordnungsmodell zu einer Mengenausweitung komme, die sich nicht am Bedarf, sondern am gesteigerten Angebot orientiere, betrachten wir nur als teilweise richtig. Gemäss dem Monitoring Bericht «psychische Gesundheit in der Schweiz (2016)» kam es schon zwischen den Jahren 2010 und 2015 zu einem Anstieg von 20% an Patienten in ambulanten psychiatrischen Praxen. So steigerte sich also selbst unter dem Delegationsmodell die Anzahl an Patienten um einen fast Drittel innerhalb von 5 Jahren.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, ~~ieser Anstieg~~ zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und im schlimmsten Falle, unter bei Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste Zentral ist, dass unserediese Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Commented [SM6]: Ich würde dieses Argument eher weglassen und betonen, dass Psychologen ja nicht unter Delegation und unter Anordnung **sondern neu nur unter dem letzteren Modell arbeiten würden**. Dann kann gesagt werden, dass die Grundversorgung nur für psychische Probleme mit klinischer Relevanz gelten soll. Weiter bin ich ihrer Meinung, dass bei Vorliegen einer psychischen Störung der Staat die Behandlung über die Grundversicherung sicher stellen muss.

Commented [DR7R6]: asd

Formatted: Not Highlight

Commented [SM8]: Aus meiner Sicht müsste dies hier die zentrale Aussage sein.

Commented [DR9R8]: asd

Formatted: Not Highlight

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

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS-Studie S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

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

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodell weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.

2.7 Kostenübernahme

Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.

3 Auswirkungen

4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden die Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.

Eine Öffnung des Angebotes kann der systembedingten Stigmatisierung und damit verbundenen längerfristigen Kostenerhöhung entgegenwirken.

Zudem ist hervorzuheben, dass die von der Allgemeinheit in Form von Steuern erbrachte Investition in zukünftig therapeutisch arbeitende Studenten der Psychologie ganz offensichtlich rentabler wird, wenn die Leistungen dieser Allgemeinheit breiter zugänglich 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**

	Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.
	<p><u>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</u></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)
Jacob Riedel / Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes <u>für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung</u> oder einer <u>Fachärztin für Psychiatrie eingeführt wird.</u></p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität <u>hierbei</u> ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen <u>Erfahrungen</u> innerhalb <u>einer</u> Einrichtung unter Leitung <u>eines</u> Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. <u>Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität.</u> Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p><u>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</u></p>

Formatted Table

Commented [SM10]: sicher? Lernen Sie psychologische PT von Psychiatern? Vielmehr sollten psychologische PT eine breite Palette an Störungsbildern sehen, dies ist meist in öffentlichen Institutionen der Fall, wird sich aber ändern, wenn die Psychol. PT von der Grundversicherung gedeckt wird. Die Evidenz die sie zitieren, stammt allermeinstens aus der ambulanten PT, von Psychologen wie Ihnen und mir entwickelt und evaluiert....

Commented [DR11R10]: asd

Commented [SM12]: Hier ev. argumentieren, dass im Sinne der Interprofessionalität Psychologen mit psychologischer PT Weiterbildung auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden können und umgekehrt.

Commented [DR13R12]: asd

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

				fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige Tätigkeit vorbereitet wird. <u>Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.</u>	
Error! Reference source not found.					
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Jacob Sellmaier
Studierender der Universitäten Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Boulevard de Perolles 32, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Jacob Sellmaier

Telefon : 0767990732

E-Mail : jacob.sellmaier@unifr.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Jacob Sellmaier	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Jacob Sellmaier Studierender der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Jade Henchoz / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de l'Industrie 28, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Jade Henchoz

Telefon : 0792981699

E-Mail : jade.henchoz@unifr.ch

Datum : 10.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found. Henchoz</p>	<p>Psychologiestudentin an der Universität von Freiburg, stimme ich der Erklärung von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Jade Ueberschaer / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue Kaiser Wilhelm 2, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Jade Ueberschaer

Telefon : 0791976882

E-Mail : jade.ueberschaer@unifr.ch

Datum : 13.10.19

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@baq.admin.ch ; gever@baq.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Jade Ueberschaer Error! Reference source not found.</p>	<p>I agree with the statement written by David Reichmuth, Samantha Rehm and Tom Kirsch.</p> <p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none">- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde. <p>Anmerkung: Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³</p>
--	--

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

	<p>Inanspruchnahme:</p> <p>Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.</p> <p>Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.</p> <p>Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.</p> <p>Über-, Unter- und Fehlversorgung</p> <p>Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:</p> <p>Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung 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**

durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche

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

	<p>Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.</p> <p>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	--

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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				<p>selbständige Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.</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**

Stellungnahme von Aurélie Salamin

Name / Firma / Organisation : Jan-Philip Knirsch / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de l'Industrie 28, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Jan-Philip Knirsch

Telefon : 0763214091

E-Mail : jan-philip.knirsch@unifr.ch

Datum : 09.10.2019

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der
Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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>Jan-Philip Knirsch Aurélie Salamin (I agree with this statement written by David Reichmuth, Samantha Rehm and Tom Kirsch)</p>	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg. In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt.</p>
	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und –therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PSYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : KlinPsy UBERN

Adresse : Fabrikstrasse 8, 3012 Bern

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

Telefon : 031 631 34 07

E-Mail : thomas.berger@psy.unibe.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KlinPsy UBERN	<p>Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern begrüsst den Wechsel zum Anordnungsmodell vorbehaltlos.</p> <p>Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern bedankt sich beim Bundesrat für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung in Bezug auf die Änderung der KVV (SR 832102) und der KLV (SR 832.112.31) im Hinblick auf die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Wir begrüssen gemeinsam mit Professorinnen und Professoren der Klinischen Psychologie an anderen Schweizer Universitäten den Wechsel zum Anordnungsmodell vorbehaltlos und bedanken uns auch beim BAG und dessen Gremien für die aus unserer Sicht hervorragenden Vorarbeiten.</p>
KlinPsy UBERN	<p>Ausgangslage: Das Delegationsmodell ist obsolet und muss abgeschafft werden.</p> <p>Das Delegationsmodell beruht auf einem Bundesgerichtsentscheid (BGE 107 V 46) von 1981 und wurde explizit als Übergangsregelung bis zur gesetzlichen Regelung der Berufe der psychologischen Psychotherapeuten bezeichnet. Seit Inkrafttreten des PsyG und der Verordnung über die Psychologieberufe (PsyV ; SR 935.811) am 1.4.2013 ist deren Aus- und Weiterbildung sowie Berufsausübung auf hohem Niveau national einheitlich geregelt.</p> <p>Die von uns und an allen Schweizer Universitäten angebotene Ausbildung in Psychologie bzw. Klinischer Psychologie und Psychotherapie und die eidgenössisch akkreditierten Institute zur Weiterbildung in Psychotherapie (gemäss AkkredV-PsyG, Art. 2 Abs. 1 Bst. a¹) vermitteln die notwendigen Kompetenzen zur autonomen Ausübung des Berufs eines psychologischen Psychotherapeuten / einer psychologischen Psychotherapeutin vollumfänglich.</p> <p>Im Studium der Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie erwerben die Studierenden umfassende und breit angelegte Grundlagen zu allgemeinen Inhalten der Psychologie (Persönlichkeits-, Kognitive Psychologie, Emotions-, Sozialpsychologie, Neuropsychologie, Neurowissenschaften, Psychopharmakologie etc.) sowie vertiefte Kenntnisse in Klinischer Psychologie und Psychotherapie.</p> <p>Die akkreditierten Weiterbildungsinstitute vermitteln die zur autonomen Berufsausübung notwendige klinische Expertise. Diese beinhaltet neben der Kenntnis um wirksame Interventionen, die Psychodiagnostik und deren Integration in die Fallplanung (Indikation), die klinische Kompetenz bei der Durchführung und Anpassung von Behandlungsverfahren im Verlauf einer Therapie, die interpersonale Expertise, die kontinuierliche</p>

¹ SR 935.811.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KlinPsy UBERN	2	1		Keine Bemerkungen	
KlinPsy UBERN	3			Die Reduktion der Sitzungsdauer von 90 auf 60 Minuten ist nicht zweckdienlich.	

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

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

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

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

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Route-Neuve 24, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Jacqueline Koll

Telefon : 0767391386

E-Mail : jacqueline.koll@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	<p>Bachelorstudentin der Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>In meinem Studium, sowie durch einige Praktika im Bereich der klinischen Psychologie und Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg, habe ich bereits erste Erfahrungen mit den strukturellen Defiziten und Zugangshürden, sowie mit der Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz sammeln müssen. Als zukünftige Psychotherapeutin ist es mir ein grosses Anliegen, etwas an dieser Situation zu ändern. Aus diesem Grund unterstütze ich die unten aufgeführten Aussagen meiner Mitstudenten David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch.</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch- psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Jacqueline Koll/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation: Prof. Dr. Jens Gaab, Universität Basel, Fakultät für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : KPPT Unibas

Adresse : Missionsstrasse 62-64, 4055 Basel

Kontaktperson : Prof. Dr. Jens Gaab

Telefon :

E-Mail : jens.gaab@unibas.ch

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KPPT Unibas	Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie begrüss t die geplante Neureglung ausdrücklich , da damit ein verbesserter Zugang zur Psychotherapie, eine verbesserte Versorgung in Krisen- und Notfallsituationen und eine Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung ermöglicht wird.
KPPT Unibas	Die Psychotherapie ermöglicht eine kosteneffiziente Behandlung von psychischen Störungen und Mitbehandlung von somatischen Erkrankungen und das Anordnungsmodell ermöglicht die dringend notwendige Weiterentwicklung des Behandlungsangebots von psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen.
KPPT Unibas	Das Anordnungsmodell wird die Entwicklung kosteneffizienter Behandlungsangebote in unterversorgten Populationen und Regionen ermöglichen und damit massgeblich zur psychischen Gesundheit und Produktivität in der Schweiz beitragen.
KPPT Unibas	Das Anordnungsmodell führt die vollwertige Anerkennung der Psychologie (PsyG) und Psychotherapie (PsyV) konsequent und unter Einhaltung der WZW-Kriterien weiter und wird damit endlich die Diskriminierung von Psychologinnen und Psychologen sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beenden.

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)
KPPT Unibas	45-50b			-	-
KPPT Unibas	50c	1	c	<p>Der Nachweis von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung nach Erlangung des Weiterbildungstitels in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung (..) unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für (...) ist abzulehnen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zwar die Verlängerung der klinischen Erfahrung um 12 Monate prinzipiell plausibel, es fehlt aber die wissenschaftliche Evidenz eines nachweisbaren Nutzens. 2. Zweitens ist es nicht ersichtlich, ob das entsprechende Mehrangebot an verfügbaren Stellen im klinischen Kontext bereitgestellt werden und wie diese dann angeboten werden. Die Handreichung zu einer weiteren finanziellen Ausbeutung von dann eidgenössisch anerkannten psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unbedingt zu vermeiden. 3. Die Bedingung die zusätzlichen 12 Monate nach Erlangen des Weiterbildungstitel und damit Erhalt der eidgenössischen Anerkennung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut widerspricht nicht nur den «Qualitätsstandards – Akkreditierung von 	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>c. Vor oder nach der Erlangung des Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten in einem stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Anwendungsbereich eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung einer Fachperson für 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>Weiterbildungsgängen in Psychotherapie» («Qualifizierung der Absolventinnen und Absolventen zu fachlich und zwischenmenschlich kompetenten Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie ihre Befähigung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung») sondern ist auch nicht notwendig, da während der mindestens vierjährigen Psychotherapieweiterbildung in der Regel mehr als zwei Jahre Praxiserfahrung gesammelt beziehungsweise absolviert werden.</p> <p>4. Die Anforderung die zusätzliche Praxis unter Leitung einer Psychiaterin oder eines Psychiaters beziehungsweise im Kontext einer psychiatrischen Einrichtung ist diskriminierend, wissenschaftlich unbegründet und schliesst Erfahrungsmöglichkeiten in wichtigen Tätigkeitsbereichen von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie beispielsweise die Psychoonkologie, Schlafmedizin und Orthopädie, grundsätzlich aus.</p> <p>Entsprechend erfüllt der geforderte Nachweis von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung nach Erlangung des Weiterbildungstitels sowie unter psychiatrischer Obhut die WZW-Kriterien nicht.</p>	
KPPT Unibas	50c	2		<p>In Art. 50c Abs. 2 ausschliesslich stationären Einrichtungen (5.2.1 und 5.2.2) aufgeführt Organisationen der psychologischen Psychotherapie nach Art 52d und die unter psychologischer Leitung stehen sollten aus zwei Gründen als Weiterbildungsstätten zugelassen werden:</p> <p>1. Die empirischen Befunde zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von</p>	<p>Ergänzung [...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden. Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie</p>

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

				<p>Psychotherapie wurden in der Regel im ambulanten Setting und durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht. Es besteht also empirischer Grund, dass die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen, und sie müssten dort ergänzt werden.</p> <p>2. Die Entwicklung und Bereitstellung kosteneffizienter und nicht-stationärer Behandlungsangebote ist aus Gründen der Kosteneffizienz das Gebot der Stunde und Exklusivität stationären Einrichtungen in Art. 50c Abs. 2 genügt nicht den WZW-Kriterien.</p>	B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]
KPPT Unibas	52d			-	-
KPPT Unibas	Übergangsbest.	1 & 2			
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
KPPT Unibas	2,1,a	-	
KPPT Unibas	2,1,b	Der Einsatz einer umfassenden Diagnostik über den gesamten Verlauf einer Psychotherapie ist dann sinnvoll, wenn die damit erzielten Informationen zeitnah von Behandelnden sowie Behandelten in der Psychotherapie berücksichtigt werden. Eine Diagnostik zu ausschliesslichen Kontroll- und Evaluationszwecken ist unethisch, unwirtschaftlich, aufwändig und datenschutzrechtlich bedenklich. Der zweckmässige und ethisch-vertretbare Einsatz einer umfassenden Diagnostik über den gesamten Verlauf einer Psychotherapie wäre erst nach wissenschaftlicher Evaluation und umfangreichen Praxistests möglich und sinnvoll.	Änderung Sie umfasst eine Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten, sofern deren Einsatz wissenschaftlich evaluiert und sich in der Praxis bewährt hat.
KPPT Unibas	3	Die Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer ist abzulehnen da das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden zu einem unverhältnismässigen Mehraufwand bei Leistungserbringenden, Krankenkassen und Behandelten führt. Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten und 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.	Änderung Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen.
KPPT Unibas	11,b,5	Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der

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

			Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
--	--	--	---

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

Vorlage von Jan-Phillip Knirsch Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Laila Honkomp/ Studierender der Universität
Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Chemin de la Fenettaz, 1722 Fribourg

Kontaktperson : Laila Honkomp

Telefon :0775301181

E-Mail : laila.honkomp@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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
Jan-Philip Knirsch	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg. In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt.</p>
	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p> <p>In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

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

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt. So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.

2.7 Kostenübernahme

Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.

3 Auswirkungen

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

	<p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Laura Rösch / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Forstweg 65, 3012 Bern

Kontaktperson : Laura Rösch

Telefon : 079 362 63 42

E-Mail : laura.roesch@unifr.ch

Datum : 13.10.19

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 **14. 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	
Laura Rösch Unifr	Ich stimme der Stellungnahme von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch zu.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt. Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)					
Laura Rösch Unifr	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Leonida Januzaj / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse :

Kontaktperson : Leonida Januzaj

Telefon :

E-Mail : leonida.januzaj@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt.</p>
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem:</p> <p>Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung:</p> <p>Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen:</p> <p>Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie:</p> <p>Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot:</p> <p>Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Leonida Januzaj	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found. Leonida Januzaj				Ich stimme der Stellungnahme von David Reichmuth, Samanta Rehm und Tom Kirsch zu.	

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Lisa Guth / Unifr

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Route Wilhelm Kaiser 6 1700 Fribourg

Kontaktperson : Lisa Guth

Telefon : +49 15730708705

E-Mail : lisa.guth@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Lisa Guth/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Luisa Däschle / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Chemin de bonlieu 5, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Luisa Däschle

Telefon : 017698531351

E-Mail : luisa.daeschle@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Luisa Däschle	Bachelorstudentin an der Universität Fribourg. Ich stimme der Aussage von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch zu.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieausbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeutin geregelt. Somit ist die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

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

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Marc Suter / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Impasse de la Fôrret 5, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Marc Suter

Telefon : +41 76 722 42 03

E-Mail : marc.suter@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

**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
Marc Suter/ Unifr	BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg. In meiner Tätigkeit in der Fachschaft für Psychologie der Universität Fribourg sowie im «Student committee for equality in Swiss psychotherapy» (SCESP) habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz beobachtet und verfolgt.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Marc Suter/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Miriam Thoma/ Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de Morat 8, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Miriam Thoma

Telefon : +49 17696585283

E-Mail : miriam@familie-thoma.eu

Datum : 13.10.2019

**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
Miriam Thoma	Ich möchte hiermit meine vollkommene Zustimmung mit dem Statement von Tom Kirsch, David Reichmuth und Samantha Rehm bekunden.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

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

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found. Miriam Thoma				Mit den obigen Anmerkungen stimme ich vollständig überein.	

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.

Department of psychology/ Departement für Psychologie
Dr. Marius Rubo
Clinical Psychology and Psychotherapy / Klinische
Psychologie und Psychotherapie
Rue Petermann-Aymon-de-Faucigny 2
CH-1700 Freiburg

T +41 26 300 76 61
marius.rubo@unifr.ch
<https://www3.unifr.ch/psycho/de/forschungseinheiten/klipsy/>
<https://www3.unifr.ch/psycho/de/forschungseinheiten/chipsy.html>

Freiburg, 16. Oktober 2019

Vernehmlassung zum Anordnungsmodell

Wir als akademischer Mittelbau der Universität Fribourg haben die Debatte um die Einführung des Anordnungsmodells in der Psychotherapie aufmerksam verfolgt und erlauben uns in dieser Stellungnahme unseren eigenen Standpunkt darzulegen. Uns ist nicht entgangen, dass die Debatte in letzter Zeit zunehmend hitzig geführt wurde. Während etwa die einen das gegenwärtige Delegationsmodell schlicht als ein Modell der «Kooperation zwischen den beteiligten Professionen» umschreiben, vergleichen es andere in drastischen Worten mit einem Zuhältersystem, da PsychiaterInnen derzeit frei entscheiden dürfen, welchen Anteil der durch die angestellten PsychotherapeutInnen erwirtschafteten Einnahmen sie an diese weitergeben. Wir als akademischer Mittelbau möchten die juristischen oder ethischen Implikationen dieser Form der Arbeitsteilung nicht weiter ausführen, sondern sehen unsere Aufgabe darin, vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse widerzugeben, die für die politische Entscheidungsfindung aus unserer Sicht relevant sind und bisher zu wenig Beachtung gefunden haben.

Zunächst wird aus unserer Sicht häufig nur unpräzise dargestellt, welchen Platz die Psychotherapie in der medizinischen Versorgung einnimmt. In einigen Kommentaren wurde Psychotherapie in der Vergangenheit mit Umschreibungen wie «den Menschen zuhören» oder «Empathie entgegenbringen» belegt oder gar als Fortführung der kirchlichen Seelsorge dargestellt. Diese Beschreibungen sind verkürzt und irreführend. Tatsächlich wurden im Bereich der Psychotherapie in den letzten Jahren spezialisierte Verfahren entwickelt, die, von ExpertInnen durchgeführt, bei einigen Störungen nachweislich die Wirkung medikamentöser Behandlung erreichen (z.B. Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, ADHS), bei einigen weiteren, teils sehr gravierenden Störungen die Wirkung der verfügbaren Psychopharmaka sogar deutlich übertreffen (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Essstörungen, Schlafstörungen (Insomnien), Borderline-Persönlichkeitsstörung). Die von ausgebildeten ExpertInnen durchgeführte Psychotherapie stellt heute einen besonders leistungsfähigen Bereich der Medizin dar, ist wissenschaftlich hervorragend abgesichert und in der modernen Patientenversorgung fest etabliert. Da psychologische

PsychotherapeutInnen genauso gut ausgebildet sind wie FachärztInnen (an fünf Jahre Studium schliesst sich eine vierjährige eidgenössisch anerkannte Weiterbildung an), erscheint ihr Bestreben, den Beruf eigenständig auszuüben, angemessen.

Neben einer Betrachtung der Debatte aus Patientensicht ist die Gesellschaft zurecht auch an der durch Psychotherapie entstehenden Kostenlast für die Allgemeinheit interessiert. In letzter Zeit war hier mitunter von einer drohenden Kostenausweitung durch die Einführung des Anordnungsmodells zu lesen. Wichtig aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist jedoch, dass zwar die Krankenkassen und damit die Kassenbeiträge von einer Kostensteigerung betroffen sein werden, jedoch davon auszugehen ist, dass diese Kosten durch Einsparungen an anderer Stelle ausgeglichen werden. In der Betrachtung der Kosten-Nutzen-Relation darf nämlich nicht unterschlagen werden, dass psychische Störungen nicht nur erhebliches individuelles Leid verursachen, sondern zudem zu den gesundheitlichen Problemen mit dem stärksten negativen Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit gehören. In einer gross angelegten Studie [1] wurde die ambulante Psychotherapie von über 1700 PatientInnen mit unterschiedlichsten Störungen wissenschaftlich begleitet und der Verlauf der Krankheitslast dokumentiert. Neben einer deutlichen Milderung des persönlichen Leids wurde in einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Schätzung ein Return on Investment von etwa 300% ermittelt. Für jeden durch die Krankenkassen für die Psychotherapie eingesetzten Franken konnte die Gesellschaft an anderer Stelle also durch resultierende Produktivitätssteigerungen etwa 3 Franken einsparen bzw. gewinnen. Die Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie hängt natürlich davon ab, welchen Personen eine psychotherapeutische Behandlung zuteil wird. Würden anstelle von PatientInnen mit krankheitswertigen psychischen Problemen fälschlicherweise Personen mit «Befindlichkeitsstörungen» ohne Krankheitswert einer Behandlung zugeführt, so müsste von einer negativen volkswirtschaftlichen Bilanz ausgegangen werden. Die genannte Studie fusst jedoch auf Daten von PatientInnen in Deutschland, wo die psychotherapeutische Versorgung bereits analog des Schweizerischen Anordnungsmodells geregelt ist. Wenn also einzelne Kommentatoren (wie etwa Erich Seifritz in einem Beitrag in der NZZ vom 09.04.2019) das deutsche System als Negativbeispiel heranziehen und die volkswirtschaftlichen Folgen eines solchen Systems als «verheerend» bezeichnen, ist dies auf der Grundlage der verfügbaren (und frei im Internet einsehbaren) Datenlage schlicht nicht nachzuvollziehen. Das Anordnungsmodell würde stattdessen eine segensreiche medizinische Entwicklung für eine breitere Gruppe von Betroffenen verfügbar machen und sich dabei in den Dienst der Schweizer Volkswirtschaft stellen.

