

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen Krankenversicherung

per Mail:

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

Zürich, 8. Oktober 2019

**Stellungnahme des Vorstands der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ZGPP)**

im Rahmen der Vernehmlassung 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 Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)**

Sehr geehrte Damen und Herren

In seinem Schreiben vom 26. Juni 2019 hat Bundesrat Alain Berset unter anderem Dachverbände und interessierte Kreise eingeladen, zu den oben genannten Veränderungsvorschlägen Stellung zu nehmen.

Als regionale psychiatrische Fachgesellschaft mit über 600 Mitgliedern tun wir dies gerne und hoffen, dass die Anliegen der zweitwichtigsten medizinischen Disziplin – gemessen an der Anzahl Fachärzte in der Schweiz – im Rahmen dieser Vernehmlassung sorgfältig, differenziert und ausreichend gewichtet werden. Es ist uns ein Anliegen, den Vorzeigecharakter, den die Schweizer Psychiatrie & Psychotherapie auch im Ausland hat, weiter zu stärken und nicht durch ungesundes Konkurrenzgehabe, administrative Akrobatik und Fokusverlagerung weg vom Patienten in ihrer Qualität zu beeinträchtigen. Der Vergleich mit umliegenden Nachbarstaaten kann helfen, strategische Fehler zu vermeiden, damit die Vision einer integrierten, interprofessionellen, menschenzentrierten Psychiatrie keine leere Worthülse bleibt. Wir sind überzeugt, dass eine solche Psychiatrie für die Herausforderungen der Zukunft bestens gerüstet sein wird und freuen uns, diese Zukunft mit unseren Fachkollegen der psychologischen Psychotherapeuten gemeinsam und auf Augenhöhe gestalten zu können.

Freundliche Grüsse

Der Vorstand der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

## 1. Zusammenfassung

Die Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie bekennt sich zu einer starken, qualitativ hochwertigen, für Betroffene niederschwellig zugänglichen Psychotherapie, als Teil einer integrierten psychiatrischen Versorgung. Sie anerkennt dabei die wichtige Rolle der psychologischen Psychotherapie und die Arbeit der dazu berechtigten, eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten. Sie ist überzeugt, dass eine Psychiatrie mit interprofessionell ausgerichteter Arbeitsweise und entsprechender Grundhaltung seiner Protagonisten eine moderne psychiatrische Versorgung auf hohem qualitativem Niveau ermöglicht. Sie begrüsst es auch, dass das in seiner bisherigen Form nicht mehr zeitgemässe Modell der Delegation eine Anpassung erfahren soll.

Die Gelegenheit, solche Anpassungen vorzunehmen, sollte nun genutzt werden, um das erwähnte interprofessionelle Versorgungsmodell zu stärken. Keinesfalls aber dürfen gesetzliche Anpassungen die Qualitäten der bisherigen Psychiatrie und Psychotherapie mindern. Dies gilt einerseits für die Arbeit von uns Psychiatern. Die ZGPP lehnt Modelle, die unsere Arbeitsweise, unsere Gestaltungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie sowie unsere tarifarische Abgeltung in irgendeiner Weise limitieren, dezidiert ab. Ebenso entschieden lehnen wir Vorschläge ab, welche die Qualität der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in irgendeiner Weise mindern. Sei es durch neue gesetzliche Limitationen oder durch ungenügende Erfahrung der Behandler.

Die ZGPP ist der Überzeugung, dass unter Berücksichtigung von vier inhaltlichen Kriterien ein für Patienten und beide psychotherapeutischen Berufsgruppen gewinnbringendes Modell umgesetzt werden kann:

1. Die Voraussetzungen ärztlicher (nicht delegierter) Psychotherapie bleiben unverändert.
2. In der psychologischen Psychotherapie werden keine qualitätsbehindernden Limitationen eingeführt.
3. Ärzte, welche psychologische Psychotherapien anordnen, verfügen über eine hierfür qualifizierende Weiterbildung.
4. Psychologische Psychotherapeuten, die über die Grundversicherung abrechnen, verfügen über eine definierte klinische Erfahrung, die zur Diagnose und psychotherapeutischen Behandlung sämtlicher psychischer Störungsbilder berechtigen.

