

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

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

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

Bern, 10. September 2019

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

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

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

I. Zusammenfassung

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

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

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

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

Formal will der Bundesrat mit den Verordnungsänderungen zwei Ziele erreichen:

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

I.I. Kritikpunkte

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

Kritikpunkt «Bedarf und Bedarfsnachweis»

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

Kritikpunkt «Gewährleistung der Qualität»

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

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

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

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

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

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

Kritikpunkt «Kosten / Finanzierung»

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

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

Gesamtwürdigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Ausbau der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

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

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

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

3. Kostendeckung gewährleisten

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

II. Erläuterungen

II. I. Analyse der Vernehmlassungsvorlage

Nicht «WZW»-tauglich

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

Mengenausweitung, Kostensteigerung, Kostenfolgen

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

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

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

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

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

Fehlender Bedarfsnachweis spricht gegen einen Systemwechsel

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

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

Ungeprüfte Tarifierungsanpassung und Anpassung Verordnung «Festlegung Tarife»

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

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

⁵ Kapitel 1.3, Seite 7 der Quelle in Fussnote⁴

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

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

Grundlegende Revision der Finanzierung via Vergütungssystem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 46 Im Allgemeinen

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

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

Wir lehnen Art. 46 g. ab

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

Begründung

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

Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

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

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

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

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

Begründung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung zu befähigen, mit schwereren und aufwändigeren Erkrankungen umzugehen, Notfallsituationen und andere komplexe Behandlungssituationen zu erkennen, im Rahmen ihrer therapeutischen Möglichkeiten selbst zu bewältigen oder aber, wenn indiziert, gezielt und schnell ärztliche Unterstützung beizuziehen. Angesichts der Tatsache, dass für die Erlangung des Weiterbildungstitels (eidg. anerkannter Psy-

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

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

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

Begründung

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

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

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

II

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

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

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

Übergangsbestimmung Abs. 1 und 2: ersatzlos streichen

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

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

Die Übergangsfrist ist auf **fünf** Jahre zu erstrecken.

Begründung

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

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

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

Begründung

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

Nicht durchdachte Folgen für das Tarifierungs-System

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

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

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

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

Implizit würde unter Anwendung der angedachten Veränderungsänderungen KVV/KLV klar, dass auch das TARMED-Kapitel 02.01 («Psychiatrische Diagnostik und Therapie») – welches der Bundesrat gar nicht erwähnt – betroffen wäre. Darin befinden sich zwar identisch hinterlegte, aber definitiv unterschiedliche Leistungen (Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung IPPB bzw. ärztliche Psychotherapie) von Psychiaterinnen und Psychiatern, die gesetzlich auch

unterschiedlich reglementiert sind: die IPPB ist eine Pflichtleistung der OKP, die nach den üblichen WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG zu erfolgen hat, während die ärztliche Psychotherapie, die keine Pflichtleistung nach KVG darstellt, in der KLV geregelt wird. Die im Vergleich zur heutigen Praxis geplanten Zeitreduktionen würden sich sowohl auf die Tarife der Psychologinnen und Psychologen wie auch der Psychiaterinnen und Psychiater auswirken. Das würde jedoch letztendlich ganz besonders die Möglichkeiten zur Behandlung von schwer Erkrankten von rund 40% gegenüber heute einschränken (durch Reduktion der Konsultationsdauer von 90 bzw. 75 auf 60 Minuten sowie Reduktion der Anzahl Sitzungen von 40 auf 30. Das wäre quantitativ eine 40%-Reduktion (Reduktion von 3015 Minuten [39 Konsultation à 75 Min + 1 Konsultation à 90 Min] auf 1800 Minuten [30 Konsultationen à 60 Min]). Die leichter zugänglich werdende psychologische Psychotherapie führt zu einer Mengenzunahme mit einem entsprechend sofort eintretenden Verdrängungseffekt der psychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

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

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

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

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

Klinische Fachkompetenz erforderlich

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

Bedarfsnachweis erbringen, System wirklich reformieren

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

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

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

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

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

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



Dr. H. Conrad
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. E. Seifritz
Präsident SVPC

Dr. med. O. Bilke-Hentsch
Präsident VKJC

E. Felber
Präsident VPPS

E. Baumann
Präsident VDPS

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