Ein weiteres Problem des Delegationsmodells betrifft aus unserer Sicht die Steuergerechtigkeit unter den Schweizer BürgerInnen. Während nämlich auch einkommensschwächere Bevölkerungsschichten die Steuerlast mittragen, durch welche Studienplätze in der Psychologie überhaupt angeboten werden können (mit fünfstelligen Kosten pro Studierendem pro Jahr), bleiben ihnen die «Früchte» dieser gesellschaftlichen Investition, d.h. der Zugang zu ausgebildeten PsychotherapeutInnen in der Regel verwehrt. Selbst wohlhabendere PatientInnen, welche eine Psychotherapie privat bezahlen, erhalten hierbei also noch eine Subvention von Personen, die sich diese medizinische Dienstleistung selbst gar nicht leisten können. Dieser häufig vernachlässigte, aber vor den

BürgerInnen schwer zu begründende Missstand würde durch das Anordnungsmodell aufgelöst.

Die Einführung des Anordnungsmodells bietet des Weiteren die Chance, eine flächendeckende Evaluierung von Verlauf und Wirksamkeit von Psychotherapien zu etablieren. Dies würde einerseits der Qualitätssicherung zugutekommen. Obwohl die Weiterentwicklung von Psychopharmaka in den letzten Jahrzehnten enttäuschend verlaufen ist (siehe auch <https://www.srf.ch/news/panorama/neue-studie-antidepressiva-wirken-kaum-besser-als-placebo>), während gleichzeitig Psychotherapieverfahren fortlaufend verbessert werden konnten, krankt die Psychotherapieforschung weiterhin an einem Investitionsstau, der sich auf eine mangelnde privatwirtschaftliche Verwertbarkeit hierbei gewonnener Erkenntnisse zurückführen lässt. Dieser Missstand wurde 2012 prominent im Editorial der renommierten Fachzeitschrift *Nature* thematisiert ("Studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported.", [2]) und besteht weiterhin. Das Anordnungsmodell in Verbindung mit einer breit implementierten Evaluation von Psychotherapien würde wichtige Impulse für die Psychotherapieforschung setzen und darüber hinaus dazu beitragen, den Forschungsstandort Schweiz weiter auszubauen.

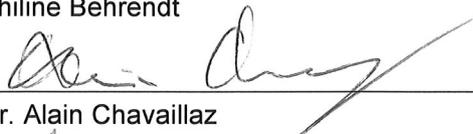
Das Anordnungsmodell spiegelt insgesamt die fest etablierte Rolle der Psychotherapie in der modernen Gesundheitsversorgung psychisch kranker Personen wider, würde sich durch die Steigerung der Arbeitsproduktivität betroffener Personen positiv auf die Schweizer Volkswirtschaft auswirken, eine eklatante Steuerungsgerechtigkeit beseitigen und könnte zudem genutzt werden, um die Psychotherapieforschung und den Forschungsstandort Schweiz zu stärken. Aus Sicht des akademischen Mittelbaus der Universität Fribourg ist die Einführung des Anordnungsmodells in der Psychotherapie richtig und überfällig.

1. Wittmann W, Lutz W, Steffanowski A, Kriz D, Glahn EM, Voelkle M, et al. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Abschlussbericht (Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V). 2011.
2. Therapy deficit. *Nature*. 2012 Sep;489(7417):473–4. Available from: <https://doi.org/10.1038%2F489473b>

Die VertreterInnen des Mittelbaus des Psychologischen Institutes der Universität Fribourg:



Philine Behrendt



Dr. Alain Chavaille



Mareike Groene

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

Abkürzung der Firma / Organisation : UNIFR

Adresse : Rue de l'Industrie 28, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Améthyste Molin

Telefon : 0768222356

E-Mail : amethyste.molin@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	I share the opinion of David Reichmuth, Samantha Rehm and Tom Kirsch.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Naina Walia
Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : En Genevrex 11, 1772 Grolley

Kontaktperson : Naina Walia

Telefon : 0767496957

E-Mail : naina.walia@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Naina Walia	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeut geregelt., Somit ist die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile 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**

	Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Naina Walia Studierende der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Niklaus Affolter
Studierender der Universitäten Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Jurastrasse 10, 4566 Oekingen

Kontaktperson : Niklaus Affolter

Telefon : 0793978082

E-Mail : niklaus.affolter@unifr.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Niklaus Affolter	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und –therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	<p>Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Niklaus Affolter Studierender der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				<p>Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.</p>	
--	--	--	--	--	--

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Pascal Pompetzki / Student der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Chemin des Epinettes 51, 1723 Marly

Kontaktperson : Pascal Pompetzki

Telefon : +4915780843806

E-Mail : pascal.pompetzki@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found. Pompetzki / UniFr</p>	<p>Studierender im Bachelor Psychologie</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch- psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Pascal Pompetzki / Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Pauline Holmer
Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Avenue Beauregard 16, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Pauline Holmer

Telefon : 00 49 1525 69 17035

E-Mail : pauline.holmer@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Pauline Holmer	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Pauline Holmer Studierende der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Pia Pfrang / Annika Koepp / Marlèn Raoul / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Riedsortstrasse 82, 6353 Weggis / Route de Bertigny 3, 1700 Fribourg / Bd. Perolles 3, 1700 Fribourg

Kontaktperson : David Reichmuth

Telefon : 0033 6 48 16 48 13 / 077 995 59 85 / 076 330 77 81

E-Mail : tom.kirsch@unifr.ch / samantha.rehm@unifr.ch / david.reichmuth@unifr.ch

Datum : 15.09.2019

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**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen	3
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	<u>104</u>
Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	<u>125</u>
Weitere Vorschläge	<u>136</u>

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p><u>Error!</u> <u>Reference source not found.</u> Pia Pfrang</p>	<p>Aktuell im Bachelor Studium Psychologie an der Universität Fribourg.</p> <p>Wir teilen die Stellungnahme von Tom Kirsch / Samantha Rehm / David Reichmuth</p>
<p>Annika Koepp</p>	<p>Aktuell im Bachelor Studium Psychologie an der Universität Fribourg.</p>
<p>Marlèn Raoul</p>	<p>Aktuell im Bachelor Studium Psychologie an der Universität Fribourg.</p>
<p><u>Error!</u> <u>Reference source not found.</u></p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p><u>Error!</u> <u>Reference</u> <u>source not</u> <u>found.</u></p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot:</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-

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

psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten

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

	<p>Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt. So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden die Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies</p>

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

	<p>gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Tom Kirsch/David Reichmuth/Samantha Rehm/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
				Error! Reference source not found.	

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Philipp Pompetzki / Student und Unterassistent zu 75% der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : UniFr

Adresse : Rue Wilhelm Kaiser 2, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Philipp Pompetzki

Telefon : +4915779031158

E-Mail : philipp.pompetzki@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found.	BSc. Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie und Unterassistent zu 75% an der Universität Fribourg. Durch meine Arbeit im letzten Jahr am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie habe ich von vielen Psychotherapeuten/Innen in Ausbildung Informationen über die Defizite im aktuellen System erhalten.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Philipp Pompetzki/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
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.

Department of Psychology/ Departement für Psychologie

Prof. Dr. Simone Munsch
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Psychotherapeutische Praxisstelle
Rue Petermann-Aymon-de-Faucigny 2
CH-1700 Freiburg

T +41 26 300 76 57
simone.munsch@unifr.ch
<https://www3.unifr.ch/psycho/de/forschungseinheiten/klipsy/>
<https://www3.unifr.ch/psycho/de/psychotherapie/>

Freiburg, 15. Oktober 2019

Vernehmlassung zum Anordnungsmodell

Der Wechsel zum Anordnungsmodell stellt einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker dar:

Die Professorinnen und Professoren der Klinischen Psychologie der Universität Freiburg/ Fribourg begrüßen gemeinsam mit den anderen Schweizer Universitäten die Ablösung des Delegationsmodells und die Einführung des Anordnungsmodells. Nur so können allseits bekannte Behandlungsempässe zukünftig geschlossen und die Sicherung der Qualität der psychologischen Psychotherapieangebote gewährleistet werden.

Durch die längst fällige konsequente und vollumfängliche Umsetzung des Psychologieberufegesetzes PsyG¹ ist die delegierte Psychotherapie obsolet und muss abgeschafft werden:

Die von uns an den Schweizer Universitäten angebotene Ausbildung in Psychologie bzw. in Klinischer Psychologie und Psychotherapie und die eidgenössisch akkreditierten Institute zur postgradualen Weiterbildung in Psychotherapie (gemäss AkkredV-PsyG, Art. 2 Abs. 1 Bst. a²) vermitteln die notwendigen Kompetenzen zur autonomen Ausübung des Berufs als psychologische Psychotherapeutinnen/ psychologische Psychotherapeuten vollumfänglich.

Im Studium der Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie erwerben die Studierenden an der Universität bereits während dem Bachelor- und Masterstudiengang umfassende und fundierte und weiterführende Kenntnisse in Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie und Interventionen, die durch breit angelegte Grundlagen zu allgemeinen Inhalten der Psychologie in Persönlichkeitspsychologie, Kognitiver Psychologie, Entwicklungspsychologie, Emotionspsychologie, Sozialpsychologie, Neuropsychologie, sowie Kenntnisse in Neurowissenschaften, Psychopharmakologie etc. ergänzt sind.

¹ SR 935.81

² SR 935.811.1

Die akkreditierten Weiterbildungsinstitute vermitteln nach dem abgeschlossenen Masterstudium die zur autonomen Berufsausübung als Psychotherapeutin/Psychotherapeut notwendige klinische Expertise. Diese beinhaltet neben dem Ausbau der Kenntnisse wirksamer Interventionen und deren spezifische Anwendung, die ausführliche Psychodiagnostik und deren Integration in die Fallplanung (Indikation), sowie die Erweiterung klinischer Kompetenz bei der Durchführung und Anpassung von wissenschaftlich belegten Behandlungsverfahren im Verlauf einer Therapie, die Erweiterung der interpersonellen Expertise, sowie den Ausbau der kontinuierlichen Reflexion eigener therapeutischer Anwendungen. Ergänzt wird die Weiterentwicklung der therapeutischen Kompetenzen durch den erweiterten Erwerb breiter therapeutischer Fertigkeiten, den Netzwerk-Kenntnissen zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Sinne des Patientenwohls und die Vertiefung der Expertise zur rational begründbaren klinischen Entscheidungsfindung, die ein fundiertes therapeutisches Vorgehen verlangt (Wampold, Imel & Flückiger, 2018)³. Die Qualitätssicherung der postgradualen Weiterbildung in Psychotherapie wird durch eine regelmässige Prüfung der wissenschaftlichen und klinischen Qualität durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie die Psychologieberufekommission (PsyKo) garantiert.

Die durch die Universitäten und akkreditierten Weiterbildungsinstitute angebotene Vermittlung aktuellster wissenschaftlicher Kenntnisse aus den Grundlagenfächern und der Klinischen Psychologie mit den postgradual erworbenen psychotherapeutischen Fertigkeiten verfolgt zwei Ziele: *Erstens trägt die Aus- und Weiterbildung* regelmässig zu innovativen und für breite Bevölkerungsgruppen zugänglichen Weiterentwicklungen in der Psychotherapie bei. Dies umfasst z.B. die Entwicklung neuer Behandlungsformen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen oder die Implementierung neuer Medien (Email, Apps, Internet, virtuelle Realität) in die Psychotherapie, um die Wirksamkeit der Behandlung zu fördern und die Zugänglichkeit auch bei chronischen psychischen Störungen zu erhöhen. Solche innovativen wissenschaftlichen Projekte des Mittelbaus und der Professorinnen und Professoren der Klinischen Psychologie werden regelmässig von internationalen Fachgremien beurteilt und z.B. vom Schweizer Nationalfonds gefördert. *Zweitens trägt die beschriebene Aus- und Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten* dazu bei, dass die Kenntnisse der psychologischen Psychotherapie direkt in den klinischen Alltag integriert werden und den Patienten zu Gute kommen können. Das Delegationssystem ermöglicht aktuell die direkte Integration von innovativen Modellen aus der psychologischen Forschung in die psychotherapeutische Praxis nur sehr bedingt.

Der Einbezug der Erkenntnisse psychologisch psychotherapeutischer Forschung und der entsprechenden Expertise in psychologischer Psychotherapie in die Grundversorgung bzw. in die Planung der Grundversorgung ist aus unserer Sicht längst angezeigt. Der Einbezug in den Prozess der Vernehmlassung und in die Umsetzung des Anordnungsmodells stellen diesbezüglich wichtige Fortschritte dar.

³ Wampold, B., Imel, Z., E. & Flückiger, Ch. (2018) Die Psychotherapie-debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.

Das Anordnungsmodell ermöglicht einen transparenten Einsatz der Steuergelder und den «return on investment» an die Steuerzahlenden:

Der Verbleib der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen in einer Hilfsberufestellung wie bisher dient weder dem Steuerzahler, der keinen direkten Zugang und keine Wahl bzw. Selektionsmöglichkeit betreffend der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen erhält, noch der notwendigen kontinuierlichen Weiterentwicklung einer evidenzbasierten und innovativen Psychotherapie in der Schweiz.

Das Anordnungsmodell hingegen ermöglicht den direkten Zugang zur Psychotherapie für alle Steuerzahler und erlaubt damit Allen, von diesem vorgängigen Investment einen Nutzen zu haben.

Die zusätzliche Praxiszeit stellt unter bestimmten Bedingungen eine notwendige und sinnvolle Aufwertung der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten dar, dabei gilt Folgendes zu beachten:

Die zusätzliche klinische Praxis von einem Jahr ist dann sinnvoll, wenn diese Phase der Weiterbildung *erstens* von denjenigen Fachpersonen angeleitet wird, welche die Aus- und Weiterbildung in psychologischer Psychotherapie absolviert haben, die psychologische Psychotherapie selbst anbieten und diese in der Forschung regelmässig evaluieren. Dies sind aus Sicht der Professoren zwingend in erster Linie Experten der *psychologischen* Psychotherapie an entsprechenden ambulanten oder stationären Institutionen. Im Sinne der Interprofessionalität ist es ebenfalls sinnvoll, dass die zusätzliche Praxiszeit teilweise auch unter Supervision von Fachärzten für Psychosomatik oder Psychiatrie erfolgen kann. Bei der Erarbeitung von Kriterien für die Qualifikation von für das zusätzliche Praxisjahr relevanten Institutionen ist daran zu denken, dass die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der ambulanten psychologischen Psychotherapie besteht (Leichsenring et al., 2004⁴; Wampold et al., 2018). *Zweitens* sollte die zusätzlich geforderte Praxiszeit für in der Schweiz weitergebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während und nicht nach der Weiterbildung erfolgen. *Drittens* ist die Forderung dann sinnvoll, wenn entsprechend qualifizierte klinische Weiterbildungsplätze garantiert werden können. Es besteht ansonsten das Risiko, dass bereits sehr gut ausgebildete psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten z.B. in Kliniken unter unzureichenden Anstellungs- und Weiterbildungsbedingungen arbeiten, und dass die ungünstigen Arbeitsbedingungen des jetzigen Delegationssystems in diesem Rahmen reproduziert werden.

Aus der Sicht der Professoren der Klinischen Psychologie der Universität Fribourg begründen sich die formulierten Voraussetzungen für die zusätzliche Praxiszeit im in der Klinischen Psychologie geltenden science-practitioner Modell, welches die kontinuierliche Vernetzung des theoretischen und

⁴ Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psycho-dynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 61, 1208-1216. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>.

praktischen Kompetenzerwerbs favorisiert. Weiter gilt es, die Chancengleichheit des Schweizerischen akademischen Nachwuchses in Klinischer Psychologie zu berücksichtigen. Diese wäre durch ein zusätzliches, nach Weiterbildungsabschluss zu absolvierendes Praxisjahr im international kompetitiven Wettbewerb beeinträchtigt.

Das Anordnungsmodell wird berechtigterweise eingeführt, da die Wirksamkeit der psychologischen Psychotherapie seit geraumer Zeit gut belegt ist und als Behandlungsform für alle Betroffenen genutzt werden soll:

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Methoden der psychologischen Psychotherapie ist belegt und übertrifft bei häufigen psychischen Störungen wie Schlafstörungen, depressiven Störungen und Angststörungen die Behandlungseffekte von breit angewandten, jedoch kostenintensiveren psychopharmakologischen Behandlungsansätze. Der mittlere Effekt wissenschaftlicher, psychologischer Psychotherapie liegt für die verschiedenen Störungsbilder regelmässig im Bereich von Effektstärken zwischen 0.75-0.85 (Cohen's d), was als grosse Wirksamkeit gilt. Dabei ist davon auszugehen, dass bei einem Effekt von 0.80, ein durchschnittlicher Patient einer psychologischen Psychotherapie einen besseren Verlauf zeigt als 79% der nicht behandelten Patienten.

Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation der Therapie bei Psychologen und Ärzten ist aus unserer Sicht begrüssenswert und bei wissenschaftlicher psychologischer Psychotherapie ein «state of the art»:

Die Professoren für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg / Fribourg begrüssen diese Regelung. Bei der Etablierung der Instrumente zur Evaluation ist aus unserer Sicht auf die Zweckdienlichkeit und die Machbarkeit im klinischen Alltag zu achten. Ebenfalls ist es wichtig festzuhalten, dass das Ziel nicht ausschliesslich im «Erfolgsnachweis» besteht, sondern insbesondere auch in der Sicherung einer hohen Qualität der Grundversorgung bei psychischen Störungen, bei denen eine Besserung schwer und nur langfristig zu erreichen (z.B. expressive Sprachstörungen, Schizophrenie, Bipolare Störungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen, etc.) oder eine Heilung unwahrscheinlich ist (z.B. bei Autismus-Spektrum-Störung).

Rasche und erleichterte Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie ist nicht mit einer Kostensteigerung und somit einem Nachteil für die Allgemeinbevölkerung gleichzusetzen:

Es ist belegt, dass die fehlende Inanspruchnahme von Psychotherapie bei klinisch relevanten psychischen Störungen aufgrund der Chronifizierung und häufiger Arbeitsausfälle zu erhöhten Kosten führt (z.B. Margraf, 2009⁵).

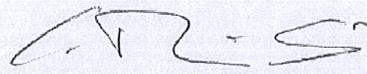
⁵ Margraf, J. (2009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie: eine kritische Literaturlauswertung. Berlin: Springer.

Besonders hervorzuheben sind die Folgen psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, die durch die Chronifizierung zu eingeschränkten Bildungsmöglichkeiten und zu geringerer Integration in die Gesellschaft führen. Weiter sind Familien mit psychisch kranken Personen häufiger finanziell und sozial belastet. Die Inanspruchnahme psychologischer Psychotherapie ist damit für diese belasteten Familien häufig finanziell nicht tragbar und erhöht das Risiko einer Chronifizierung. Zudem besteht Evidenz, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils das Risiko einer psychischen Störung eines Kindes oder Jugendlichen erhöht und damit bei ausbleibender oder später Behandlung zu einer Kostensteigerung führen kann. Mit der Einführung des Anordnungsmodells werden diese Schwellen der Inanspruchnahme psychologischer Psychotherapie insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen gesenkt. Gerade für diesen Teil der Bevölkerung werden staatliche Investitionen aus den Sektoren tertiäre Bildung und Forschungsförderung im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie effizient und transparent den betroffenen Personen wieder zugeführt.

Die Professorinnen und Professoren der Klinischen Psychologie der Universität Fribourg in Absprache mit den Professoren der Klinischen Psychologie der anderen Schweizer Universitäten werden die Ausarbeitung der Umsetzung des Anordnungsmodells gerne mit Ihrer entsprechenden wissenschaftlichen und klinischen Expertise begleiten und unterstützen.