## **2. Grundlegende Bemerkungen zum Stellenwert der Psychotherapie innerhalb der psychiatrischen Versorgung**

### **2.1. Psychiatrie und Psychotherapie stärken**

Wir unterstützen grundsätzlich die Bestrebung, das langjährige Provisorium des Delegationssystems zu ersetzen durch ein zeitgemässes Modell.

Wir meinen, dass durch die Integration einer hochwertigen psychologischen Psychotherapie in die Psychiatrie & Psychotherapie unser Fachgebiet nicht geschwächt, sondern vielmehr gestärkt werden kann. Wir möchten diese Chance wahrnehmen, um die Psychiatrie als integratives, interprofessionelles und biopsychosozial ausgerichtetes Fachgebiet sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb des Gesundheitswesens besser zu positionieren. Noch immer werden psychische Störungen stigmatisiert, nachgewiesenermassen zu spät entdeckt (auch von medizinischen Grundversorgern) und zu selten richtig behandelt. Wir sprechen uns für eine qualitativ hochwertige, inhaltlich und strukturell gut sichtbare, niederschwellig zugängliche, menschenwürdige und patientenzentrierte Psychiatrie aus.

### **2.2. Interprofessionalität statt Konkurrenz**

Wir bedauern es, dass die polemische, emotional geführte Debatte in den Medien den Anschein erwecken mag, dass die Berufsgruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten diametral entgegengesetzte Interessen hätten.

Eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist ein herausragendes Qualitätsmerkmal der Schweizer Psychiatrie, das in den letzten Jahren noch weiter an Bedeutung gewonnen hat. Gerade in Institutionen leisten Psychologen einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von psychisch kranken Menschen. Aber auch im Rahmen des Praxisbetriebs zeigen individuell ausgearbeitete Delegationsmodelle, dass die vernetzte Art zu arbeiten für Psychiater und Psychologen eine im besten Sinne unspektakuläre Selbstverständlichkeit darstellt.

Wir warnen davor, dass Verordnungsanpassungen, welche die Separation der beiden Berufsgruppen fördern, zu einer ungesunden Konkurrenzierung führen, was für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung und damit für die betroffenen Patienten weitreichende negative Folgen hätte.

Das neue Modell muss Interprofessionalität fördern. Bei der Umsetzung des vorliegenden Vernehmlassungsentwurfs besteht die Gefahr, dass sich die Qualität und Häufigkeit des fachlichen Austausch zwischen dem anordnenden Arzt und dem psychologischen Psychotherapeuten verschlechtert, weil den anordnenden Ärzten – entgegen dem bisherigen Modell – das psychotherapeutische Know-How und die entsprechende Grundhaltung fehlt.

### **2.3. Echte Verbesserung der Verfügbarkeit durch Integration statt Auslagerung**

Die Verordnungsanpassung muss die niederschwellige Verfügbarkeit integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen gewährleisten, namentlich für Menschen mit komplexen und schweren Krankheitsbildern.

Psychotherapie ist eine wissenschaftlich fundierte Massnahme innerhalb des umfassenden diagnostischen und therapeutischen Spektrums der medizinischen Disziplin der Psychiatrie. Letztere wird als Integration psychotherapeutischer, biologischer (z.B. medikamentöser) und sozialer Ansätze betrieben. Der in der Schweiz traditionell als Doppeltitel vergebene «Facharzt für Psychiatrie *und* Psychotherapie» widerspiegelt diesen integralen medizinischen Ansatz, der sich zum Teil massgeblich von der Versorgung und den Weiterbildungsstrukturen des umliegenden Auslands unterscheidet<sup>1</sup>. Offenbar schätzt auch die Bevölkerung diese ganzheitlich orientierte Medizin. So nehmen bei einem psychischen Problem 42% der Betroffenen direkt bei einem Psychiater eine Behandlung in Anspruch<sup>2</sup>. Es ist auch anzunehmen, dass die Methodenintegration ökonomisch Sinn macht.

<sup>1</sup>Jäggi, J, Künzi K, deWijn, N, Stocker, D. BASS, Schlussbericht; Vergleich der Tätigkeiten von PsychiaterInnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland. 9. März 2017

<sup>2</sup> Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (a.a.O.)