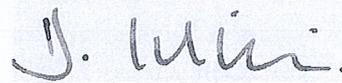
Prof. Dr. Simone Munsch
Klinische Psychologie und Psychotherapie



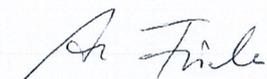
Prof. Dr. Chantal Martin Soelch
Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie



Prof. Dr. Nadine Messerli
Klinische Kinderpsychologie
und Biologische Psychologie



Prof. Dr. Dominik Schöbi
Klinische Familienpsychologie



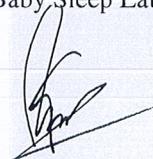
Prof. Dr. Andrea Frick
Entwicklung der Raumkognition



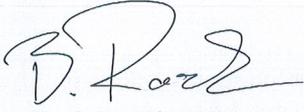
Prof. Dr. Salomé Kurth
Baby Sleep Laboratory



Prof. Dr. Petra Klumb
Personal- und Organisationspsychologie

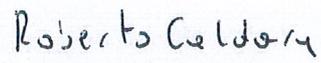


Prof. Dr. Gijs Plomb
Perceptual Networks



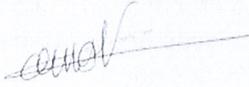
Prof. Dr. Björn Rasch

Kognitive Biopsychologie und Methoden



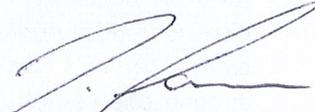
Prof. Dr. Roberto Caldara

Visual and social neuroscience



Prof. Dr. Valerie Camos

Developmental psychology



Prof. Dr. Jürgen Sauer

Kognitive Ergonomie und Arbeitspsychologie

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

Abkürzung der Firma / Organisation : PSB

Adresse : Psychoanalytisches Seminar Bern, 3000 Bern

Kontaktperson : Anne Madeleine Wälchli (Vorstand PSB)

Telefon : 079 890 42 80

E-Mail : a.m.waelchli@gmail.com

Datum : 17.10.2019

**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
PSB	<p>Das PSB bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt zur Abschaffung des Delegationsmodells hin zur Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben – eine Sachlage, die bereits durch das Inkrafttreten des PsyG im Jahr 2013 gesetzlich verankert wurde.</p> <p>Wir begrüßen es, dass das heutige Modell der delegierten Psychotherapie, in der psychologische Psychotherapeutinnen ihre Leistungen als Angestellte in einer Arztpraxis unter Aufsicht und in der Verantwortung der delegierenden Psychiaterin erbringen, abgeschafft werden soll – dieser Schritt war längst überfällig. Das Delegationsverhältnis war immer nur als eine provisorische Lösung gedacht. Das Delegationsverhältnis ist für die psychologischen Psychotherapeuten diskriminierend und erschwert den Patientinnen den Zugang zur Psychotherapie.</p>
PSB	<p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Die Geschlechter werden alternierend verwendet, es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.</p>
PSB	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche das PSB klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das PSB ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie. Durch die Anordnung seitens der Grundversorger werden bestehende Hürden in der ambulanten Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. • Vollumfänglich einverstanden ist das PSB mit dem Vorschlag der anordnungsberechtigten Ärzte. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der Patienten erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.

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

PSB	<p>Inhalte der Vorlage, welche das PSB ablehnt und deren Anpassung es fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das PSB spricht sich gegen eine Beschränkung auf 30 Sitzungen aus. Sie fordert die Beibehaltung der 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert. • Das PSB lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd (erhöht den administrativen Aufwand) und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Das PSB ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Psychotherapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) einverstanden. Das PSB teilt die Auffassung nicht, dass der Antrag um Fortsetzung der Psychotherapie durch den anordnenden Arzt erfolgen soll. Dieser Antrag soll durch die behandelnde Psychotherapeutin gestellt werden können. • Das PSB ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin zu absolvieren. • Das PSB lehnt die vorgeschlagene neue Regelung der Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien ab. Stattdessen plädiert das PSB für die Beibehaltung der zeitlichen Rahmenbedingungen gemäss aktuellen Tarmed-Richtlinien. • Das PSB lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vorschlag definiert ist, ab.
PSB	<p>Ergänzungen, welche das PSB 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 PSB verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von Psychotherapeuten gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten Psychotherapeuten in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des PSB braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Das PSB 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)
PSB	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 ist sinnvoll.</p>	
PSB	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 PSB unbestritten. Das PSB 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 zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten soll jedoch sowohl während als auch nach Abschluss der Weiterbildung geleistet werden dürfen.</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate unter Leitung einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie geleistet werden soll und nicht ebenso unter Leitung eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen, aber auch aus fachlicher Sicht.</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**

PSB	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Das PSB fordert, dass die Sprachkompetenz als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom in die Verordnung aufgenommen wird.</p>	<p>Ergänzungsvorschlag</p> <p>d. den Nachweis der notwendigen Kenntnisse der Amtssprache der Region, für die die Zulassung beantragt wird (Niveau C1 europäischer Referenzrahmen)</p>
PSB	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Das PSB ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahres einverstanden. Als kritisch erachtet das PSB aber die grosse Knappheit der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze als kritisch. Im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung der Versorgung und um eine Verknappung an Ausbildungsplätzen zu verhindern, schlägt das PSB 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>Ergänzungsvorschlag</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p>
PSB	Übergangsbest.	1&2		<p>Das PSB begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene 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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PSB	2	1	b	<p>Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Das PSB teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsmessung für jeden Patienten würde jedoch neben einer Kostensteigerung auch eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind.</p> <p>Weitere Schwierigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte psychometrische Verfahren sind nicht dafür geeignet, die Indikation für Psychotherapie direkt daraus abzuleiten. Dies wäre unethisch und fachlich nicht korrekt. Auch deshalb, weil Psychotherapien nicht-lineare Prozesse sind. • Die Messinstrumente müssten auf die jeweilige Psychotherapiemethode abgestimmt sein, um aussagekräftig zu sein. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. <p>Das PSB schlägt stattdessen die Prüfung von sinnvollen und machbaren Alternativen zur Qualitätssicherung vor.</p>	<p>Antrag auf Streichung</p> <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**

PSB	3		<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Das PSB ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis hat sich gezeigt, dass sowohl Patienten als auch Therapeutinnen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen. Gemäss den im PsyG festgelegten Anforderungen sind eidg. anerkannte Psychotherapeuten fachlich, berufsethisch und bezüglich Wirtschaftlichkeit befähigt, den zeitlichen Bedarf für die Behandlung angemessen einzuschätzen.</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, Systemgespräche mit Angehörigen und/oder weiteren interdisziplinären Fachpersonen, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Angststörungen, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert. Stattdessen plädiert das PSB für die Beibehaltung der zeitlichen Rahmenbedingungen gemäss aktuellen Tarmed-Richtlinien.</p>	<p>Antrag auf Streichung</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>
-----	---	--	--	---

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

PSB	3b	Sach- über- schrift Abs. 1 Ein- leitung		Siehe Begründung zur Art. 3.	Änderungsvorschlag Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden [...]
PSB	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Das PSB begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.	
PSB	11b	1	b	Kriseninterventionen Da eine Krise nicht nur aufgrund einer somatischen, sondern auch einer psychischen Erkrankung ausgelöst werden kann, ist eine Beschränkung auf somatische Krisen nicht sachgerecht und das Adjektiv somatisch zu streichen. Im Sinne der Senkung von Zugangshürden begrüsst das PSB den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von Ärzten jeder Fachrichtung erfolgen kann. Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt, ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.	Änderungsvorschlag bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.

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

PSB	11b	2		<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Das PSB lehnt die Erneuerung der ärztlichen Anordnung nach 15 Stunden ab. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Begrenzung 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 deutlich erschwert. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie dieser besonders vulnerablen Patientengruppe. • Ein stabiles Behandlungssetting ist für den Psychotherapieprozess aller Patientinnen und Patienten unerlässlich. Die Unsicherheit, ob die Psychotherapie nach 15 Sitzungen weiter angeordnet wird, erschwert oder verhindert, dass sich Patienten ausreichend auf die Psychotherapie einlassen können. • Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen Psychotherapeuten ist sachlich nicht gerechtfertigt. 	<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>
PSB	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>Antrag auf Streichung</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p>

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

PSB	11b	4 + 5		<p>Der Antrag auf Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung soll vor Ablauf der 40 Sitzungen direkt durch die behandelnde Psychotherapeutin erfolgen dürfen.</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Beurteilung der Indikation für eine Psychotherapie (erste Anordnung) ist eine Sache, die Beurteilung der Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie (Verlängerung) eine andere. Letztere erfordert fundierte psychotherapeutische Kenntnisse und klinische Erfahrungen. Diese Voraussetzungen erfüllen nicht alle anordnungsbefugten Ärzte. Eidg. anerkannte Psychotherapeutinnen sind gemäss PsyG in der Lage: <p><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></p> <p><i>«mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen.»</i></p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>Vor Ablauf von 40 Stunden Psychotherapie erstattet der behandelnde Psychotherapeut der Vertrauensärztin der Krankenkasse Bericht, wenn eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie besteht.</p>
-----	-----	-------	--	---	---

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

PSB	Übergangs- bestimmung			<p>Um die Weiterführung der Psychotherapie 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>Falls bis dahin keine Tarifvereinbarung zum Anordnungsmodell in Kraft getreten ist, muss die Übergangsfrist entsprechend verlängert werden.</p> <p>Im Fall der in psychotherapeutischer Weiterbildung stehenden Psychologinnen, 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>Änderungsvorschlag</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie, bis eine Tarifvereinbarung zum Anordnungsmodell in Kraft getreten ist, mindestens aber während 36 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung vom (Datum).</p> <p>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 arbeitenden Psychologen, übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 5 Jahre.</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 : Plateforme systémique genevois (cursus de formation post-grade d'orientation systémique dont l'organisme responsable est le FSP)

Abréviation de l'entreprise / organisation : PSGe

Adresse : 10 rue de la Madeleine, 1204 Genève

Personne de référence : Benoît Reverdin

Téléphone : 022 311 82 11

Courriel : benoit.reverdin@opccf.ch

Date : 17.10.19

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 **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
PSGe	La PSGe 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.
PSGe	<p>Points-clés du projet soutenus sans équivoque par la PSGe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La PSGe 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 PSGe 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.
PSGe	<p>Contenus du projet rejetés par la PSGe et adaptations demandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La PSGe 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 PSGe 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. • La PSGe 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La PSGe 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 PSGe demande donc la suppression des précisions relatives à la durée des séances dans le projet d'ordonnance. • La PSGe 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 PSGe 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.
PSGe	<p>Adaptations complémentaires proposées par la PSGe, 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 PSGe demande toutefois que la formation professionnelle des psychothérapeutes soit assurée et plaide en faveur d'une collaboration avec les cantons afin de garantir l'existence des places de formation à long terme. Il convient d'examiner la pertinence d'un modèle d'assistantat au cabinet du praticien, comparable à celui qui existe pour les médecins, ce qui implique la possibilité de facturer les prestations via l'AOS. Ce point doit être clarifié par la réglementation de la formation postgrade. Les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) doivent également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes. • Le projet actuel est vague quant aux règles qui s'appliqueront à l'avenir aux psychothérapeutes employés par des organisations de droit public et privé. Du point de vue de la PSGe, la possibilité de fournir des prestations psychothérapeutiques dans le cadre d'une activité salariée doit être conservée. • La PSGe 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 PSGe 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 PSGe demande un justificatif des compétences linguistiques 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

	niveau C1 dans l'une des langues nationales suisses comme critère d'admission pour les personnes titulaires d'un diplôme étranger.
PSGe	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)
PSGe	45-50a			Aucune remarque.	
PSGe	50c	1	a et b	Titre fédéral et autorisation cantonale 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.	
PSGe	50c	1	c	Pratique clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre postgrade Pour la PSGe, l'intérêt professionnel de la pratique clinique et son influence sur la qualité des prestations fournies sont indéniables. La PSGe 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 PSGe 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 PSGe est favorable à une expérience clinique supplémentaire de 12 mois, à condition qu'elle puisse être effectuée aussi pendant la formation	Modification proposée: 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.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des 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. La PSGe ne voit pas ce qui justifie que l'expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement APRÈS la formation postgrade. Il n'existe aucun argument, qu'il soit technique ou lié à la qualité, qui justifie une telle limite dans le temps.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir. Il existe actuellement déjà une pénurie de places de formation, qui sera accentuée par l'introduction d'une année de pratique clinique supplémentaire. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation - cela pose problème, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire. Cette problématique peut être contrée en imposant aux cantons la mise à disposition et le co-financement d'un nombre suffisant de places de formation postgrade (comme pour les médecins).</p> <p>Par ailleurs, le fait que cette pratique clinique de 12 mois doive être effectuée sous la direction d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est trop restrictif eu égard aux places disponibles, mais aussi du point de vue professionnel.</p> <p>Par conséquent, la PSGe 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</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>usages (voir aussi art. 5, al. 2, let. c et f).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La PSGe 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. 	
PSGe	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 PSGe 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)
PSGe	50c	2		<p>Exigences relatives aux établissements de formation postgrade</p> <p>La PSGe 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 PSGe 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, 	<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

				<p>des places de formation dans les établissements et les organisations proposés, en les assortissant de conditions de rémunération équitables.</p> <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 : 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>
PSGe	52d			Aucune remarque.	
PSGe	Disposition transitoire	Al. 1 et 2		La PSGe 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.	

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)
PSGe	2	1	a	Aucune remarque.	
PSGe	2	1	b	<p>Diagnostic préliminaire, diagnostic intermédiaire et diagnostic final</p> <p>La PSGe 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 PSGe 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>	
PSGe	3			<p>Prise en charge de 30 séances et limitation de la durée des séances</p> <p>La PSGe 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 PSGe 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.	
PSGe	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 [...]
PSGe	11b	1		Aucune remarque.	
PSGe	11b	1	a	Médecins habilités à prescrire La PSGe 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. La PSGe part du principe que la version allemande	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>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 PSGe, 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>	
PSGe	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 PSGe 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

PSGe	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>
PSGe	11b	3		<p>La PSGe 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>
PSGe	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>
PSGe	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>
PSGe	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 : Psychoanalytisches Seminar Luzern

Abkürzung der Firma / Organisation : PSL

Adresse : 6000 Luzern

Kontaktperson : Christian Geiger und Kurt Koch (beide Seminarleitung des PSL)

Telefon : 041 - 410 30 48 (Geiger); 041- 360 01 68 (Koch)

E-Mail : cangeiger@bluewin.ch; kurt.koch@hin.ch

Datum : 08. 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
PSL	Das PSL bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnungen betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Dies ist der lang erwartete Schritt hin zur Anerkennung der psychologischen PsychotherapeutInnen und deren Kompetenz, Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung auszuüben, und ihre Leistungen auch im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung selbständig abrechnen zu können. Wir sehen darin eine logische Folge des Inkrafttretens des PsyG im Jahr 2013. Mit dem PsyG wurden hohe Anforderungen an die Qualifikation für eine psychotherapeutische Tätigkeit gestellt und deren Einhaltung durch die akkreditierten Weiterbildungsinstitute gewährleistet.
PSL	Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in einem gesellschaftspolitischen Spannungsfeld bewegt, in dem ökonomische Kriterien dominieren. Verschiedene Gruppierungen (PsychotherapeutInnen und ihre Fachverbände; psychotherapeutische Ausbildungsinstitute und die jeweiligen Denkschulen, die sie vertreten; PsychiaterInnen und ihre Fachverbände; Krankenkassen), die teilweise in sich nicht homogen sind, bringen ihre je spezifischen Interessen ein. Inwieweit diese dem Wohle der PatientInnen dienen, kann hier nicht erörtert werden. In dieser Gemengelage sind ideologische, aber durchaus auch materielle Interessenkonflikte nicht zu vermeiden.
PSL	<p>Das PSL teilt die Ziele der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es müssen Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut werden. Der sich abzeichnenden Tendenz zur Zweiklassenmedizin (vermögende Personen können sich einen selbstständig arbeitenden Psychotherapeuten leisten und habe keine lange Wartezeiten; wer sich das nicht leisten kann, muss lange auf einen der raren Therapieplätze bei einer Psychiaterin oder bei einer delegiert arbeitenden Psychotherapeutin warten) soll entgegengewirkt werden.</p> <p>Das vorgeschlagene Anordnungsmodell ist unseres Erachtens jedoch in seiner jetzigen Form nicht geeignet, die heute bestehenden Missstände zu beheben. Zum einen scheint uns der Vorschlag einer „Anordnung“ eine Fehlkonzeption in Bezug auf einen verbesserten, sprich erleichterten Zugang zur Psychotherapie. Es ist zu befürchten, dass aufgrund des akuten Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten mit dem Anordnungsmodell ein neuer Engpass geschaffen würde. Vielmehr sollen im Anschluss an das PsyG und die dort formulierten Kompetenzen der psychologischen PsychotherapeutInnen PatientInnen sich sowohl selber bei frei gewählten PsychotherapeutInnen melden oder sich vom Hausarzt (falls dieser bei einer Konsultation ein psychisches Leiden feststellt) zu einem Psychotherapeuten überweisen lassen können. Je nach Versicherungsmodell in der Grundversicherung wäre auch eine Überweisung analog zu andern Fachärztinnen und -ärzten notwendig („Hausarztmodell“ etc.). Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten sollen also „Überweisungen“ für psychotherapeutischen Behandlungen an psychologische PsychotherapeutInnen machen (können), aber keine „Anordnungen“.</p>

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

	<p>Zum anderen beinhaltet der Entwurf verschiedene Aspekte, die im direkten Widerspruch zu den im PsyG formulierten Anforderungen an eine psychologische PsychotherapeutIn stehen. So werden die psychologischen PsychotherapeutInnen im Entwurf zum Anordnungsmodell in ihren Kompetenzen eingeschränkt, eine psychotherapeutische Behandlung selbständig zu planen, die Indikationsstellung zur Fortführung einer solchen Behandlung in eigener Verantwortung fortwährend zu überprüfen sowie eine Behandlung auch auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen. Es ist nicht zu verstehen, dass zwar das PsyG regelt, dass psychologische PsychotherapeutInnen Psychotherapien in eigener fachlicher Verantwortung ausüben können, dass aber gerade mit dem neuen Gesetz diese Fähigkeit den PsychotherapeutInnen aberkannt wird. Sollte es Mängel in der Ausbildung und Weiterbildung geben, sind diese mit Änderungen in der langjährigen Ausbildung und Weiterbildung der psychologischen PsychotherapeutInnen zu beheben und nicht mit der Kontrolle durch Hausärztinnen und Hausärzten, von denen ja ihrerseits eine grosse Anzahl nicht über solche Kompetenzen bezüglich Indikation und Verlauf einer Psychotherapie verfügt.</p> <p>Mehrere Aspekte des Entwurfs zielen zudem auf eine Ungleichbehandlung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren resp. präferieren einseitig Kurztherapiemethoden. So wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und es werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Demgegenüber betont das PSL, dass unterschiedliche PatientInnen mit unterschiedlichen psychischen Störungen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen. Dies entspricht auch dem Stand der Psychotherapie-Forschung.</p>
PSL	<p>Insgesamt entsteht der Eindruck, dass der bundesrätliche Entwurf von einer grossen Ambivalenz gegenüber den psychologischen PsychotherapeutInnen geprägt ist: Einerseits soll ihre berufliche Situation geklärt und verbessert werden (im Anschluss an das PsyG), andererseits zeigt sich im Grundton des Entwurfs (und des ihm zugrundeliegenden Kommentars) ein Misstrauen gegenüber ihren Kompetenzen, was sich in Formulierungen wie „um ungerechtfertigten Mengenausweitungen vorzubeugen“ und Aspekten wie der Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, der vorgesehenen ärztlichen Anordnung einer Therapie, der anfänglichen doppelten Sitzungsbeschränkung von 2 x 15 Sitzungen oder auch dem erstmaligen Bericht an den vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkasse bereits nach 30 und nicht wie bis anhin nach 40 Sitzungen zeigt. Diese Massnahmen zielen auf eine allgegenwärtige Kontrolle, bedeuten eine latente Entwertung des Berufsstandes (wie teilweise auch der PsychiaterInnen) und führen ausserdem zu einer massiven Zunahme des administrativen Aufwands (bei PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, aber auch bei den Kassen). Die Psychotherapie wird nicht als eigenständiges Fach mit zwei unterschiedlichen Zugängen (psychologisch und medizinisch) gesehen, sondern bleibt letztlich eine dem medico-zentristischen Weltbild unterstellte Disziplin.</p>
PSL	<p>Inhalte der Vorlage, welche das PSL ablehnt und deren Anpassung es fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sowohl für ärztliche wie psychologische Psychotherapien braucht es keine Anordnung. • Das PSL lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Es fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert.

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Das PSL lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. Zudem bleibt unklar, wer diese Berichte liest, wer sie befürwortet oder ablehnt, und auch, was passiert, wenn Patientin und Therapeutin für eine Weiterführung der Behandlung sind, die anordnende Hausärztin jedoch dagegen (und aus welchen Gründen?). Wechselt der Patient dann (einfach) den Hausarzt und holt sich eine neue Überweisung? Wenn Psychotherapeut und Arzt sich uneinig über die Fortführung der Psychotherapie sind, wer trägt dann bei Komplikationen (z.B. Suizid, Arbeitsplatzverlust, deutliche Verschlechterung der Symptomatik) die rechtliche Verantwortung? • Das PSL lehnt die neue Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab und verlangt die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. Die aktuelle Regelung hat sich bewährt. • Das PSL ist der Meinung, dass der Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden soll. • Das PSL lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik ab. Die PsychotherapeutInnen stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels einer systematisierten Einstiegsdiagnostik. Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für die psychoanalytische Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethode sind Fragebogen (ausser in Therapien, die Teil eines Studiendesigns sind) verfahrensfremde Eingriffe, die sich störend auf den weiteren Verlauf einer Therapie auswirken.
PSL	<p>Ergänzungen, welche das PSL vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht des PSL braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis (sowohl in Privatpraxen wie auch in Psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien) zu erbringen. Wir bedauern nämlich, dass die neue Verordnung die Möglichkeit der Weiterführung der bisherigen Praxis verunmöglicht. Der vorliegende Änderungsvorschlag ist deshalb berufspolitisch problematisch. PsychotherapeutInnen, die momentan angestellt in ärztlichen Praxen delegiert arbeiten, werden nun zur beruflichen Selbstständigkeit im Rahmen des Anordnungsmodells gezwungen. Es ist unverständlich, warum es der Berufsgruppe der psychologischen PsychotherapeutInnen verunmöglicht werden soll, analog vieler anderer Berufsgruppen (insbesondere der ärztlichen PsychotherapeutInnen) in einem Angestelltenverhältnis im privaten Sektor tätig zu sein. Es gibt vielerlei Gründe (z.B. familiärer, finanzieller, gesundheitlicher Art), trotz der erlangten Qualifikationen keine eigene Psychotherapie-Praxis eröffnen zu wollen oder zu können. Wir vertreten die Haltung, dass es im Rahmen der Grundversicherung eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis und der Tätigkeit in der eigenen Praxis geben muss. Eine solche Parallelführung würde zusätzlich den Besitzstand langjährig delegiert arbeitender PsychotherapeutInnen wahren.

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

	<ul style="list-style-type: none"> • PsychotherapeutInnen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass PsychologInnen in Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. Das PSL verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von PsychotherapeutInnen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Nach Abschluss der beiden klinischen Jahre braucht es genügend Arbeitsplätze für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (analog den AssistenzärztInnen) bis sie diese beendet haben.
PSL	Wir beziehen nachfolgend nur Stellung zu Punkten, die die Psychotherapie betreffen.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
PSL	50c	1	c	<p>Klinische Erfahrung</p> <p>Der fachliche Nutzen von klinischer Praxis und der Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung ist aus Sicht des PSL unbestritten. Die Forderung, dass dieses klinische Jahr nach 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.</p> <p>Wir fordern, dass die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung bereits während der Weiterbildung absolviert werden können. Dies auch, weil die tatsächliche Weiterbildungsdauer je nach Weiterbildungsgang (in der Regel 4 bis 6 Jahre) erheblich sein kann (im Teilzeitmodell bis zu 10 Jahren). Unnötige Verlängerungen und die Benachteiligung von denjenigen, die ihre Weiterbildung in Teilzeit absolvieren (z.B. aufgrund von Kinderbetreuung), müssen vermieden werden.</p> <p>Ausbildungsplätze</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.</p>	<p>Antrag auf Ergänzung:</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>Zudem ist durch die Streichung der Tarmed-Positionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog ÄrztInnen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einer Fachärztin oder einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen, aber auch aus fachlicher Sicht. Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidg. anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können.</p>	
PSL	Übergangsbest.	1 & 2		<p>Das PSL begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene PsychotherapeutInnen.</p> <p>PsychotherapeutInnen in Weiterbildung</p> <p>Auch für PsychotherapeutInnen in Weiterbildung soll eine Besitzstandswahrung gelten. Die Weiterbildung zur PsychotherapeutIn ist ein langwieriger, zeit- und ressourcenintensiver Werdegang. Angehende PsychotherapeutInnen sind bereits während ihrer Weiterbildung hauptberuflich psychotherapeutisch tätig. Es ist sicherzustellen, dass die individuelle Karriereplanung nicht durch eine neue Gesetzgebung gefährdet ist (z.B. durch die</p>	<p>Antrag auf Ergänzung:</p> <p>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.</p>

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

				<p>vorgeschlagene ergänzende Zulassungsbedingung, die mit einer Aufgabe der privaten Praxis (im Delegationsverhältnis) und einer Rückkehr ins stationäre Setting verbunden wäre).</p> <p>Wie oben beschrieben braucht es für PsychotherapeutInnen in Weiterbildung aus Sicht des PSL weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis (sowohl in Gross- oder Gruppenpraxen wie auch in Psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien) zu erbringen, zumindest bis zum Abschluss der psychotherapeutischen Weiterbildung.</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
PSL	2.1.b	<p>Das PSL lehnt die Einführung einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik, wie sie im Vernehmlassungsentwurf beschrieben wird, ab.</p> <p>PsychotherapeutInnen wie auch PsychiaterInnen stellen eine Diagnose mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik.</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. Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein, präferiert doch die neue Anordnung einseitig die Kurztherapiemethoden. Auf diese Weise wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Demgegenüber betont das PSL, dass unterschiedliche PatientInnen mit unterschiedlichen psychischen Störungen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen. Dies entspricht auch dem Stand der Psychotherapie-Forschung.</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 Gefahr besteht, dass die TherapeutInnen schon zu</p>	<p>Art. 2 Abs. 1 lit. b ist zu 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**

		Therapiebeginn eine „günstige PatientInnenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden.	
PSL	3	<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen</p> <p>Das PSL lehnt die Kürzung der Übernahme von 40 auf 30 Sitzungen ab. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Es sei daran erinnert, dass bereits in den 90er Jahren die Anzahl Sitzungen tiefer war und aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden musste. Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen unnötigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, PatientIn).</p> <p>Begrenzung der Sitzungsdauer:</p> <p>Die Beschränkung der Sitzungsdauer, insbesondere bei Einzelsitzungen, ist unsachgemäss und steht in klarem Widerspruch zu den Anforderungen des PsyG (Art. 5, Abs. 2, lit. c und f), welches «interdisziplinäre Zusammenarbeit» und «Einbezug von Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens» verlangt. Gerade in der Behandlung von strukturschwachen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen), chronisch kranken und schwer beeinträchtigten (traumatisierten) PatientInnen sowie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, wo der Vernetzung mit Zuweisenden und anderen Fachpersonen aus dem Helfernetz oder Gesprächen mit Angehörigen oder Arbeitgebern eine grosse Bedeutung zukommt, ist eine solche Einschränkung therapeutisch kontraindiziert.</p>	<p>Antrag auf Änderung und Streichung:</p> <p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>
PSL	3b, Sachüberschrift	Siehe Begründung zur Kostenübernahme von 40 statt 30 Sitzungen Art. 3.	<p>Antrag auf Änderung</p> <p>Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie 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**

PSL	3b, Abs. 1	<p>Siehe Begründung zur Kostenübernahme von 40 statt 30 Sitzungen Art. 3.</p> <p>Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten erstellt werden. Alles andere ist nicht sachgerecht.</p> <p>Die Beurteilung der Notwendigkeit zur Fortführung der Therapie (Verlängerung) erfordert fundierte psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen, wie sie PsychotherapeutInnen dank ihrer fundierten Weiterbildung und klinischen Erfahrung besitzen. Mit Ausnahme der Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sind Ärzte i.d.R. dafür nicht entsprechend qualifiziert. Es ist daher mit Fehleinschätzungen zu rechnen; dies in Kombination mit dem administrativen Aufwand für die Ärzteschaft, bei ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen. Die Beurteilung der Notwendigkeit bzw. die Indikationsstellung einer Fortführung der Therapie soll im alleinigen Ermessen des behandelnden Psychotherapeuten liegen. Sie können die notwendige Behandlungsdauer am besten einschätzen.</p>	<p>Antrag auf Streichung und Ergänzung:</p> <p>Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin der behandelnde Psychotherapeut oder die behandelnde Psychotherapeutin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig Bericht zu erstatten.</p>
PSL	11b, Abs. 1 Abs. 1a Abs. 1b	<p>Für eine Psychotherapie braucht es keine Anordnung durch ÄrztInnen.</p> <p>PsychotherapeutInnen sind gemäss PsyG u.a. in der Lage (Art. 5, Abs. 2, lit. e und g):</p> <ul style="list-style-type: none"> • «die Problemlagen und die psychische Verfassung ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen und adäquate Massnahmen anzuwenden oder zu empfehlen» • «mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirtschaftlich umzugehen.» <p>Es ist daher nicht einzusehen, weshalb für die Indikation (und später für die Fortführung, s. Artikel 11b, Abs. 5) der Psychotherapie die</p>	<p>Antrag auf Änderung und Streichung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 11. Abs. 1 ist wie folgt zu ändern: «... Die Kosten werden übernommen, wenn die Leistungen die Grundsätze nach Artikel 2 einhalten. und wie folgt erbracht werden.» • Art. 11 Abs. 1 lit. a und b sind zu streichen

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

		<p>Anordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt notwendig sein soll.</p> <p>Wir schlagen vor, dass die gleichen Bestimmungen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung gelten. Je nach Versicherungsmodell kann der Patient eigenständig sich an eine Psychotherapeutin wenden oder er braucht die Zuweisung durch seine Hausärztin oder seine HMO-Praxis, etc. Wir erinnern daran, dass ein Ziel des neuen Gesetzes der erleichterte und verbesserte Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ist. In vielen, v.a. allem ländlichen Gebieten der Schweiz besteht bereits heute ein Mangel an Hausärztinnen und er dürfte sich in Zukunft noch verschärfen. Deshalb sehen wir in der zwingenden Anordnung durch einen Arzt eine weitere Hürde oder gar neuen Engpass für den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Fachlich ist diese zwingende Anordnung nicht begründet.</p>	
PSL	11b, Abs. 2	<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Das PSL lehnt eine Begrenzung auf 15 Sitzungen ab. Eine Begrenzung auf 15 Stunden führt zu einer administrativen Überbelastung und Steigerung der Kosten einerseits, andererseits ist sie therapeutisch kontraproduktiv. Wiederholte und zu frühe Einmischungen in die Psychotherapie durch Dritte können sich negativ auswirken. Ein stabiles Behandlungssetting ist für den Therapieprozess unerlässlich. Die Unsicherheit, ob die Psychotherapie nach 15 Sitzungen weiter finanziert wird, erschwert oder verhindert, dass sich PatientInnen 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> <p>Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen PsychotherapeutInnen ist sachlich nicht gerechtfertigt.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl.</p>	<p>Antrag: Art. 11 Abs. 3 ist zu streichen.</p>

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

		Art.3.	
PSL	11b, Abs. 3	Dieser Absatz ist zu streichen, Begründung, s. Art. 11b, Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 1b	Antrag: Art. 11 Abs. 3 ist zu streichen.
PSL	11b, Abs. 4	Zur Anzahl der Sitzungen, siehe Art. 11b Abs. 2. Zur Berichterstattung, s. Art. 3b, Abs.1 und Art. 11b, Abs. 5	Antrag: Art. 11 Abs. 4 ist zu streichen.
PSL	11b, Abs. 5	Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten erstellt werden. Alles andere ist nicht sachgerecht. Begründung s. Art. 3b, Abs. 1	Antrag auf Streichung und Ergänzung: 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 Antrag mit Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
PSL	Übergangs- bestimmung	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). Im Fall der in psychotherapeutischer Weiterbildung stehenden PsychologInnen, 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.	Antrag auf Änderung: Die Versicherung übernimmt die Kosten für die Leistung der delegierten Psychotherapie längstens bis 36 Monate nach Inkrafttreten der Änderung von (Datum).

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Postgraduale Studiengänge Psychotherapie Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : PSP

Adresse : UPK, Wilhelm Klein-Str. 27, 4002 Basel

Kontaktperson : PD Dr. phil. E. Hermann

Telefon : 061 325 50 88

E-Mail : ernst.hermann@unibas.ch / psp@upk.ch

Datum : 15.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PSP	<p>Die PSP 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. Die PSP bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben.</p> <p>Die PSP sind seit 1996 in der Weiterbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und ärztlichen PsychotherapeutInnen im Rahmen des FMH-Curriculums tätig.</p> <p>Die PSP sind durch den Bundesratsentscheid im Jahre 2015 als Weiterbildungsorganisation akkreditiert. Die Stellungnahme integriert Erfahrungen, wie wir sie in den letzten 23 Jahren in der Weiterbildung von PsychologInnen und ÄrztInnen in der Psychotherapie sammeln konnten.</p>
PSP	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die PSP klar stützen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die PSP sind der Meinung, dass mit der Neuordnung die Bevölkerung einen besseren Zugang zur Psychotherapie erhält und dass auch der Berufsstand der PsychotherapeutInnen eine ihrer Aus- und Weiterbildung entsprechende Position im Gesundheitswesen erhält. • Einverstanden ist die PSP auch mit dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Gemäss Versorgungsstudien sind - je nach Region - 30 % bis 70 % aller PatientInnen bei Grundversorgern von psychovegetativen Beschwerden belastet. Hier scheint es sinnvoll, dass die Grundversorger die Verordnungskompetenz haben und PatientInnen, die unter ihrer Behandlung eine persistierende Symptomatik aufweisen, direkt überweisen können. Dieses Vorgehen ist letztlich unkompliziert und entspricht auch den realen Gegebenheiten, wonach der Grundversorger als Gatekeeper amten soll. • Bei Nichtansprechen auf die Erstverordnung ist eine Second-Opinion bei spezifisch qualifizierten Fachpersonen denkbar.
PSP	<p>Inhalte der Vorlage, welche die PSP ablehnen und deren Anpassung sie fordern:</p> <p>Die PSP unterstützen den Vorschlag mit einem zusätzlichen klinischen Jahr. Wir haben immer darauf gedrängt, dies auch in der Vernehmlassung zum PsyG, dass mehr klinische Tätigkeit verlangt wird. Die Realität unserer AbsolventInnen ist so, dass die meisten 4 Jahre klinische Tätigkeit</p>

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

	<p>haben. Wir haben auch eine entsprechende Operationalisierung vorgenommen bzgl. der Institutionen, in denen die klinische Tätigkeit absolviert wird, welche eine sinnvolle Weiterbildung gewährleistet. Dabei geht es um einen guten Mix zwischen psychiatrischer Versorgung im engeren Sinne und psychotherapeutischer Versorgung.</p> <p>Wir sind der Meinung, dass 3 Jahre klinische Erfahrung das Minimum darstellen, <u>unabhängig</u> davon, ob während oder nach der Weiterbildung absolviert.</p>
PSP	<p>Ergänzungen, welche die PSP vorschlagen, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <p><u>Psychotherapeutische Ausbildung:</u> Hier ist darauf zu achten, dass auch genügend Weiterbildungsstellen zur Verfügung stehen. U.E. sind Anpassungen in verschiedener Hinsicht notwendig. Vor allem wäre es wichtig, dass die Kantone den Institutionen, welche psychologische PsychotherapeutInnen ausbilden, analog den AssistenzärztInnen eine Weiterbildungsentschädigung zusprechen. Dies erhöht die Attraktivität für Kliniken, auch psychologische PsychotherapeutInnen auszubilden.</p> <p><u>Spitalleistungskatalog:</u> Ausserdem ist darauf zu achten, dass auch der Spitalleistungskatalog dort, wo Einzelpositionen zur Verrechnung gelangen, entsprechend angepasst wird. Wenn die Leistungen psychologischer PsychotherapeutInnen ausserordentlich schlecht entschädigt werden, so ist auch hier für Kliniken kein Anreiz geboten, PsychologInnen-Stellen zu schaffen.</p> <p>Bei beiden Punkten wäre zu wünschen, dass eine Lösung analog der ärztlichen Regelung möglich ist und angestrebt wird.</p> <p><u>Sprachkompetenz:</u> Analog dem Verordnungsentwurf für die Zulassung von Ärzten, ist die PSP der Meinung, dass auch für psychologische PsychotherapeutInnen der Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium bei ausländischem Diplom erforderlich 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><u>Kompetenzen in Psychopathologie</u></p> <p>Während der psychotherapeutischen Ausbildung soll zwingend Psychopathologie vermittelt werden, dies bei ÄrztInnen und PsychologInnen gleichermaßen. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass das Studium diese Kenntnisse nur unzureichend vermittelt.</p> <p>Wir sind der Meinung, dass diese zusätzliche Verpflichtung Voraussetzung sein soll, um selbstständiger Leistungserbringer zu werden. Dies gewährleistet eine Kommunikation auf Augenhöhe und verhindert, dass PatientInnen unzureichend versorgt werden. Die Sicherstellung sollte u.E. im Weiterbildungsregulativ festgeschrieben werden. Wir sind auch der Meinung, dass die Weiterbildung sehr wohl den gesetzlich vorgesehenem Rahmen von 6 Jahren „ausreizen“ könnte, so auch eine Angleichung an die Weiterbildungsordnung der Ärzte erfolgt. Psychologische PsychotherapeutInnen, welche eine 6-jährige Weiterbildung aufweisen, im Rahmen dieser Weiterbildung ausser Psychotherapie im engeren Sinne auch vertiefte Kenntnisse in Psychopathologie und Nosologie ausweisen können, sich in Psychopharmakologie auskennen, können unproblematisch als gleichwertige Partner im Gesundheitssystem aufgenommen werden.</p> <p>Diese Ergänzung ist zweckmässig für PsychologInnen und angehende PsychiaterInnen gleichermaßen, weil beide Berufsgruppen im Studium diese Inhalte nur unvollständig vermittelt bekommen.</p>
PSP	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)
PSP	45-50a			Keine Bemerkungen	

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

PSP	50b			<p>Berufsausübungsbewilligung für Neuropsychologen</p> <p>Keine Bemerkung</p>	
PSP	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>	
PSP	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 PSP unbestritten. Die PSP unterstützen 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 PSP stehen 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 PSP begrüßen die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden</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>können. Für die PSP 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>Die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>Die PSP fordern daher folgende Anpassungen:</p> <p>Die zusätzliche klinische Praxis von 12 Monaten kann sowohl während als auch nach der Weiterbildung geleistet werden. Damit wird gewährleistet, dass Personen, die ein zusätzliches klinisches Jahr schon während der Ausbildung gemacht haben, dieses nicht wiederholen müssen. Zudem wird damit sichergestellt, dass Personen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, das hiesige Gesundheitssystem und die Gepflogenheiten kennenlernen (siehe auch Art. 5 Abs 2 lit. c und f).</p>	
--	--	--	--	--

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

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

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

				<ul style="list-style-type: none"> Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p>	<p>Ergänzung der fehlenden Ziffern: [...] 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>
PSP	52d			Keine Bemerkungen	
PSP	(neu) 52e			Keine Bemerkungen.	
PSP	Übergangsbest.	1 & 2		Die PSP begrüßen 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.	
PSP	Übergangsbest.	3		Keine Bemerkungen	

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

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
PSP	2	1	a	Keine Bemerkungen	
PSP	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die PSP begrüßen die vorgesehene Diagnostik. Diese sollte allerdings aus Benchmarkgründen auch bei Psychiatern eingesetzt werden - u.a. weil im Rahmen der vorgesehenen Klinischen Erfahrung diese als Vorbild dienen können.	
PSP	3			Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer Keine Bemerkung	
PSP	3b	Sachüberschrift Abs. 1 Einleitungssatz		Keine Bemerkung	
PSP	11b	1		Keine Bemerkungen	
PSP	11b	1	a	Anordnungsbefugte Ärzte Die PSP begrüßen ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene	

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

				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.	
PSP	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 begrüssen die PSP 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>
PSP	11b	2		<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Die Begrenzung auf 15 Sitzungen ist nicht zielführend, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten 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**

				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.	höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
PSP	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet.	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.
PSP	11b	4		Keine Bemerkung.	
PSP	11b	5		Die Berichte 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 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.
PSP	Übergangsbestimmung			Der Zeitraum von 12 Monaten, in denen die delegierte Psychotherapie noch über die Versicherung abgerechnet werden kann, ist	

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

				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 : psyCH Psychologiestudierende Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : psyCH

Adresse : Gartenstrasse 16, 8107 Buchs

Kontaktperson : Vanessa Schär

Telefon : 076 578 72 43

E-Mail : president.psych@gmail.com

Datum : 16.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
psyCH	<p>psyCH bedankt sich beim Bundesrat für die Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung (KVV; SR 832.102/KLV; SR 832.112.31) betreffend die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Die Abschaffung des Delegationsmodells und der damit verbundenen Anerkennung der postgradualen Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen, gibt allen Schweizer Psychologiestudierenden die Bestätigung, in einem spannenden und anerkannten Berufsfeld tätig sein zu können.</p> <p>Dank gebührt auch dem BAG und deren Gremien, deren Vorarbeit zu diesem Verordnungsentwurf geführt haben. Leider wurden psychologische Psychotherapeuten nicht in die Diskussion zur Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen, was sicherlich zur Qualität und Kohärenz der Verordnungsentwurfs positiv beigetragen hätte.</p> <p>Wir möchten hierbei explizit darauf hinweisen, dass psyCH sich der Stellungnahme und der Position der drei Psychologie-/ Psychotherapieverbände SBAP, FSP und ASP anschliesst.</p>
psyCH	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche der psyCH klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psyCH ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Der verbesserte Zugang zur Psychotherapie, speziell in Krisen- und Notfallsituationen, ist dringend notwendig. Durch die Anordnung seitens der Grundversorgern werden bestehende Hürden in der Versorgung von psychisch Kranken abgebaut. Weiter stützen wir klar, die durch den Modellwechsel erwartete Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung durch die Verbindlichkeit des PsyG. • psyCH ist ganzheitlich einverstanden mit den Anordnungsvoraussetzungen resp. dem Vorschlag der anordnungsberechtigten ÄrztInnen. Dies sichert den niederschweligen Zugang zur Psychotherapie, was die rechtzeitige Versorgung der PatientInnen erhöht und – durch weniger Chronifizierung und stationäre Aufenthalte – langfristig Kosten im Gesundheitssystem einspart.
psyCH	<p>Inhalte der Vorlage, welche psyCH ablehnt und deren Anpassung er fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psyCH lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Wir fordern 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"> • psyCH lehnt die damit verbundene stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische PsychotherapeutInnen gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • psyCH ist mit dem zusätzlichen klinischen Jahr einverstanden. Es muss aber zwingend möglich sein, dieses bereits während der Weiterbildung und auch unter der Leitung einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder eines eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten zu absolvieren. • psyCH lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. psyCH verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • psyCH ist grundsätzlich mit dem Antrag um Fortsetzung der Therapie (allerdings erst nach 40 Sitzungen) durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt einverstanden. Der dazugehörige Bericht muss aber zwingend von der behandelnden Psychotherapeutin oder vom behandelnden Psychotherapeuten verfasst, unterzeichnet und verrechnet werden. • psyCH 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.
psyCH	<p>Ergänzungen, die psyCH vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PsychotherapeutInnen in Ausbildung werden im Verordnungsentwurf zu wenig berücksichtigt. Aus Gründen der Qualitätssicherung stützen wir die vorgeschlagene Regelung, dass PsychologInnen in Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten nicht zur selbständigen Abrechnung über die Krankenkasse zugelassen sind. psyCH verlangt jedoch, dass die berufliche Ausbildung von PsychotherapeutInnen gesichert ist und wünscht sich die Zusammenarbeit mit den Kantonen für die langfristige Sicherstellung der Ausbildungsplätze. Ob in der Zukunft eine Praxisassistenz analog den ÄrztInnen angezeigt ist, was eine Verrechenbarkeit in der OKP nach sich ziehen müsste, muss überprüft werden. Dies gehört aber in die Weiterbildungsregulatorien. Dies soll analog der ärztlichen Regelung (Tarmed Rahmenvertrag Artikel 8) auch für die psychologische Psychotherapie möglich sein. • Mit der aktuellen Vorlage ist unklar, wie die zukünftige Situation von angestellten PsychotherapeutInnen in privaten und öffentlichen Organisationen geregelt ist. Aus Sicht von psyCH braucht es weiterhin die Möglichkeit psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen.