Dieser ganzheitliche Ansatz ist gefährdet, wenn psychologischen Psychotherapeuten Patientenzuweisungen spezifischer Störungsbilder erhalten bzw. Behandlungen aufgrund der Akuität, der Komplexität oder des Schweregrades des Krankheitsbildes abgelehnt werden. Dies führt dazu, dass Psychiater einseitig die schwer kranken, therapieresistenten, medikamentenbedürftigen Patienten betreuen werden. Behandlungsplätze für solche Menschen würden rar und die Psychiatrie eine weitere Stigmatisierung erfahren («nur wer schwer krank ist, muss zum Psychiater»).

#### 2.4. Hohe Behandlungsqualität

Eine nicht delegierte, selbständige Tätigkeit mit Eigenverantwortung für Patienten mit komplexen, multifaktoriellen psychischen Störungen verlangt nach einer **definierten, praktisch ausgerichteten Weiterbildung**. Wir schlagen eine postgraduale Tätigkeit insbesondere in Institutionen der Akutversorgung und der stationären Psychiatrie vor. Diese von uns verlangten Kriterien werden bereits jetzt von sehr vielen psychologischen Psychotherapeuten erfüllt, sind jedoch noch nicht standardisiert. Die Vorgaben des PsyG sind bezüglich praktischer Erfahrung unzureichend.

Die Indikationsstellung für eine Psychotherapie erfordert entsprechende Kenntnisse, wie sie Psychiater, aber auch psychologische Psychotherapeuten selber in ihrer langjährigen Weiterbildung erwerben. Oft wird die Indikationsstellung zu einer Therapie sogar als Teil des Therapieprozesses aufgefasst. Dieser erste Schritt einer Psychotherapie muss weiterhin qualitativ höchsten Ansprüchen genügen. Anordnende Ärzte sollen sich auch während des Therapieprozesses im Sinne der oben erwähnten Interprofessionalität mit psychologischen Psychotherapeuten absprechen müssen. Dies gilt auch für die geforderte Berichterstattung an die Vertrauensärzte. Beides erfordert psychotherapeutische Grundkenntnisse, eine gemeinsame Sprache und eine entsprechende Grundhaltung. Wir fordern, dass diese **qualitativen Mindestanforderungen an die Weiterbildung anordnender Ärzte** in den anzupassenden Verordnungen ihren Niederschlag finden.

Selbstredend darf die **Qualität der ärztlich durchgeführten Psychotherapie** in keiner Weise beeinträchtigt werden. Jedwelche Veränderungsvorschläge, die inhaltliche Aspekte oder das Behandlungssetting von Psychiatern betreffen, lehnen wir entschieden ab.

#### 2.5. Problematische Gleichschaltung der ärztlichen mit der psychologischen Psychotherapie im Gesetz

Anpassungen der beiden Verordnungen dürfen sich aus zwei Gründen **ausschliesslich auf die psychologische und nicht auf die ärztliche Psychotherapie beziehen. Wir lehnen sämtliche Veränderungsvorschläge, die sich auf die ärztliche Psychotherapie beziehen dezidiert ab.**

Erstens sind die Rahmenbedingungen der *ärztlichen* Psychotherapie nicht Gegenstand dieser Vernehmlassung und sollen allein schon deshalb unangetastet bleiben. Es geht bei dieser Verordnungsrevision um die Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten, die (analog der Physiotherapeuten, Hebammen, etc.) Zugang zur Grundversicherung erhalten sollen. Die Anpassung hat aber nichts mit ärztlichen, auch nicht psychiatrischen Leistungen zu tun.

Zweitens erachten wir einen direkten Vergleich der psychologischen Psychotherapie mit der Arbeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie als problematisch. Die methodenpluralistische und medizinisch ausgestaltete Aus- und Weiterbildung psychiatrischer Ärzte ermöglicht die weiter oben erwähnte integrative Vorgehensweise in Personalunion. Die ärztliche Psychotherapie ist als integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit eines Psychiaters zu verstehen. Sie kann nicht isoliert von anderen Teilaspekten unserer Arbeit betrachtet und somit auch nicht direkt mit der psychologischen Psychotherapie verglichen werden.