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

	<ul style="list-style-type: none"> • psyCH unterstützt grundsätzliche Massnahmen, welche ungerechtfertigte Mengenausweitungen im Gesundheitswesen entgegenwirken. Liegt das Wachstum bei Neuzulassungen in einem Kanton höher als im schweizerischen Durchschnitt kann sich psyCH eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. psyCH fordert einen Nachweis der Sprachkompetenz auf Niveau C1 in einer der Schweizer Amtssprachen als Zulassungskriterium für Personen mit ausländischem Diplom.
--	---

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

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

psyCH	50c	1	a & b	<p>Eidg. Titel und kantonale Bewilligung</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen PsychotherapeutInnen auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.</p>	
psyCH	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 psyCH unbestritten. psyCH 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. psyCH steht aber der geforderten zusätzlichen Erfahrung von 12 Monaten klinischer Praxis kritisch gegenüber, sofern diese nur nach Abschluss der Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin oder zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen kann. psyCH begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für psyCH ist nicht nachvollziehbar, warum das zusätzliche klinische Jahr erst NACH Abschluss der Weiterbildung zu erfolgen hat. Es gibt keine Argumente – weder fachliche noch qualitätsbezogene – welche eine solche zeitliche Einschränkung rechtfertigen würden.</p> <p>Die Anzahl Stellen in den vorgeschlagenen Institutionen SIWF Kat. A und B entsprechen nicht dem Bedarf. Bereits heute besteht eine Knappheit an Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch</p>	<p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:</p> <p>c. während oder nach Erlangung eines Weiterbildungstitels eine klinische Erfahrung von 12 Monaten zusätzlich zur in der Weiterbildung verlangten klinischen Praxis in einer [...] unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten.</p>

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

				<p>gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulanten Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog ÄrztInnen).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einer Fachärztin oder einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>psyCH 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 psyCH ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer eidg. anerkannten PsychotherapeutIn oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
--	--	--	--	--	--

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

psyCH	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. psyCH 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)
psyCH	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>psyCH ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahres einverstanden. Als kritisch erachtet psyCH 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 psyCH folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische PsychotherapeutInnen zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen</p>	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p>

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

				angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.	
psyCH	52d			Keine Bemerkungen	
psyCH	(neu) 52e			Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html .	Organisation der Neuropsychologen Organisation der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie: a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hochstehende und zweckmässige neuropsychologischen Leistungen erbracht werden.
psyCH	Übergangsbest.	1 & 2		psyCH begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig zugelassene PsychotherapeutInnen. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die	

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

				Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
psyCH	Übergangsbest.	3		psyCH stellt fest, dass bei der Übergangsbestimmung die NeuropsychologInnen keine Erwähnung finden. Es gibt einige Kantone, die bisher keine Bewilligungspflicht für die NeuropsychologInnen kennen. Daher kann eine Übergangsbestimmung, welche die NeuropsychologInnen angemessen berücksichtigt, nicht an die Bewilligung knüpfen, sondern an die bisherige Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung.	Leistungserbringer nach den Artikeln 45 und 46 Absatz 1 Buchstagen a-c, e und f [...]

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
psyCH	2	1	a	Keine Bemerkungen	
psyCH	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik psyCH teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:	Art. 2 Abs. 1 lit. b streichen b. Sie umfasst eine Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten

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

			<ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jede Patientin und jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische als auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelne Patientin oder einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiaagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>psyCH schlägt vor, die Einführung einer solchen Diagnostik sowie die zu verwendenden</p>	
--	--	--	---	--

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

				Instrumente in einem Modellprojekt auf seine Tauglichkeit und Praktikabilität zu prüfen. Eine solche Prüfung könnte beispielsweise unter dem geplanten «Experimentierartikel» im KVG erfolgen. Auf der Basis der Resultate könnte später ein ausgefeiltes Stichprobenmodell für die routinemässige Anwendung abgeleitet werden.	
psyCH	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>psyCH ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, PatientIn). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass PatientInnen nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Eine Limitierung der Sitzungsdauer bei einzelnen Personen auf 60 Minuten bzw. bei Gruppen auf 90 Minuten ist nicht zweckmässig, weil wichtige Behandlungsformen insbesondere</p>	Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

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

				<p>Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>psyCH ist daher der Meinung, dass Vorgaben über die Sitzungsdauer nicht auf Verordnungsebene zu regeln sind und verlangt daher die Streichung der vorgeschlagene Sitzungsdauer für Einzel- und Gruppentherapien. Die Sitzungsdauer ist in den Tarifverträgen zu regeln, resp. über die Tarifierung zu beschränken. Vgl. auch Streichung der Angabe der Sitzungsdauer unter Art. 11b Abs 2 und 3.</p>	
psyCH	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>
psyCH	11b	1		Keine Bemerkungen	
psyCH	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte ÄrztInnen</p> <p>psyCH begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugte Ärztinnen und</p>	<p>Änderungsvorschlag für die französische Version:</p> <p>[...] vertu de l'ancien droit, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en</p>

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

				<p>anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedenen Kategorien von ÄrztInnen dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. psyCH geht davon aus, dass der deutsche Text massgeblich ist und macht daher hier den Korrekturvorschlag für die französische Version, wo der ärztliche Fachtitel «Kinder und Jugendmedizin» falsch übersetzt wurde.</p>	<p>psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pédiatriques, psychologie des enfants et des adolescents, en pédiatrie ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en [...]</p>
psyCH	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 psyCH den Vorschlag, dass bei Kriseninterventionen die Anordnung von ÄrztInnen jeder Fachrichtung erfolgen kann.</p>	<p>Änderungsvorschlag</p> <p>bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.</p>

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

				Dies dient klar der Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung. Was aber fehlt ist eine Definition der Krisensituation inkl. der Kriterien, die dafür erfüllt werden müssen.	
psyCH	11b	2		<p>Begrenzung auf 15 Sitzungen</p> <p>Begrenzung auf 15 Sitzungen sind inakzeptabel, da kostspielig und unnötig. Eine Ungleichbehandlung mit den ärztlichen PsychotherapeutInnen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie führt zu einer administrativen Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die PatientInnen und die Therapie. Die Behandlung von schwer chronisch erkrankten Personen wird durch diese Begrenzung unmöglich werden. Dies verschlechtert den Zugang zur Psychotherapie, anstatt ihn zu verbessern.</p> <p>Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.</p>
psyCH	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>
psyCH	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</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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.
psyCH	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden müssen von der fallverantwortlichen Psychotherapeutin oder vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht von der anordnenden Ärztin oder vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.
psyCH	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.	

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren
betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie
von Psychologiestudierenden der Universität Zürich

Kontaktperson:

Ann-Catherine Amiet

Hortweg 10

8800 Thalwil

E-Mail: ann-catherine.amiet@bluewin.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Zürich, 16.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Psychologiestudierende an der Universität Zürich möchten wir Stellung zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie nehmen.

Die vom Bundesamt für Gesundheit beauftragte Studie (Stocker et al. 2016) untermauert die Unterversorgung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote insbesondere in ländlichen Regionen der Schweiz sowie im Kinder- und Jugendpsychologischen Bereich.

Als Psychologiestudierende setzen wir uns während der fünfjährigen universitären Ausbildung umfassend mit der Diagnoseerstellung, evidenzbasierten Therapieindikation, Störungsbildern sowie den aktuellen Leitlinien auseinander. Nach dem abgeschlossenen Masterstudium bilden sich Psychologinnen und Psychologen mittels einer mehrjährigen postgradualen Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeutin / zum eidg. anerkannten Psychotherapeuten weiter. Eine professionelle Behandlung nach den aktuellen Standards ist somit gewährleistet.

Aus diesen Gründen unterstützen wir die Einführung des Anordnungsmodells um einen besseren Zugang zur Psychotherapie zu gewährleisten, da es an Angeboten fehlt, welche über die Grundversicherung abgerechnet werden können.

Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

Vorname	Nachname
Ann-Catherine	Amiet

Nicole	Gsell
Roya	Hüppi
Melvin	Gassmann
Jeroen	De Wit
Elena	Federici
Alexandra	Isler
Loana	Brestel
Michèle	Devorvet
Annika	Schneiter
Aleyna	Ekinci
Alexandra	Liggenstorfer
Lisa	Schiesser
Céline	Lercher
Preveen	Panakkal
Tamara	Lovrinovic
Andrea	Docì
Audrey	Von Rückmann
Sarah	Campagnaro
Lea	Kälin
Laura	Pascolo
Sara	Aeschlimann
Melissa	Mmakli
Atalia	Adank
Svenja	Staubli
Chiara	Ammann
Marie	Conrad
Anina	Giacometti
Zoé	Dolder
Annina	Jagow
Jan	Gehrig
Pascale	Müller
Noemi	Esposito
Marina	Renner
Melanie	Menzi
Delia	Frei
Giulio	Muscatello
Oliver	Kälin
Yalini	Ahrumukam
Sina	Nägelin
Simon	Graf
Miriam	Stüble
Patricia	Ritter
Carmen	Geel
Stella	Brogna
Charlotte	Baldenweg
Katja	Wildmann
Sina	Poffa
Valentina	Jäger
Jana	Kruschitz
Michael	Solari
Paul	Heuschmidt
Elena	Heitz
Lara	Friedrich
Olivia	Blattmann
Julia	Rümmelein
Melinda	Hofstetter
Sila	Simmen
Manuela	Werder
Stephanie	Senn

Gina	Fischli
Tamara	Möschinger
Julia	Suter
Elissa Belinda	Martin
Florianne	Betschart
Sarah	Sprich
Rebecca	Hasler
Cynthia	Schaeffer
Nora	Brenneisen
Jill	Schell
Géraldine	Wiki
Kim	Haller
Livia	Koller
Leonie	Nordmann
Pascal	Deschwanden
Ronja	Barelli
Luca	Giani
Laura	Keller
David	Vuckovic
Lea	Mubi
Nael	Ackermann
Patrick	Hürzeler
Anna	Hjelmér
Noémi	Hächler
Magdalena	Kälin
Noelle	Von Gunten
Pascal	Misala
Melina	Camin
Jenny	Bargetzi
Patricia	Küttel
Berit	Sewing
Corina	Asta
Maxine	De Ven
Mauro	Mey
Nicolas	Albertz
Liridona	Hoti
Susi	Wehrli
Gioia	Köppel
Nora Selina	Merz
Noëla	de Vries
Ines	Travas
Linus	Marty
Liliane	Bär
Mara	Müller
Sandra	Hüni
Celina	Weder
Nora	Fehr
Florian	Eschenmoser
Matias	Jacomet
Renato	Baumann
Julia	Dünki
Marina	Van Spyk
Ramona	Marchetti
Martha	Mundinger
Lucia	Tschannen
Linda	Affolter
Dorien	Van Veen
Marisa	Rischatsch
Valentina	Vogel

Jamin	Friedrich
Lara	Dinner
Robert	Staeck
Robin	Peter
Sandro	Stutz
Tabea	Witzig
Sara	Saradjen
Cagla	Elveren
Moira	Corina
Jenny	Stutz
Christine	Berger
Dominique	Baumann
Ueli	Stocker
Tiziana	Specker
Dinah	Kübler
Livia	Ruckli
Marcia	Arbenz
Katja	Fischer

Grundsätzlich unterstützen wir als psychoanalytisches Weiterbildungsinstitut die bundesrätlichen Ziele einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung und der Rahmenbedingungen für die psychologischen Psychotherapeut*innen. Nach der erfolgreichen Akkreditierung unseres qualitativ hochstehenden Weiterbildungsangebots halten wir es für an der Zeit, die selbständige, eigenverantwortliche Ausübung der psychologischen Psychotherapie neu zu regeln, in Einklang mit den Anforderungen an die Berufsausübung gemäss PsyG.

In der Beilage finden Sie unsere Stellungnahme mit Erläuterungen und Veränderungsvorschlägen.

Wir haben in einem internen Mail vom 12. Sept. 2019 die Mitglieder des Psychoanalytischen Seminars Zürich zu dieser Stellungnahme befragt. Angehängt finden Sie ebenfalls die Zusammenfassung der Umfrageergebnisse und die Liste der PSZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer, welche diese Stellungnahme namentlich unterstützen.

Von den 120 Umfrage-Teilnehmer*innen unterstützen 97,5 % die Stellungnahme des PSZ zum Anordnungsmodell gemäss Vernehmlassungsentwurf. Die Zustimmung zur PSZ Stellungnahme und den darin geforderten Verbesserungsvorschlägen ist damit sehr hoch!

Eine überwältigende Mehrheit von 97,5 % der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen unterstützen den Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell, aber nur mit den Anpassungen gemäss der Stellungnahme des PSZ. Bei einer Umsetzung des Anordnungsmodells gemäss vorliegendem Entwurf befürchten wir eine deutliche Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die Patient*innen sowie für die Psychotherapeut*innen.

Unsere Kritik am Entwurf zum Anordnungsmodell im Vernehmlassungsverfahren, wird in wesentlichen Punkten auch von den Berufsverbänden FSP, GedaP, ASP, SBAB, EFPP geteilt. Unsere spezifische Sorge richtet sich insbesondere auf die massiv erschwerte Durchführung von längerfristiger psychoanalytischer Langzeittherapien bei Umsetzung des bisherigen Vernehmlassungsentwurfs zum Anordnungsmodell – und dies, nachdem wir viel Aufwand und Ressourcen in die Akkreditierung unserer Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie investiert haben.

Wir hoffen, dass die Änderungsvorschläge unserer Stellungnahme ernst genommen werden und somit die Ziele des Bundesrats zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung und der Arbeitsbedingungen der psychologischen Psychotherapeut*innen umgesetzt werden können.

Im Namen der Seminarleitung des PSZ

Norbert Wolff

Psychoanalytisches Seminar Zürich (PSZ)

Quellenstrasse 25/27

CH - 8005 Zürich

Tel. 044 - 271 73 97

Fax 044 - 271 73 71

E-Mail: sekretariat@psychoanalyse-zuerich.ch

www.psychoanalyse-zuerich.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 : Leonie Schmidlin

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Rue Hans Geiler 1

Kontaktperson :

Telefon : +49 1606023491

E-Mail : leonie.schmidlin@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile 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**

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stiftung Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SEAG

Adresse : Susenbergstrasse 45, 8044 Zürich

Kontaktperson : Lotti Müller

Telefon : 079 769 11 90

E-Mail : lotti.mueller@integrative-therapie-seag.ch

Datum : 04.10.2019

**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
SEAG	<p>Die SEAG 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 SEAG bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p style="background-color: yellow;">Wir möchten hier explizit darauf hinweisen, dass diese Stellungnahme der SGIT der Stellungnahme der FSP, der ASP und des SBAP entspricht, welche sie zusammen erarbeitet haben.</p>
SEAG	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die SEAG klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die SEAG 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 SEAG 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.
SEAG	<p>Inhalte der Vorlage, welche die SEAG ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die SEAG 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 SEAG lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die SEAG 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 SEAG lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die SEAG verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die SEAG 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 SEAG 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.
SEAG	<p>Ergänzungen, welche die SEAG 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 SEAG 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 SEAG braucht es weiterhin die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. • Die SEAG 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 SEAG eine vergleichbare Lösung wie beim Vernehmlassungsentwurf des indirekten Gegenvorschlags der Pflegeinitiative vorstellen. • Psychotherapie basiert auf Sprache. Die SEAG 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**

SEAG	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)
SEAG	45-50a			Keine Bemerkungen	
SEAG	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>	
SEAG	50c	1	a & b	Eidg. Titel und kantonale Bewilligung	

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

				Die Zulassungsvoraussetzungen von psychologischen Psychotherapeuten auf den im PsyG definierten eidg. Weiterbildungstitel sowie auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung zu basieren erscheint sinnvoll und das einzig Richtige.	
SEAG	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 SEAG unbestritten. Die SEAG 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 SEAG 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 SEAG begrüsst die zusätzlichen 12 Monate klinische Erfahrung, falls diese auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Für die SEAG 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</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>durch die Einführung eines zusätzlichen Jahres klinischer Praxis noch gesteigert wird. Zudem ist durch die Streichung der Tarmedpositionen der delegierten Psychotherapie auch die Finanzierung dieser Ausbildungsplätze ungesichert – speziell problematisch ist dies im spitalambulantem Bereich. Dieser Problematik kann begegnet werden, indem die Kantone verpflichtet werden, genügend Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und mitzufinanzieren (analog Ärzte).</p> <p>Weiter ist die Bedingung, dass die klinische Praxis während dieser zusätzlichen 12 Monate von einem Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden soll, zu einschränkend in Bezug auf die Verfügbarkeit von Praxisstellen aber auch aus fachlicher Sicht.</p> <p>Die SEAG 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 SEAG ab. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten 	
--	--	--	--	--

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 erfolgen können.	
SEAG	50c	1	d (neu)	<p>Sprachkompetenz</p> <p>Die Psychotherapie ist eine Therapieform, die auf Sprache basiert. Ungenügende Sprachkompetenz gefährdet daher den Therapieerfolg. Die SEAG 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)
SEAG	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die SEAG ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die SEAG 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 SEAG folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen. • Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. 	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p> <p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p>

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

				<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>[...] 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>
SEAG	52d			<p>Keine Bemerkungen</p>	
SEAG	(neu) 52e			<p>Die Begründung zur Ergänzung der Organisation der Neuropsychologie entspricht derjenigen der Psychotherapie: ein Bedürfnis der modernen Leistungserbringung wie in der Strategie Gesundheit 2020 festgehalten https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html.</p>	<p>Organisation der Neuropsychologen Organisationen der Neuropsychologen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b) ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c) ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b erfüllen d) über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; <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>
SEAG	Übergangsbest.	1 & 2		<p>Die SEAG begrüsst die beiden Übergangsbestimmungen im Sinne der Besitzstandswahrung für bisherig</p>	

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

				zugelassene Psychotherapeuten. Diese Bestimmung dämpft auf sinnvolle Weise die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, die durch die Einführung von zusätzlichen 12 Monaten klinischer Erfahrung zunehmen wird.	
SEAG	Übergangsbest.	3		Die SEAG 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)
SEAG	2	1	a	Keine Bemerkungen	
SEAG	2	1	b	Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik Die SEAG teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit dem Vorschlag der Einführung einer Einstiegs-	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>Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik wird das Ziel verfehlt. Dazu folgende Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer solchen Diagnostik für jeden Patienten würde eine riesige Datenmenge kreieren, deren technische wie auch inhaltliche Verarbeitung und die damit verbundenen Kosten im Vergleich zum Nutzen unverhältnismässig sind. • Datenerhebung pro einzelnen Patienten ist aus Datenschutzgründen nicht zuzulassen. • Der Einschluss von Verlaufserhebungen ist zwar wissenschaftlich ein wichtiges Thema der Psychotherapieforschung. Für ein Routinemonitoring ist diese aber nicht praktikabel, da die vorgegebene Anzahl von Sitzungen (30) zeitlich nicht ausreichend sind für Therapie und Routinemonitoring und je nach Störungsbild den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Bereits die Erstellung der Eingangsdiagnose benötigt 4-5 Sitzungen, bei Kindern sogar bis zu 7 Sitzungen. • Die Überprüfung der Leistungserbringung via psychometrische Mittel stellt eine Diskriminierung der psychischen Erkrankungen gegenüber somatischen Erkrankungen dar, wo diese Überprüfung nicht gefordert ist. <p>Die SEAG schlägt vor, die Einführung einer</p>	
--	--	--	--	--

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

				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.	
SEAG	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die SEAG 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</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.

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

				<p>Krisenintervention, Abklärungen bei Kindern und Jugendlichen, Expositionen bei Ängsten, Psychotherapien mit Dolmetschern etc. damit verunmöglicht würden. Die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen würde damit deutlich erschwert.</p> <p>Die SEAG 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>	
SEAG	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>
SEAG	11b	1		Keine Bemerkungen	
SEAG	11b	1	a	<p>Anordnungsbefugte Ärzte</p> <p>Die SEAG begrüsst ohne Einwände den Vorschlag über die für die psychologische Psychotherapie anordnungsbefugten Ärzte. Die Möglichkeit der Zuweisung über verschiedene</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</p>

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

				<p>Kategorien von Ärzten dient klar dem Abbau von Zugangshürden – speziell auch in Krisensituationen. Auch für Personen, die im Hausarztmodell versichert sind, kann so ein anderer Arzt eine Psychotherapie anordnen.</p> <p>In der französischen Version der Verordnungsvorlage ist hier ein Übersetzungsfehler unterlaufen. Die SEAG Die SEAG 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 SEAG ist es nicht möglich diesen Übersetzungsfehler im laufenden Vernehmlassungsverfahren zu korrigieren (Mail vom 2. September 2019, 12.53 Uhr)</p>	<p>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>
SEAG	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</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**

				begrüssst die SEAG 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.	
SEAG	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>	Antrag auf Streichung: Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
SEAG	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>	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.
SEAG	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat	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**

				gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
SEAG	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.
SEAG	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 : Sébastien Sierro / Studierender der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue des Vergers 3, 3977 Granges

Kontaktperson : Sébastien Sierro

Telefon : 0795039861

E-Mail : sebastien.sierro@unifr.ch

Datum : 13.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Sébastien Sierro	BSc Psychologe. Bachelorstudent der Psychologie an der Universität Fribourg. Ich stimme dieser von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch verfassten Stellungnahme zu.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

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

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodell weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Jan-Philip Knirsch/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Serina Blättler / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Henri-Dunant 19

Kontaktperson : Serina Blättler

Telefon : 0792578699

E-Mail : serina.blaettler@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen: Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Allgemeine Bemerkungen

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Serina Blättler	Ich stimme dem Statement geschrieben von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Kirsch zu.
	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG) 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>

1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen

Epidemiologie:

Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34). Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.

Angebot:

Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungseingpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.

2.7 Kostenübernahme

Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.

3 Auswirkungen

4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.

Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.

	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</p>

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

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue François-Guillimann 5, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Sophia Thalman

Telefon : 0766115190

E-Mail : sophia.thalman@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found. Thalmann	Psychologiestudentin im Bachelor der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologie als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Sophia Thalmann/Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	

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 : Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne

Abréviation de l'entreprise / organisation : SSP

Adresse : Géopolis, CH-1015 Lausanne

Personne de référence : Prof. Marie Santiago Delefosse, Doyenne de SSP

Téléphone : +41 21 692 31 11

Courriel : doyenne-ssp@unil.ch

Date : 14.10.2019

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre participation.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques générales	
Nom/entreprise	Commentaires/remarques
SSP/UNIL	<p>La Faculté SSP, comme actrice des formations postgrades via les filières interuniversitaires romandes de formation postgrade en psychothérapie de l'Université de Lausanne (Master of Advanced Studies (ci-après : MAS) en psychothérapie comportementale et cognitive, MAS en psychothérapie systémique et MAS en psychothérapie psychanalytique), salue le projet de modification de l'OAMal et de l'OPAS concernant la psychothérapie pratiquée par des psychologues.</p> <p>Le projet va dans le sens : (a) d'une amélioration de l'autonomie des psychologues-psychothérapeutes dans leur pratique et d'un meilleur respect de leur niveau de formation professionnelle, (b) de la prise en compte des connaissances actuelles en matière d'efficacité des traitements psychothérapeutiques en regard à la formation des professionnels de la santé, en particulier celle des psychologues ; (c) de l'amélioration dans l'accès aux soins psychiques.</p> <p>Nous estimons néanmoins que les textes soumis à consultation méritent des adaptations afin de mieux tenir compte des conditions et impératifs de formation des psychologues qui se destinent à la spécialisation en psychothérapie.</p>
SSP/UNIL	<p><i>Autonomie des psychologues-psychothérapeutes</i></p> <p>L'évolution vers une pratique de la psychothérapie par des psychologues qui soient non seulement autonomes mais également remboursés par l'assurance-maladie de base représente une suite logique à l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie (LPsy ; RS 935.81) et de l'Ordonnance sur les professions relevant du domaine de la psychologie (Opsy ; 935.811) en 2013. En effet, comme rappelé dans le rapport explicatif sur la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues-psychothérapeutes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), le modèle de la délégation est une exception qui existe depuis 1981 suite à « un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 107 V 46), qui l'a qualifié expressément de réglementation transitoire jusqu'à ce que la profession de psychologue-psychothérapeute soit réglementée par la loi ». Le fait de pouvoir réagir sur un texte qui cherche à mettre en place les changements souhaités est évidemment une action que nous saluons à sa juste valeur.</p> <p>La mise en œuvre de standards de qualité pour la formation postgrade des psychologues, notamment en psychothérapie, ainsi que les processus pointus et rigoureux d'accréditation des filières de formation postgrade représentent autant de pas importants qui permettent aujourd'hui de garantir une relève de haute qualité et une délivrance des soins auprès du public, comparable à celle attendue des médecins spécialistes FMH. La formation très exigeante qui aboutit au titre fédéral de psychothérapeute garantit en effet la qualité des prestations offertes aux patients. Le changement vers un modèle des prestations de psychothérapie par prescription, et l'admission des psychologues-psychothérapeutes dans l'OAMal au même titre que d'autres professionnels de la santé s'effectuent donc dans un cadre parfaitement règlementé qui permet de tourner</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 page du modèle de la délégation assez unanimement reconnu aujourd'hui comme obsolète mais aussi dévalorisant vis-à-vis de professionnels disposant d'une formation de base universitaire associée à 4-6 ans au moins de spécialisation.</p>
<p>SSP/UNIL</p>	<p><i>Efficacité des psychothérapies au regard de la formation des psychothérapeutes</i></p> <p>Le modèle actuel de délégation est davantage lié à l'historique du soin psychiatrique en Suisse qu'à des données scientifiques issues d'études contrôlées ou des observations empiriques sur le terrain qui montreraient une supériorité dans l'efficacité des psychiatres par rapport aux psychologues-psychothérapeutes.</p> <p>Les preuves scientifiques les plus récentes suggèrent que la formation de base en psychiatrie ou en psychologie n'a aucun effet sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques, quelle que soit la sévérité de l'atteinte psychique du patient¹, mais que le bon respect des méthodes de traitement, y compris dans les phases de diagnostic et d'indication à la psychothérapie, sont des paramètres importants à prendre en considération. La formation spécifique aux traitements psychothérapeutiques qui seront délivrés prime donc sur la formation de base des professionnels. À ce titre, il est important de rappeler que les fondements scientifiques de l'efficacité des psychothérapies sont établis sur la base de traitements menés en général par des psychothérapeutes, principalement des psychologues ou professionnels en santé mentale formés spécifiquement à un modèle de psychothérapie². La place des psychiatres-psychothérapeutes y est plus rare.</p> <p>En Suisse, la formation des psychologues-psychothérapeutes est sur un certain nombre de points comparable à celle des psychiatres-psychothérapeutes. Sur le terrain de la Suisse romande, notre expérience dans la conduite des formations postgrades en psychothérapie et l'accompagnement de psychologues ou de médecins dans ces parcours montre que, au vu des exigences de formation et des cursus suivis par les uns et les autres, les psychologues spécialisés en psychothérapie ont une formation tout aussi rigoureuse.</p> <p>On peut noter aussi que nombre de formations accréditées en psychothérapie, dont celles organisées par l'UNIL, réunissent dans leurs cours des psychologues et des psychiatres, avec un gain évident en termes d'échanges interdisciplinaires. Dans le cadre de la formation continue, au-delà de l'obtention des titres de spécialisation, ceci est encore plus courant et répandu, et ce depuis plusieurs décennies déjà. Il n'y a donc aucune raison de poser des différences entre corps professionnels sur le plan d'un remboursement de traitements là où tous s'accordent pour dire que médecins et psychologues disposent de compétences similaires.</p> <p>L'adoption d'un modèle de prescription ne fait somme toute que rendre justice à la qualité des soins que les psychologues ayant terminé leur spécialisation en psychothérapie sont en mesure de fournir à leurs patients.</p>

1 Lambert M.J. (Ed.) (2013), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th edition). Hoboken, NJ: Wiley and sons.

2 Layard R., Clark D.M. (2014). Thrive: The Power of Evidence-Based Psychological Therapies. Penguin.

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

SSP/UNIL	<p><i>Amélioration dans l'accès aux soins psychiques</i></p> <p>La prescription de la psychothérapie par des médecins titulaires d'un titre postgrade fédéral (Art 11b OPAS) qui ne soient pas forcément que des psychiatres nous paraît une avancée cruciale. À l'heure actuelle en Suisse, 41% du total de la pratique du diagnostic psychiatrique est effectué par des médecins généralistes et internistes³. Si l'on suit les directives de la société suisse de psychiatrie, la prescription de psychotropes (comme par exemple des antidépresseurs) devrait être accompagnée d'une psychothérapie ou à tout le moins d'un soin psychologique adéquat⁴. Il est évident que les médecins non psychiatres qui prescrivent des psychotropes ne sont pas formés pour conduire de tels traitements psychothérapeutiques. Le recours à la prescription est pour eux la meilleure manière de respecter ces directives.</p> <p>Tout en rappelant que limiter la capacité de prescription de la psychothérapie aux seuls psychiatres conduirait à une concurrence de fait avec les psychologues-psychothérapeutes et donc à une restriction dans l'accès aux soins aux psychothérapies, nous estimons qu'il appartient aux médecins de déterminer quels spécialistes auront le droit ou non de prescrire des psychothérapies, ceci afin d'éviter des dérives avec des prescriptions peu pertinentes qui pourraient parasiter les démarches d'accès aux soins psychothérapeutiques. Une formation de base bien calibrée assortie de rappels de formation continue en la matière nous paraît être une solution adéquate pour que des médecins non psychiatres réalisent des prescriptions à la psychothérapie qui soient judicieuses et actualisées par rapport à l'évolution des traitements dans ce domaine.</p> <p>La recherche scientifique montre que l'accès aux soins dans un délai court améliore en général l'effet psychothérapeutique et le pronostic. On sait que pour certaines pathologies l'allongement de la durée de maladie non traitée est assez directement lié à la résistance au traitement et augmente la difficulté à obtenir des résultats probants. De nombreux pays ont entamé d'ailleurs des campagnes nationales pour permettre un accès facilité et le plus précoce possible aux soins psychothérapeutiques, notamment au Canada, au Royaume-Uni ou en Australie^{5,6}. Toutes ces initiatives partent du constat qu'un travail adéquat de prévention secondaire et tertiaire (prévention respectivement de l'aggravation de troubles existants et des rechutes/récurrences des troubles après rétablissement) est indispensable pour permettre aux personnes souffrant de troubles mentaux non seulement d'aspirer, comme tout un chacun, à une vie digne d'être vécue mais aussi d'éviter les processus de mobilité sociale descendante et de stigmatisation (perte d'emploi, pertes de revenus, isolement social, etc.) qui peut encore trop souvent caractériser la</p>
----------	---

3 Dedeystère, C., Saraga, M., & Stiefel, F. (2012). Prescription des psychotropes au cabinet médical. *Revue médicale suisse*, 8, 355-381. <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-328/Prescription-des-psychotropes-au-cabinet-medical>

4 Conus P., Preisig M., Bondolfi G., Kaiser, S., Kramer U., Perroud N., Euler S. (2019). Psychiatrie : recommandations thérapeutiques suisses. *Revue Médicale Suisse*, 15(632-633):101-103. <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-632-633/Psychiatrie-recommandations-therapeutiques-suisses>

5 Department of Health. (2008). Improving access to physiological therapies: Implementation plan: National guidelines for regional delivery. (iapt.nhs.uk/silo/files/implementation-plan-national-guidelines-for-regional-delivery.pdf)

6 Bradley S., Drapeau M. (2014). Increasing access to mental health care through government-funded psychotherapy: The perspectives of clinicians. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 55(2), 80–89. <http://doi.org/10.1037/a0036453>

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des 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>destinée de ces personnes. Il appartient maintenant à la recherche de confirmer par des études au long cours toute la pertinence effective de ces projets.</p>
SSP/UNIL	<p><i>Conditions et impératifs de formation des psychologues qui se destinent à la spécialisation en psychothérapie</i></p> <p>La mise en place de conditions de formation adéquates pour les psychologues est absolument cruciale pour assurer que le projet contenu dans la LPsy soit effectivement réalisé. Dans ce sens certains éléments des textes soumis à la consultation ne nous semblent pas faciliter la trajectoire de formation. Les psychothérapeutes en formation ne nous semblent pas suffisamment pris en compte dans le projet d'ordonnance.</p> <p>Nous pouvons effectivement admettre la disposition selon laquelle les psychologues en formation à la psychothérapie ne sont pas autorisés à facturer à titre indépendant leurs prestations via la caisse-maladie, quand bien même cela peut être le cas dans le système de délégation actuelle (moyennant que certaines conditions soient remplies). Cependant la suppression de cette possibilité conduirait une majorité de psychologues qui se forment actuellement au sein de cabinets ou d'institutions privées de psychiatrie à ne plus avoir accès à la pratique clinique indispensable à leur formation. De plus, les institutions psychiatriques non seulement offrent un nombre de places plutôt limité (en regard notamment du nombre de places de formation pour les psychiatres) mais développent une politique de restriction de ces places au profit de l'engagement de psychothérapeutes déjà formés. On peut craindre qu'à terme le nombre de places de formation soit si limité que cela non seulement mettrait en péril la relève des psychothérapeutes mais également la survie financière des filières de formation postgrade.</p> <p>Il serait donc pertinent que le texte prévoie des mesures qui permettent d'assurer l'existence de places de formation pour les psychologues, par exemple en promouvant d'autres modèles compatibles avec les exigences de la loi, comme celui de l'assistantat au cabinet du praticien. Un tel modèle existe pour les médecins et il n'y a aucune raison particulière qui empêcherait son extension aux psychologues. Ce point devrait être clarifié par la réglementation de la formation postgrade, et les possibilités dont disposent les médecins (convention-cadre Tarmed, article 8) devraient également être offertes aux psychologues-psychothérapeutes.</p>

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

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation

Remarques concernant le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Nom/entreprise	Art.	Al.	Let.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
SSP/UNIL	50c	1	c	<p>Une expérience de psychologue clinicien 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. On peut admettre que cette pratique clinique s'étende sur 24 mois exigés dans des services de santé mentale ayant des mandats de soin psychiatriques-psychothérapeutiques et recevant des patients présentant une large variété de troubles psychiques. Cette exigence est aujourd'hui de 12 mois minimum avec 1 année pouvant être réalisée dans des institutions de soins psychosociaux. Il est par contre peu concevable qu'une année de cette pratique soit exigée après la formation postgrade en psychothérapie. Rien ne semble justifier que cette expérience clinique supplémentaire d'un an doive être effectuée uniquement après la formation postgrade, ce d'autant plus qu'une fois les formations postgrades terminées, les psychologues assistants n'ont plus accès en principe aux postes de formation. Une telle limite viendrait indubitablement tendre le marché des postes de formation et générer de la confusion plutôt que de la clarté dans le parcours de formation postgrade des psychologues.</p> <p>Le nombre de postes dans les institutions ISFM des catégories A et B proposées ne correspond pas aux besoins à remplir et certaines institutions psychiatriques romandes, comme le CHUV, semblent plutôt vouloir réduire encore ces postes. L'ajout d'une année de pratique clinique supplémentaire viendrait</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>tendre encore davantage un marché des postes de formation déjà limité. De plus, la suppression des positions Tarmed relatives à la psychothérapie déléguée crée une incertitude quant au financement de ces places de formation. Le risque d'une perte majeure de tels postes est important et le cas échéant pourrait compromettre la survie de filières de formation postgrade.</p> <p>De plus la pratique clinique supplémentaire devrait pouvoir être effectuée sous la direction, soit d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit d'un psychothérapeute reconnu au niveau fédéral, comme cela est le cas dans les standards de qualité pour l'accréditation des filières de formation postgrade. L'année de pratique clinique dans les établissements de psychiatrie et psychothérapie reconnus par l'ISFM évoqués dans le projet d'ordonnance devrait également pouvoir être réalisée dans des établissements de formation ambulatoires de catégorie A, conformément au ch. 5.2.3.1 ou de catégorie B, conformément au ch. 5.2.3.2 ou dans des établissements de catégorie C, conformément au ch. 5.2.3.3 du Programme de formation postgraduée du 1^{er} juillet 2009 « Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie » dans la version du 15 décembre 2016.</p>	
--	--	--	--	--

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

**Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'adaptation des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes fournissant des prestations sur ordonnance médicale
Procédure de consultation**

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

Nom/entreprise	Art.	Commentaires/remarques	Modification proposée (texte proposé)
----------------	------	------------------------	---------------------------------------

Lausanne, le 15 octobre, 2019
Marie Santiago-Delefosse, Doyenne
Faculté des Sciences Sociales et Politiques
Université de Lausanne



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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Route du Mont-Carmel 21, 1762 Givisiez

Kontaktperson : Stefanie Schlegge

Telefon : 0786756705

E-Mail : stefanie.schlegge@unifr.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Stefanie Schlegge	Aktuell im Masterstudium der Klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologin als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologische Psychotherapeutin geregelt. Somit ist die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

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

	Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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)
Stefanie Schlegge Studierende der Universität Fribourg	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Tom Kirsch / Samantha Rehm / David Reichmuth / Studierende der Universität Fribourg

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Riedsortstrasse 82, 6353 Weggis / Route de Bertigny 3, 1700 Fribourg / Bd. Perolles 3, 1700 Fribourg

Kontaktperson : David Reichmuth

Telefon : 0033 6 48 16 48 13 / 077 995 59 85 / 076 330 77 81

E-Mail : tom.kirsch@unifr.ch / samantha.rehm@unifr.ch / david.reichmuth@unifr.ch

Datum : 15.09.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>BSc Psychologe. Masterstudent der klinischen Psychologie an der Universität Fribourg. Verfasste Bachelorarbeit mit dem Thema «Stigmatisierung von Psychotherapie». In diesem Zusammenhang habe ich bereits strukturelle Defizite und Zugangshürden, sowie die Stigmatisierung von Psychotherapie in der Schweiz analysiert.</p> <p>Praktikant am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie bei Prof. Dr. Simone Munsch vom 22.02.2018 bis 23.05.2019</p> <p>Unterassistent am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie bei Prof. Dr. Simone Munsch vom 15.09.2018 bis zum 30.07.2019</p>
Samantha Rehm	Aktuell im Masterstudium der klinischen und Gesundheitspsychologie an der Universität Fribourg.
David Reichmuth	Besorgter Bürger (und nebenberuflich auch Psychologie-Student).
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psycho-</p>

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

	<p>logische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychoherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p>

¹ SR 935.81

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Angebot:

Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

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

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.⁴

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

⁴ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

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

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie.

Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.

2.7 Kostenübernahme

Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.

3 Auswirkungen

4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden die Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.

Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen 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**

	entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen.</p> <p>Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Tom Kirsch/David Reichmuth/Samantha Rehm/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				<p>Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.</p>	
--	--	--	--	--	--

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Tanja Schneider

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Hofmatt 8, 2555 Brugg

Kontaktperson :

Telefon : +41 77 446 19 01

E-Mail : tanja.schneider@unifr.ch

Datum : 11. 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 **14. 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
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert,

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

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

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt.

Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile 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**

	Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».

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

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
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.

AmfI	OP	KUV	OeG	VS		IT-GEVER
DS	Bundesamt für Gesundheit					LKV
DG	15. Okt. 2019					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

Zürich, 14.10.2019

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Als angehende Psychotherapeutinnen und ausgebildete Psychotherapeutin haben wir mit grosser Freude die Eröffnung der Vernehmlassung über die Einführung des Anordnungsmodells zur Kenntnis genommen und nehmen gerne Stellung dazu.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Fachspezialisten der Psychologie. Sie verfügen über eine fundierte und umfassende Ausbildung, die mit dem Bachelorstudium beginnt und nach 5 Jahren Studium und 4 Jahren postgradualer Psychotherapieweiterbildung in einem eidgenössisch anerkannten Titel zum Psychotherapeuten endet. Psychologische Psychotherapeuten erhalten aktuell psychotherapeutisch und psychodiagnostisch eine umfassendere Ausbildung als andere Fachgruppen in angrenzenden Fachgebieten in der Schweiz, wobei alle heute anerkannten Psychotherapieweiterbildungen vom Bundesamt für Gesundheit in den letzten Jahren in einem aufwendigen Verfahren geprüft und akkreditiert wurden. Das Anordnungsmodell erlaubt uns nach einer qualitativ hochstehenden postgradualen Weiterbildung unsere Fachkompetenz einzusetzen. Bereits während dem Studium setzen sich Studierende der Psychologie intensiv mit der Psychopathologie, der Diagnose- und der Therapieindikation auseinander. Fundiertes störungsspezifisches Wissen und Fähigkeiten zur Psychodiagnostik werden bereits im psychologischen Grundstudium erworben. Dabei ist zu betonen, dass die von Psychologen benutzten Klassifikationssysteme verschiedener Störungsbilder (DSM-5 und ICD-10) und die damit verbundenen Diagnostikverfahren eben dieser Störungsbilder sich derselben Grundlagen wie die der ärztlichen/psychiatrischen Ausbildung bedienen. Das geplante Anordnungsmodell garantiert aus unserer Sicht weiterhin eine für unser Fach valide Diagnostik und damit die Sicherung eines hohen Qualitätsstandards in der psychologischen Psychotherapie.

Auf Universitätsebene sind in der Psychotherapieforschung die psychologischen Fakultäten führend und konnten zeigen, dass durch die psychologische Psychotherapie bei bestimmten Störungsbildern nachweislich die gleiche Wirksamkeit wie für medikamentöse Behandlungen erreicht wird. Bei Depressionen oder Angststörungen, oder auch bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie Essstörungen oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung übertreffen sie die Wirkung medikamentöser Behandlungen

sogar. Dies rechtfertigt aus unserer Sicht die Relevanz der psychologischen Psychotherapie und ermöglicht ein evidenzbasiertes, effizientes Behandlungsangebot für Betroffene.

In der Schweiz muss in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von einer gravierenden Unterversorgung ausgegangen werden (Stocker et al. 2016, Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz). Besonders schwer trifft es den Kinder- und Jugendbereich. Das aktuelle Delegationsmodell nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Da die Grundversicherung die psychologische Psychotherapie nicht übernimmt, können sich die meisten Familien eine Psychotherapie nicht leisten und müssen in psychiatrischen Institutionen bzw. psychiatrischen Praxen teils monatelang auf einen Therapieplatz warten. Das führt dazu, dass gerade jene Bevölkerungsschichten von der Unterversorgung besonders stark betroffen sind, bei denen der Handlungsbedarf am grössten wäre. Zudem könnten viele psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter behandelt werden, bevor eine Chronifizierung oder Ausweitung der Symptomatik stattfindet.

Wir hoffen mit diesen kurzen Ausführungen gezeigt zu haben, dass die Einführung des Anordnungsmodells überfällig und unabdingbar ist, um die psychotherapeutische Versorgungssituation auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern und damit die psychische Volksgesundheit in der Schweiz zu verbessern.

Mit freundlichen Grüssen

Corinne Bischofsberger

Nalan Czych

Tilla Aegerter

Kontaktperson:

Tilla Aegerter
Saumstrasse 10
8003 Zürich
tilla@me.com

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Rue de la Pisciculture 19, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Tiziana Manti

Telefon : 0787211644

E-Mail : tiziana.manti@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Error! Reference source not found. Manti	Bachelorstudentin an der Universität Fribourg.
Error! Reference source not found.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapie Weiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein

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

niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur 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>Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».
--	---

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)
Tiziana Manti / Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stanislas Trojnar

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Route du Mont-Carmel 25, 1762

Kontaktperson : Stanislas Trojnar

Telefon : 0774392180

E-Mail : stanislas.trojnar@unifr.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. 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
Stanislas Trojniar	Master en psychologie clinique et de la santé, université de Fribourg.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und –therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p> <p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht zugenommen (BASS S. 37).</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- Das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.
- Es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.
- Es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.
- Die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt davon, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind nicht vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Anteil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollte eine optimale Lösung gefunden werden, welche möglichst alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt. Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als nicht niederschwellig genug beschrieben. Deshalb, und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung, nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass weniger Stigmatisierungsprobleme zu erwarten sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern. Dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche voraussichtlich über das Delegationsmodell hinweg bestehen geblieben sind. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung

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

begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären an die Allgemeinbevölkerung besser angepasst und im Sinne aller.

Eine Änderung hin zum Anordnungsmodell könnte auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und dadurch stationäre Behandlungen verringern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verkleinern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine gewagte, aber plausible Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass wir eine Evaluation der Therapie durch den Therapeuten selbst für sinnvoll und notwendig halten, unabhängig von der Ausbildung des Therapeuten.

So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist speziell im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten, sowie der allgemeinen Bevölkerung.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert

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

	<p>nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüssen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, wie häufig psychische Störungen vertreten sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir finden in Return of Investment-Studien starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und Vorgehensweisen und das ist gut so: Beide Berufsgruppen haben ihre Berechtigung. Mit einer guten</p>

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen im Rahmen der
obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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)
Stanislas Trojnar	50	c	c	<p>Wir erachten eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen öffentlichen Einrichtung als sinnvoll. Diese sollte unter der Supervision eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung stattfinden.</p> <p>Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und Interprofessionalität abgedeckt werden. Dadurch entspricht die Behandlung von Störungen den Standards der KVG.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen mit ein.	
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**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Universität Zürich, Psychologisches Institut

Abkürzung der Firma / Organisation : UZH-PSYCH

Adresse : Direktorin des Psychologischen Instituts, Universität Zürich, Binzmühlestrasse 14, 8050 Zürich

Kontaktpersonen : Prof. Dr. Veronika Brandstätter-Morawietz

Telefon : +41 44 635 75 10

E-Mail : direktor@psychologie.uzh.ch

Datum : 08.10.2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
UZH-PSYCH	<p>Das Psychologische Institut der Universität Zürich (UZH-PSYCH) ist mit 28 Professuren und ca. 300 Mitarbeitenden eines der grössten Institute der Universität und eines der grössten Psychologischen Institute im deutschsprachigen Raum. Ca. 2300 Bachelor- und Masterstudierende und 200 Doktorierende sind im HS 2019 für das Fach Psychologie an der Universität Zürich eingeschrieben. Das Psychologische Institut bietet seinen Doktorierenden ein strukturiertes curriculares Programm, das Teil der Graduiertenschule der Philosophischen Fakultät ist. Die Professuren des Psychologischen Instituts gruppieren sich in die vier Forschungsbereiche: «Entwicklungspsychologie», «Klinische Psychologie», «Kognitive Psychologie, Neuropsychologie und Kognitive Neurowissenschaft» sowie «Sozial-, Persönlichkeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie». Grundlagenforschung, angewandte Forschung und Anwendung von Forschung des Psychologischen Instituts orientieren sich an dem übergeordneten Themenkomplex «Lebenslange Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Menschen». Die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen des Instituts haben viele renommierte Grants, darunter im Bereich der Klinischen Psychologie aktuell vier grössere SNF Grants zur Psychotherapieforschung, und zahlreiche andere Auszeichnungen erhalten. Das Institut ist national wie international sehr gut vernetzt. Am Institut besteht ein Psychotherapeutisches Zentrum, das Psychologische Psychotherapeuten ausbildet, sowie Psychotherapie und Beratung anbietet für Personen aller Altersgruppen und neben individuellen Patienten auch Paare und Familien behandelt. Zur Anwendung gelangen im Zentrum vor allem evidenzbasierte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapien.</p>
UZH-PSYCH	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche UZH-PSYCH klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UZH-PSYCH sieht Psychotherapie als eine moderne, akademische Profession. Verbleib der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen in einer Hilfsberufestellung dient weder dem Steuerzahler, der keinen direkten Zugang und keine Wahl bzw. Selektionsmöglichkeit betreffend der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen erhält, noch der notwendigen kontinuierlichen Weiterentwicklung einer evidenzbasierten und innovativen Psychotherapie in der Schweiz. • UZH-PSYCH ist vollumfänglich einverstanden mit den Zielen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Es braucht einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie. Die Professorinnen und Professoren des Psychologischen Instituts der Universität Zürich begrüssen die Ablösung des Delegationsmodells und die Einführung des Anordnungsmodells. Damit können allseits bekannte Behandlungsengpässe und eine ausgeprägte Minderversorgung besonders im Kindes- und Jugendbereich geschlossen bzw. überwunden werden, und die Sicherung der Qualität der psychologischen Psychotherapieangebote wird gewährleistet.

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen 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 an den Schweizer Universitäten angebotene Ausbildung in Psychologie bzw. Klinischer Psychologie und Psychotherapie und die eidgenössisch akkreditierten Institute zur Weiterbildung in Psychotherapie (gemäss AkkredV-PsyG, Art. 2 Abs. 1 Bst. a¹) vermitteln die notwendigen Kompetenzen zur autonomen Ausübung des Berufs eines psychologischen Psychotherapeuten / einer psychologischen Psychotherapeutin vollumfänglich • Psychotherapie ist effektiv und sehr kostengünstig. Das Anordnungsmodell ermöglicht einen transparenten Einsatz der Steuergelder und «return on investment» an die Steuerzahlenden. Fehlende Inanspruchnahme von Psychotherapie führt bei klinisch relevanten psychischen Störungen zu erhöhten Kosten (z.B. Margraf, 2009²). Mit der Einführung des Anordnungsmodells werden Schwellen der Inanspruchnahme insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen gesenkt. Zudem werden staatliche Investitionen aus den Sektoren tertiäre Bildung und Forschungsförderung im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie effizient und transparent den betroffenen Bevölkerungsgruppen wieder zugeführt. • Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation ist begrüßenswert und bei wissenschaftlicher psychologischer Psychotherapie «state of the art». Bei der Etablierung der Instrumente zur Evaluation ist auf die Zweckdienlichkeit und die Machbarkeit im klinischen Alltag zu achten. Ebenfalls ist es wichtig festzuhalten, dass das Ziel nicht ausschliesslich im «Erfolgsnachweis» besteht, sondern insbesondere auch in der Sicherung einer hohen Qualität der Grundversorgung bei psychischen Störungen, bei denen eine Besserung schwer und nur langfristig zu erreichen ist (z.B. expressive Sprachstörungen, Schizophrenie, Bipolare Störungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen, etc.) oder eine Heilung unwahrscheinlich ist (z.B. bei Autismus-Spektrum-Störung). • Professorinnen und Professoren des Psychologischen Instituts der Universität Zürich werden die Ausarbeitung der Umsetzungsprozesse des Anordnungsmodells gerne durch die entsprechende wissenschaftliche und klinische Expertise begleiten.
UZH-PSYCH	<p>Inhalte der Vorlage, welche die UZH-PSYCH ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UZH- PSYCH lehnt keine Inhalte ab, sie schlägt jedoch Ergänzungen zur Qualitätssicherung, sowie zur Erstellung und Unterzeichnung von Berichten vor.
UZH-PSYCH	<p>Ergänzungen, welche die UZH-PSYCH vorschlägt, welche im Verordnungsentwurf fehlen oder zu wenig berücksichtigt sind:</p>

009). Kosten und Nutzen der Psychotherapie: eine kritische Literaturlauswertung. Berlin: Springer.

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

	<ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer kontinuierlichen Evaluation der Therapie bei Psychologen und Ärzten ist begrüssenswert und bei wissenschaftlicher psychologischer Psychotherapie «state of the art». In der Zwischenzeit stehen gut validierte und praktikable Qualitätsinstrumente zu Verfügung, die eine effiziente Qualitätssicherung ermöglichen. Qualitätssicherung ist somit im Sinne der Verbesserung und Aufrechterhaltung der einzelnen Psychotherapien praktikabel zu gewährleisten. Berichte sollen durch die Fachperson erstellt und unterzeichnet werden, die den/die Patienten/in behandelt und Psychotherapie durchgeführt und am engsten begleitet haben und somit Verlauf und mögliche Prognose am besten kennen. Deshalb sollen die Berichte von den fallverantwortlichen Psychotherapeuten unterschrieben werden und nicht vom anordnenden Arzt.
--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
UZH-PSYCH	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Die UZH-PSYCH steht für evidenzbasierte, moderne Diagnostik und Psychotherapeutische Behandlung. Sie begrüsst eine moderne Qualitätssicherung. Sie teilt das Anliegen des Bundesrats, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungserbringung mittels Qualitätssicherung zu gewährleisten. Es stehen ausreichend empirisch geprüfte Instrumente zu Verfügung, die eine praktikable Qualitätssicherung gewährleisten.</p>	<p>Art. 2 Abs. 1 lit. b umformulieren</p> <p>b. Sie umfasst eine Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten, <u>praktikablen</u> Instrumenten</p>
UZH-PSYCH	11b	5		Die Berichte nach 30 Stunden sollen von derjenigen Person erstellt werden, die den	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30

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

				<p>Prozess der Psychotherapie am besten kennt. Deshalb sollen die Berichte von den fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt und unterschrieben werden und nicht vom anordnenden Arzt.</p>	<p>Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, <u>der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.</u></p>
--	--	--	--	---	--

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

Abkürzung der Firma / Organisation : Unifr

Adresse : Chemin de Jolimont 4, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Viviane Gaillard

Telefon : 0787379741

E-Mail : viviane.gaillard@unifr.ch

Datum : 14.10.2019

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Error! Reference source not found. Gaillard</p>	<p>Sudentin im Bachelor Psychologie an der Universität Fribourg. Ich stimme der von David Reichmuth, Samantha Rehm und Tom Knirsch verfassten Stellungnahme zu.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.2 Heutige Regelung im Rahmen der OKP</p> <p>Versorgungslücke in unserem Gesundheitssystem: Psychotherapeuten und – therapeutinnen (in der gesamten Stellungnahme wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet, wobei sich diese immer sowohl auf männliche als auch auf weibliche Therapeuten/-innen bezieht) erbringen die gleichen Leistungen wie Psychiater, jedoch in eigenen Praxen, die von Patienten dann aber privat bezahlt werden. Wie kann es sein, dass identische Leistungen von der OKP unterschiedlich abgerechnet werden? Es ist an der Zeit, die Psychotherapie über selbstständige Psychologen in die Basisleistungen der Krankenkassen aufzunehmen.</p> <p>Seit 1981 als Übergangsregelung: Die Bezeichnung Übergangsregelung weist daraufhin, dass das Delegationsmodell kein qualitativ hochwertiger dauerhafter Zustand sein kann. Das Delegationsmodell wurde als Übergangsregelung gewählt, da 1981 noch keine einheitliche Ausbildung und kein anerkannter Titel für psychologische Psychotherapeuten festgelegt waren. Seit Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes (PsyG)¹ 2013, ist der Hochschulabschluss in Psychologie sowie die Berufsbezeichnung Psychologe als auch die Psychotherapieweiterbildung und die Ausübung des Berufes als psychologischer Psychotherapeut geregelt., Somit ist die die Qualitätssicherung des therapeutischen Angebots gewährleistet. Die Übergangsregelung ist somit hinfällig. Psychologische Psychotherapeuten sollten daher ebenso wie Psychiater selbst abrechnen dürfen und nicht mehr delegiert arbeiten müssen.</p>

¹ SR 935.81

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

	<p>Delegierte Leistungserbringung, ohne die Anforderungen des PsyG zu erfüllen: Das Delegationsmodell führt zu schlechterer Behandlungsqualität, da auch Personen mit nicht PsyG konformen Titeln unter der Aufsicht von delegierenden Ärzten bzw. Psychiatern arbeiten dürfen. Besitzen die delegiert arbeitenden Personen keine PsyG konformen Titel, so ist nicht gewährleistet, dass diese mit wissenschaftlich belegten Methoden und Behandlungen arbeiten. Dies ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Kosten für Behandlungen von selbstständig arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten übernimmt.</p> <p>Obwohl TARMED diese Lücke vielleicht teilweise füllen kann, ist die Qualitätssicherung dennoch unzureichend. Dies liegt daran, dass im Delegationsmodell prinzipiell auch Personen Leistungen erbringen können, die alleine der Überwachung der delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen.</p>
<p>Error! Reference source not found.</p>	<p>1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen</p> <p>Epidemiologie: Depressionen und Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungsbilder psychischer Störungen (BASS S. 34)². Gemäss S-3 Leitlinien ist bei leichten und mittelschweren Depressionen die Psychotherapie die Therapie der Wahl. Ebenfalls bei fast allen Angststörungen und bei der insomnischen Störung ist gemäss S-3 Leitlinien die Psychotherapie in Form einer psychologischen Psychotherapie indiziert. Mit dem Anordnungsmodell profitierten somit viele Patienten von einem besseren Zugang zu evidenzbasierten Therapien der Wahl. Wir finden verbesserten Zugang bei bestmöglicher Behandlungsqualität sehr erstrebenswert.</p> <p>Angebot: Zwischen 2012 und 2017 gab es einen Anstieg von 16% an Trägern des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie und Träger des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie. Trotz dieses Anstieges bestehen weiterhin Behandlungslücken, weswegen die Zunahme an Psychiatern keine Lösung für die Behandlungslücke zu sein scheint. Aus internationalen Studien lässt sich eine Behandlungslücke von 40 bis 65% erfassen. Für die Schweiz gibt es keine eindeutigen epidemiologischen Daten. Aus empirischen Vergleichen ist aber ersichtlich, dass auch in der Schweiz eine</p>

² Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Unterversorgung bei Personen mit psychischen Störungen besteht. Diese Behandlungslücke setzt sich vor allem aus einem fehlenden Angebot an Therapie- und Behandlungsplätzen, den dazu gegebenen Zugangshürden und der Unterbeanspruchung der Versorgung wegen Stigmatisierung zusammen. Diese Faktoren wirken sich weiterhin negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Zudem hat die Anzahl der Personen mit einer psychischen Störung leicht (aber wirklich nur ganz leicht) zugenommen (BASS S. 37).

In Zusammenhang mit Argumentationsketten von Personen, die das Delegationsmodell beibehalten möchten, wird erwähnt, dass die Schweiz eine sehr hohe Dichte an Psychiatern besitze. Die hohe Psychiater-Dichte rechtfertige, dass es keinen verbesserten Zugang zur Psychotherapie brauche und das Delegationsmodell weiterhin bestehen bleiben könne. Das ist falsch. Denn aktuell bestehen Versorgungslücken und diese werden nicht kleiner werden, wenn wir weiterfahren wie bisher. Würden wir das Delegationsmodell also durch das Anordnungsmodell ersetzen, wäre dies ein Gewinn für die Gesellschaft und zwar aus folgenden Gründen:

- das PsYG regelt die Aus- und Weiterbildung der Psychologen und psychologischen PT und erfüllt somit alle Bedingungen, damit das Delegationsmodell nun abgeschafft werden kann und mehr Fachkräfte ihre Dienste in der Grundversorgung anbieten. Die Aus- und Weiterbildung in Psychologie und psychologischer PT beinhaltet alle notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur autonomen Berufsausübung.

- es gibt keinen vernünftigen Zweifel betreffend der Wirksamkeit der psychologischen PT, weswegen dann die gesamte Bevölkerung davon profitieren könnte. Speziell finanzschwache Bevölkerungsschichten wären auf einen besseren Zugang angewiesen, da sie aktuell einen schlechteren Zugang zu gut ausgebildeten psychologischen Therapeuten haben als finanzstarke Schichten, obwohl wir alle Steuern zahlen.

- es gibt einen Versorgungsengpass in Bezug auf einen raschen Zugang zu ambulanter Behandlung. Wir behandeln in der CH spät, stationär und kostenintensiv, wobei ein besserer Zugang zur PT viele Probleme bereits frühzeitig und günstiger behandeln könnte.

- die Wirksamkeitsbelege stammen meist von psychologischen PT Forschern aus der ambulanten Versorgung. Ob stationäre Behandlung gut wirkt ist in der CH schlecht untersucht. Wir sind überzeugt, dass das Anordnungsmodell die ambulante Versorgung verbessern würde.

Anmerkung:

Die Behauptung einiger Experten «die Einführung eines Anordnungsmodells ist in Deutschland für die unzureichende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung verantwortlich», stellt einen vereinfachten kausalen Zusammenhang dar. Die Gesundheitssysteme (CH/DE) sind 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**

vergleichbar und da komplexe Sachverhalte wie die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung und deren Inanspruchnahme multifaktoriell sind, sollte nicht unreflektiert argumentiert werden.³

Inanspruchnahme:

Dass fast die Hälfte der Patienten bei anderen Ärzten der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung ist, untermauert, dass im aktuellen Delegationsmodell ein grosser Teil der Patienten nicht von Fachpersonen behandelt wird und somit bei psychischen Störungen nicht von Behandlungen bzw. Therapien der Wahl profitieren kann. Daraus können verlängerte Therapien und schlechtere Therapie-Outcomes resultieren, die zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Patienten und zu höheren indirekten Kosten, wie z.B. durch Arbeitsausfälle, führen können. Diese Inanspruchnahme nicht adäquater Angebote deutet wieder auf das Problem der Behandlungslücke hin, da alternative, weniger wirksame, Behandlungsmethoden gewählt werden müssen.

Der aktuelle Anstieg an Patienten, welche gerne von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren möchten, zeigt, dass die Übernahme des Anordnungsmodells nicht für eine Mengenausweitung verantwortlich gemacht werden kann, da es selbst innerhalb und, im schlimmsten Falle, unter Beibehalten des Delegationsmodells zu einem Anstieg von Patienten kommt. Zudem kann nicht damit argumentiert werden, dass zu viele Patienten eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen. Schliesslich ist es Aufgabe unseres Gesundheitssystems diesen Bedarf – sei er noch so gross – zu decken und damit schwerere, chronische psychische Störungen und damit einhergehend höhere Gesundheitskosten vorzubeugen. Letztendlich ist das Wichtigste, dass unsere Patienten eine adäquate Behandlung erhalten. Deshalb sollten also eine Lösung finden, welche fast alle Behandlungen psychischer Störungen über die Grundversicherung deckt.

Um unnötige Therapien bzw. Behandlungen zu verhindern, sollte idealerweise eine Diagnostik eingeführt werden, welche zu Beginn das Vorliegen einer psychischen Störung gewährleistet und im Verlauf der Therapie dann die Entwicklung dieser Krankheit erfasst.

Das bisher vorherrschende Angebot wird oft als zu wenig niederschwellig beschrieben. Deshalb und aufgrund von Eigen- und Fremdstigmatisierung nehmen Patienten keine Behandlung in Anspruch. Durch einen einfacheren Zugang, wie z.B. im Anordnungsmodell angedacht, könnte das Angebot niederschwelliger werden, sodass möglicherweise auch weniger Stigmatisierungsprobleme bestehen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Das Ausmass an Unter- und Fehlversorgung ist für die Schweiz nicht zu beziffern und dennoch sind klare Problemfelder ersichtlich, welche über das Delegationsmodell hinweg bestanden haben dürften. Wir haben die BASS-Studie gelesen und möchten folgende Punkte hervorheben:

³ <https://www.nzz.ch/meinung/bessere-versorgung-zu-tieferen-kosten-ld.1474099>

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

Laut BASS (S. 26) bestehen Zugangshürden speziell in Wartezeiten und Finanzierungsmechanismen. Personen mit geringen Mitteln sind auf eine adäquate Grundversorgung angewiesen, welche ihren Bedürfnissen entspricht. Letztlich sind aber auch fehlende Sensibilisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen Zugangshürden, welche politisch angegangen werden müssen. Diese Stigmatisierung könnte durch ein niederschwelligeres Versorgungsangebot, wie es im Anordnungsmodell vorgesehen ist, reduziert werden, da geringere Hürden Behandlung begünstigen. Die Behandlung und die Therapeuten wären näher an der Bevölkerung.

Eine Änderung zum Anordnungsmodell würde vielleicht auch den Anteil an ambulanten Behandlungen vergrössern und stationären Behandlungen verkleinern. Das könnte den Drehtür-Effekt bei Patienten verringern (Patient nach Behandlung nicht auf Alltag vorbereitet) und langfristig positive Auswirkungen auf Stigmatisierung haben. Das ist eine plausible aber gewagte Prognose.

Wir möchten noch hervorheben, dass die Patienten unter dem Anordnungsmodell von einer grösseren Wahlfreiheit bezüglich des behandelnden Therapeuten profitieren und die Auswahl an psychotherapeutischen-psychiatrischen Angeboten wachsen würde. Da die Therapie-Beziehung bei der Behandlung eine wichtige Rolle spielt, könnte die Wahlfreiheit der Patienten ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen führen, da sich die Patienten einen für sie «passenden» Therapeuten aussuchen.

Psychiater fühlen sich zudem überlastet (BASS S. 17) was auf einen Mangel des Versorgungsangebots zurückzuführen sein kann. Die Angebote sind oft nicht passend oder spezifisch genug oder nicht «state-of-the-art».

Grundzüge und Neuregelung

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Wir möchten unterstreichen, dass eine Evaluation der Therapie seitens des exerzierenden Psychotherapeuten von uns begrüsst wird. So wird nicht nur, wie schon explizit als Argument im Bericht erwähnt, den Versicherern ein valides, reliables und objektives Instrument zur Verfügung gestellt, welches verhindert, dass es zu nicht angezeigten Therapien und zu einer unangebrachten Mengenausweitung kommt. Ebenfalls ermöglicht diese Evaluation die Qualität der Behandlung ständig zu optimieren und somit den psychischen Gesundheitszustand der Patienten, sowie indirekte Kosten psychischer Störungen langfristig zu reduzieren. Dies ist im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten.

2.6 Anordnungsvoraussetzung

Das Argument des im Anordnungsmodells weiterhin gegebenen Ausschlusses somatischer Krankheiten durch Ärzte oder Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung ist im Bericht nicht explizit erwähnt.

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

	<p>So möchten wir hier gerne anmerken, dass mit dem Anordnungsmodell weiterhin durch eine ärztliche Abklärung eines Arztes oder einer Ärztin in einem ersten Schritt somatische Krankheiten ausgeschlossen werden und die Therapie-Indikation ebenfalls ärztliche Aufgabe bleibt. Die Patienten werden also immer noch von einem Arzt an einen Therapeuten weiterverwiesen. Diese weiterhin erhaltene ärztliche Qualitätssicherung verhindert nicht angezeigte Therapien im Gegensatz zum Delegationsmodell deutlich besser und verbessert den Zugang zur Psychotherapie. Die Verlaufsbeurteilung zwischen dem anordnenden Arzt der erweiterten Grundversorgung und dem psychologischen Psychotherapeuten nach 15 Sitzungen hält im Anordnungsmodell eine ärztliche Qualitätssicherung und interprofessionelle Zusammenarbeit bei verbessertem Zugang zur psychologischen Psychotherapie aufrecht.</p> <p>2.7 Kostenübernahme</p> <p>Wir begrüßen eine Reduzierung von 40 auf 30 Sitzungen und folgen der Argumentation, dass dadurch eine frühere Qualitätskontrolle stattfindet und mögliche Mehrkosten eingespart werden können.</p> <p>3 Auswirkungen</p> <p>4-8 Milliarden CHF werden für psychische Krankheiten eingesetzt, davon sind 400 Millionen CHF für die Psychotherapie vorgesehen. Das entspricht max. 10% der Ausgaben für psychische Krankheiten. Nun würden laut Schätzungen 167 Millionen CHF hinzukommen. Sofern die Finanzexperten richtig liegen, scheinen die Mehrkosten also tragbar zu sein (auf 4-8 Milliarden betrachtet), wenn wir berücksichtigen, dass psychische Störungen häufig sind. Ausserdem darf spekuliert werden, dass durch einen besseren Zugang zur Psychotherapie andere Mehrkosten verringert werden können, wie z.B. Mehrkosten durch Chronifizierung (Langzeitbehandlung, stationäre Aufenthalte), Medikamente oder Arbeitsausfälle. Wir befinden die Return of Investment-Studien als starke Argumente für ein Anordnungsmodell in der Grundversorgung. Diese Studien erklären wichtige Zusammenhänge und ermahnen uns, Krankheiten, egal welcher Art, so früh und so gezielt wie möglich zu behandeln, um die Kosten der Nichtbehandlung zu minimieren. Und wenn der Patient dabei den Therapeuten frei aussuchen kann, ist das umso besser.</p> <p>Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie und in ländlichen Gebieten herrscht ein Mangel an geeigneten Therapeuten, sodass viele Kinder und Jugendliche nicht rechtzeitig behandelt werden können. Durch die Wartezeiten können sich bei jungen Menschen Störungen entwickeln, welche später schwieriger zu behandeln sind und höhere Kosten verursachen.</p>
	<p>Private Anmerkung als selbsternannte Quasi-Botschafter der «kommenden Generation»: Wir wünschen, selbst über unsere Zukunft und unser Berufsleben bestimmen zu können, ohne bei der Grundversorgung lebenslang an Psychiater als Supervisoren gebunden zu sein, weil dies gesetzlich so bestimmt wurde, aber möglicherweise suboptimal ist. Was wir uns aber gut vorstellen können, wäre ganz einfach</p>

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

	<p>zusammenzuarbeiten. Für eine wirklich fruchtbare Zusammenarbeit und eine möglichst günstige Entwicklung der Interprofessionalität sollten die Beteiligten allerdings auch auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Uns ist klar, dass weder Psychiater noch Psychologen besser sind. Beide haben Ihre Schwerpunkte, eigene Ansichten und andere Lösungswege und das ist gut so. Mit einer guten Zusammenarbeit und regem Austausch können wir alle profitieren und uns noch besser ergänzen. Dafür müssen wir nun aber unsere Vorurteile und Ängste hinter uns lassen, einen Schritt in eine neue Richtung wagen und uns gegenseitig helfen, unser Gesundheitssystem weiter auszubauen. Lange Rede, kurzer Sinn: «Gemeinsam» bringt mehr Gewinner hervor als «Gegeneinander».</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)
Viviane Gaillard/ Unifr	50	c	c	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung absolviert wird. Das Argument ist hierbei, dass durch eine solche zusätzliche klinische Erfahrung ein breites Störungsspektrum und die Interprofessionalität abgedeckt wird. Dadurch ist die Behandlung von Krankheiten den Standards der KVG entsprechend.</p> <p>So ist das Abdecken des Störungsspektrums und die Interprofessionalität ebenso gegeben, wenn diese Weiterbildungsplätze bzw. klinischen Erfahrungen innerhalb einer Einrichtung unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie unter psychologischer Leitung sind. Natürlich können wir uns auch vorstellen, dass angehende Psychiater von Psychologen mit psychologischer PT-Weiterbildung supervidiert werden, denn das wäre dann die wirkliche Interprofessionalität. Dies würde gewährleisten, dass von der Interprofessionalität und des breiten Störungsspektrums der Einrichtung profitiert wird und gleichzeitig so praxisnah und fachspezifisch wie möglich auf die spätere selbständige</p>	<p>Diese klinische Erfahrung von 12 Monaten (Verlängerung der Praxisjahre für angehende Psychotherapeuten) in einer psychotherapeutisch- psychiatrischen Einrichtung, eines Spitals oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Psychiatrie muss unter psychologischer und /oder psychiatrischer Leitung erfolgen.</p> <p>Wie der Text dann genau ist, ist uns nicht wichtig. Allerdings sollten erfahrene Psychotherapeuten ebenfalls Leiten dürfen. Der Sinn dieses Gesetzes wäre ja, dass die «Neue Generation» von den «alten Hasen» lernen können. Ob diese Hasen nun Psychiater oder Psychologen sind, ist für das Sammeln der Praxiserfahrung eigentlich nur sekundär. Primär sollte die leitende Person kompetent sein und ein Ärztetitel garantiert nicht zwingend Leitungskompetenz.</p>

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

				Tätigkeit vorbereitet wird. Zudem könnten Psychologen mit psychologischen Psychotherapie-Weiterbildungen auch von Fachärzten für Psychiatrie supervidiert werden und umgekehrt. Dies fördert im Sinne der Interprofessionalität die Zusammenarbeit und bezieht so ein breiteres Wissen und Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen ein.	
Error! Reference source not found.					

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband der Schulleiterinnen und Schulleiter des Kantons Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : VSLZH

Adresse : Mainaustrasse 30, 8034 Zürich

Kontaktperson : Moritz Stutz

Telefon : 044 388 74 75

E-Mail : moritz.stutz@vslzh.ch

Datum : 10. Oktober 2019

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **17.Oktober 2019** an folgende E-Mail Adressen:
Leistungen-Krankenversicherung@bag.admin.ch ; gever@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Dr. Vlad Glaveanu
Associate Professor
Head of Psychology, Sociology
and Professional Counseling
Webster University Geneva
15 Route de Collex
1293 Bellevue, Geneva
Switzerland

glaveanu@webster.ch
0041 786726967

Bellevue, 17th of October 2019

Webster University response to the consultation re law OAMal; RS 832.102 and OPAS; RS 832.112.31

Honorable Minister,

As representatives of a university committed to training future mental health professionals through our undergraduate psychology and postgraduate counselling degrees, we write to congratulate the Swiss government on passing laws that aim to expand access to mental health services in Switzerland at a time when need is increasing.

We welcome the opportunity to contribute to the ongoing Federal Government consultation on how good mental health services can be most effectively, appropriately and cost-effectively delivered in Switzerland.

One issue that we would like to bring to your attention is the opportunity to develop an academic cadre of counseling professionals to be available in strengthening and expanding the Swiss community mental health system as a whole.

We would welcome stakeholder consultation on our proposition, that counseling, as an academic profession, within a collaborative approach to task sharing with other mental health professionals, offers an additional and innovative component of mental health and well-being service.

We believe counseling offers an opportunity to diversify services cost-efficiently without compromising quality and outcomes.

We therefore invite interested members of the Federal Government, together with representatives of the mental health and educational systems, to explore with us the two-year, full-time Masters level training in Counseling implemented by Webster University in Geneva.

This Masters level training includes a theoretical backbone, research dissertation, 280-hours of supervised direct counselling alongside 100 hours of practicum/internship teaching. In addition, it includes 320 indirect hours towards which students may count personal counselling, additional technical trainings (for example, in CBT, transactional analysis, play therapy, and others), and other mental health related work experiences.

We believe that this rigorous approach develops a cadre of mental health professional uniquely equipped to support clients in a world where good mental health functioning is being challenged as never before. In a world where depression and anxiety, to take two increasingly common problems, are exacerbated by the increasing complexity of the world we live in and the accelerating pace of change, by misuse of social media and increasing social isolation, by identity issues and existential threats to life-meaning and survival.

Further, Webster University would be interested to support information gathering on the current state of counseling provision in Switzerland and globally, including in countries such as the UK and USA where counseling is an integral component of the mental health system.

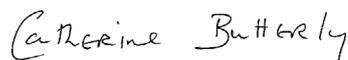
We thank you for this opportunity to be part of a joint effort to develop impactful and cost-efficient new services that have the potential to engage clients through collaborative, holistic therapeutic processes that support people to address the complex reality of their daily lives.

In anticipation of your next contact with one of the undersigned, please accept, Honorable Minister, our respectful greetings.

Yours respectfully,
Vlad Glaveanu



Catherine Butterly



Bellevue, 17 octobre 2019

Réponse de Webster University à l'enquête concernant le texte OAMAL, RS 832.102 OPAS ; RS 832.112.31

Monsieur le Ministre,

En tant que représentant d'une université engagée dans la formation de professionnels spécialisés dans le domaine de la santé mentale (ceci au travers de formations en psychologie d'un niveau Bachelor et d'autres d'un niveau supérieur dans le domaine du conseil psychosociale), nous vous adressons par la présente nos félicitations au gouvernement suisse pour avoir adopté une loi qui vise à faciliter l'accès en Suisse aux services de soutien psychologique à un moment où le besoin croît.

Nous sommes heureux de pouvoir contribuer à cette enquête au niveau fédéral sur la manière dont un service de santé mentale peut être proposé en Suisse avec la plus grande efficacité, pertinence et efficience.

Un sujet sur lequel nous souhaitons attirer votre attention est la possibilité de développer un cadre académique pour les conseillers psychosociaux afin que le dispositif suisse traitant de la santé mentale soit renforcé.

Il pourrait être intéressant de consulter les acteurs concernés sur notre proposition, que le conseil psychosocial, en tant que profession académique dotée d'une approche collaborative entre différents professionnels de la santé mentale, offre un volet complémentaire et novateur aux services traitant de la santé mentale et du bien-être.

Nous pensons que le conseil psychosocial ouvre la possibilité d'une diversification économiquement efficiente des services traitant de la santé mentale, sans en compromettre le niveau de qualité et les résultats.

Nous désirerions inviter les membres du gouvernement suisse intéressés par notre proposition, à explorer avec nous le Master en conseil psychosociale d'une durée de 2 ans, établi par Webster University à Genève.

Cette formation d'un niveau Master repose sur des fondamentaux théoriques, un mémoire de recherche, 280 heures de conseil thérapeutique sous supervision ainsi que 100 heures de stage pratique. Egalement sont incluses 320 heures auquel les candidats pourraient affecter des travaux de conseil thérapeutique personnels, de plus amples formations techniques (par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale, l'analyse transactionnelle, la thérapie par le jeu, et d'autres encore) et d'autres expériences professionnelles liées à la santé mentale.

Nous croyons que cette approche rigoureuse forme un groupe de professionnels de la santé mentale spécialement équipés pour aider les clients dans un monde où le bon fonctionnement mental est remis en cause plus que jamais. Dans un monde où la dépression et l'anxiété, pour prendre deux problèmes de plus en plus communs, sont exacerbés par la complexité croissante du monde dans lequel nous vivons et

l'accélération du changement, par l'utilisation abusive des médias sociaux et l'isolement social croissant, par des problèmes d'identité et des menaces existentielles au sens de la vie et à la survie.

De plus, Webster University serait intéressé à s'engager dans la recherche de données sur l'état actuel des services de conseil psychosocial en Suisse et au-delà de nos frontières, soit dans des pays tels que les Etats-Unis et le Royaume-Uni où le conseil psychosocial est un élément institutionnel des services de santé mentale.

Nous vous remercions de l'occasion qui nous est offerte de contribuer à un effort collectif de développer des services performants et efficaces dont la perspective est de servir des patients par le biais de processus thérapeutiques holistiques collaboratifs aidant les personnes à faire face à la réalité complexe de leur vie quotidienne.

Dans l'attente de votre prochaine prise de contact à l'un des soussignés, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, nos respectueuses salutations.

Vlad Glaveanu



Catherine Butterly



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

Abkürzung der Firma / Organisation : ZHAW, Departement für Angewandte Psychologie

Adresse : Pfingstweidstrasse 96, 8037 Zürich

Kontaktperson : Dr. phil. Célia Steinlin

Telefon : 058 934 84 25

E-Mail : celia.steinlin@zhaw.ch

Datum : 08.10.2019

**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
ZHAW	<p>Die ZHAW 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 ZHAW bedankt sich zudem beim BAG und dessen Gremien für die bereits geleisteten Vorarbeiten, die zum Verordnungsentwurf geführt haben. Wir bedauern allerdings, dass die Leistungserbringer nicht bereits während der Erarbeitung des Entwurfs miteinbezogen wurden. Dies hätte zur höheren Qualität und Kohärenz des Verordnungsentwurfs beigetragen.</p> <p>Wir möchten darauf hinweisen, dass die ZHAW grundsätzlich die Position der drei Psychologieverbände stützt. Die vorliegende Stellungnahme weicht allerdings in einigen Punkten von der Stellungnahme der Verbände ab. In einigen Punkten enthält sich die ZHAW einer Stellungnahme. Ergänzungen zur Stellungnahme der Verbände sind blau markiert.</p>
ZHAW	<p>Eckpunkte der Vorlage, welche die ZHAW klar stützt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die ZHAW 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 ZHAW 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.
ZHAW	<p>Inhalte der Vorlage, welche die ZHAW ablehnt und deren Anpassung sie fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die ZHAW lehnt die Beschränkung auf 30 Sitzungen ab. Sie fordert die Beibehaltung der bisherigen Anordnung von 40 Sitzungen, da sich diese Praxis bewährt hat und die Beschränkung auf 30 Sitzungen die Administration und letztendlich die Kosten steigert.

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Die ZHAW lehnt die stufenweise Anordnung von je 15 Sitzungen ab. Diese ist kostensteigernd, ohne zusätzlichen Nutzen und benachteiligt psychologische Psychotherapeuten gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern. • Die ZHAW 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 ZHAW lehnt die Regelung der Sitzungsdauer durch die Verordnung ab. Die Sitzungsdauer bei Einzel- und Gruppentherapien muss in den Tarifverträgen geregelt werden. Die ZHAW verlangt daher die Streichung der Präzisierungen zur Dauer der jeweiligen Sitzungen im Verordnungsvorschlag. • Die ZHAW 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 ZHAW anerkennt die Forderung nach einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Allerdings müssten dafür folgende Bedingungen erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none"> a) Diese Form von Diagnostik müsste gemäss der Rechtsgleichheit (resp. dem Diskriminierungsverbot) für alle Sparten der Leistungserbringer eingeführt werden und nicht nur für die Psychotherapie. b) Es müsste geklärt werden, wer Zugang zu den Informationen hat und was damit gemacht wird. Diese Form von Diagnostik dürfte beispielsweise nicht dazu gebraucht werden, Leistungen zu verweigern oder Leistungserbringer auszuschliessen. Sonst bestünde die Gefahr, dass chronisch Kranke von den Leistungserbringern aufgrund der Statistik abgewiesen würden. c) Es gibt heute noch keine allgemeingültigen Standards für Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Diese müssten zuerst definiert und in der Praxis überprüft werden.
ZHAW	<p>Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die gemeinsame Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.</p>

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

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZHAW	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>	
ZHAW	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 ZHAW unbestritten. Die ZHAW 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 ZHAW 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.</p> <p>Gegen Ende der Psychotherapie-Weiterbildung haben die meisten Teilnehmenden eine Festanstellung gefunden. Dies erlaubt ihnen, sich an einem Wohnort dauerhaft niederzulassen, viele befinden sich zu dem Zeitpunkt in der Familiengründung oder haben bereits Kinder. Auch haben sie zu diesem Zeitpunkt zumeist eine stabile finanzielle Situation erreicht, die während</p>	

**Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-
Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) betreffend Neuregelung der psychologischen PsychotherapeutInnen 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 oft nicht gewährleistet war. Sollten die Absolventen gezwungen werden, ihre Stellen zugunsten eines zusätzlichen klinischen Jahres wieder zu kündigen und nachher erneut eine Festanstellung zu suchen, würde dies bei einem Grossteil der Absolventen zu persönlichen, familiären und finanziellen Schwierigkeiten führen. Dies macht aus gesellschaftlicher Sicht und aus Sicht der Gesunderhaltung der Psychotherapeuten keinen Sinn. Ausserdem würde die Behandlungsqualität leiden, da die Stellenwechsel mit unnötigen Abbrüchen der therapeutischen Beziehungen und einer Diskontinuität der Behandlungen verbunden wären.</p> <p>Das PsyG regelt die Anforderungen an die praktische Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapie-Weiterbildung. Es werden zwei Jahre à 100% gefordert, davon ein Jahr in einer Einrichtung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Sollte der Bundesrat der Ansicht sein, dass diese Anforderungen ungenügend sind, müsste die Auslegung des PsyGe so angepasst werden, dass die praktische Tätigkeit den Anforderungen genügt. Es macht aus Sicht der ZHAW keinen Sinn, ein zusätzliches klinisches Jahr zu definieren.</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</p>	
--	--	--	--	--	--

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

				<p>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 ZHAW fordert daher folgende Anpassungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Auslegung des PsyG wird so angepasst, dass die klinische Tätigkeit während der Weiterbildung den Anforderungen genügt. • Die zusätzliche klinische Praxis soll entweder unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines eidg. anerkannten Psychotherapeuten erfolgen können. 	
ZHAW	50c	2		<p>Anforderungen an die Weiterbildungsstätten</p> <p>Die ZHAW ist mit der SIWF Liste und den Kriterien für die Ausbildungsstätten für die Absolvierung des zusätzlichen klinischen Jahrs einverstanden. Als kritisch erachtet die ZHAW 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 ZHAW folgendes vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kantone sollen verpflichtet werden, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden die Ausbildungsplätze in den vorgeschlagenen 	<p>Ergänzung</p> <p>[...] verfügen. Bei Bedarf können weitere Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten zugelassen werden.</p>

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

				<p>Einrichtungen und Organisationen unter fairer Entlohnung sicherzustellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Bedarf können zusätzliche Organisationen und Einrichtungen, welche nicht über die SIWF Anerkennung verfügen, als Weiterbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden. <p>Korrektur Verweis Weiterbildungsstätten ambulant Im Regelungsentwurf werden die Weiterbildungsstätten der Kategorien A und B vorgeschlagen. Beim Verweis in Artikel 50c Abs 2 werden nur die Ziffern der stationären Einrichtungen angeführt (5.2.1 und 5.2.2), die Ziffern der ambulanten Einrichtungen (5.2.3.1 und 5.2.3.2) fehlen.</p>	<p>Ergänzung der fehlenden Ziffern:</p> <p>[...] als Weiterbildungsstätte der Kategorie A nach Ziffern 5.2.1 und 5.2.3.1 oder der Kategorie B nach Ziffern 5.2.2 und 5.2.3.2 des Weiterbildungsprogramms [...]</p>
--	--	--	--	--	---

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZHAW	2	1	b	<p>Einstiegs-Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik</p> <p>Siehe allgemeine Bemerkungen.</p>	
ZHAW	3			<p>Kostenübernahme von 30 Sitzungen und Begrenzung der Sitzungsdauer</p> <p>Die ZHAW ist mit dem Vorschlag der Übernahme von 30 Sitzungen nicht einverstanden. 40 Sitzungen haben sich</p>	<p>Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchsten 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und</p>

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

			<p>bewährt. Pro Memoria: Bereits in den 90er Jahren war die Anzahl Sitzungen tiefer und musste aus Praktikabilitätsgründen auf 40 Sitzungen erhöht werden.</p> <p>Das vorgesehene Berichtswesen nach 30 Stunden löst einen sehr grossen unverhältnismässigen Mehraufwand bei allen Beteiligten aus (Leistungserbringer, Kasse, Patient). In der Praxis (mit den privaten Versicherungen) hat sich gezeigt, dass Patienten nicht unnötig eine Anordnung ausschöpfen, wenn sie diese nicht benötigen.</p> <p>Die ZHAW ist der Meinung, dass die Zahl und Dauer der Sitzungen der Störung und dem Heilungsprozess angemessen sein müssen. 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 ZHAW 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</p>	<p>bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.</p>
--	--	--	--	---

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

				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.	
ZHAW	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 ZHAW 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>
ZHAW	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</p>	<p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer</p>

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

				Überbelastung zum Nachteil der Zeit für die Patienten und die Therapie. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
ZHAW	11b	3		Gegen die Begrenzung auf 10 Sitzungen bei Kriseninterventionen wird nichts eingewendet. Begründung für den Änderungsvorschlag bez. der Sitzungsdauer vgl. Artikel 3.	Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Sitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei einer Einzeltherapie und bis zu 90 Minuten bei einer Gruppentherapie.
ZHAW	11b	4		Siehe Art. 11b Abs. 2. Die Berichterstattung hat gemäss Art. 11 Abs. 5 zu erfolgen.	Antrag auf Streichung Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.
ZHAW	11b	5		Die Berichte nach 40 Stunden müssen vom fallverantwortlichen Psychotherapeuten erstellt werden und nicht vom anordnenden Arzt. Alles andere ist nicht sachgerecht.	Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar; der Antrag erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin, der Bericht erfolgt durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin.

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

ZHAW	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.	
------	---------------------	--	--	---	--