#### 2.6. Falsche Versprechen

Das im Begleitschreiben des EDI aufgeführte Argument, das Anordnungsmodell löse die Probleme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, imponiert primär als politisch motivierte Behauptung. Die seit vielen Jahren bestehende Problematik nicht kostendeckender Tarife für ambulante Leistungen, die fehlenden Intermediärangebote, die ausbleibende tarifarische Differenzierung für die Behandlung komplexer Patienten sind nur ein paar Beispiele, die auch nach Umsetzung des Anordnungsmodells einer Lösung harren. Die Berufsgruppe der Psychiater mit ihren nationalen und kantonalen Verbänden weist seit Jahren auf diese Missstände hin, die vorgeschlagenen Massnahmen werden von der Politik konsequent ignoriert.

Die Notfallversorgung der Bevölkerung wird wie bisher erfolgreich durch die Psychiater gewährleistet werden – hier ist keine Verbesserung zu erwarten, zumal psychologische Psychotherapeuten gesetzlich nicht zur Notfalldienstleistung berechtigt sind und auch in ärztlicher Hinsicht gar nicht dazu ausgebildet sind.

### 3. Konkrete Änderungsvorschläge

#### 3.1. Änderungen der KLV

##### 3.1.1. Keine zusätzlichen Limitationen für ärztliche Psychotherapie

###### *Vorschläge:*

Sämtliche nachfolgenden Punkte dürfen keinesfalls Eingang in die angepasste Verordnung finden:

1. Neuaufnahme einer Vorgabe zur Durchführung einer Einstiegs- Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten (Art. 2 Abs. 1)
2. Anzahl Sitzungen psychologischer *und ärztlicher* Psychotherapie pro Erkrankungsepisode vor Entscheid durch den Versicherer auf 30 Sitzungen (bisher 40 Sitzungen) (Art. 3)
3. maximale Dauer einer Sitzung: 1 Sitzung = maximal 60 Min. bei Einzeltherapie, maximal 90 Min. bei Gruppentherapie (Art. 3)

Die Beschreibung der **psychologischen Psychotherapie muss gesondert und abschliessend** im Artikel 11b. beschrieben werden. Limitationen innerhalb der KLV sind sowohl für ärztliche wie auch für psychologische Psychotherapeuten abzulehnen. Sollten dennoch Limitationen aufgrund drohender Mengenausweitung nötig sein, sind diese in den tarifarischen Regelwerken zu deklarieren.

###### *Begründung:*

- a.) Die vorgeschlagenen Anpassungen bedeuten eine massive Beschneidung unserer ärztlich-psychiatrischen Tätigkeit und zudem einen Eingriff in unsere Tarifstruktur (Tarmed) quasi «durch die Hintertür» und ohne Rücksprache mit uns als Tarifpartner!
- b.) Sowohl die Begrenzung der Sitzungsdauer, die psychometrische Erfassung der Patienten, als auch die Begrenzung der Therapiedauer sind unhaltbare Eingriffe in die Indikations- und Behandlungskompetenz **aller** Psychotherapeuten. Sowohl ärztliche wie auch psychologische Psychotherapeuten sind aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz in der Lage, ein psychotherapeutisches Behandlungssetting nach WZW Kriterien festzulegen.
- c.) Weder die maximale Sitzungsdauer von 60 Minuten noch die Kürzung der initialen Therapiedauer auf 30 Stunden sind inhaltlich nachvollziehbar und erscheinen völlig willkürlich und realitätsfremd. Gerade in neueren, evidenzbasierten Verfahren der sogenannten «dritten Welle», aber auch bei Expositionen in vivo im Rahmen einer Verhaltenstherapie sind wesentlich längere Sitzung üblich. Zahlreiche Patienten der Psychiatrie sind chronisch kranke Menschen und bedürfen – entgegen der Behauptung im Begleitschreiben des EDI – lebenslanger psychotherapeutischer Begleitung, analog einem Diabetespatienten, der auch nach 30 Insulin-Applikationen weiterhin auf diese Therapie angewiesen ist.
- d.) Die Einführung «validierter Instrumente» lässt die Frage offen, was hier überhaupt gemeint ist. Psychometrische Instrumente dienen im Rahmen einer multimodalen Therapie allenfalls der Zusatzdokumentation und Verlaufsdokumentation, sind aber für sich alleine genommen

nicht aussagekräftig, wie grosse Validierungsuntersuchungen zu den Instrumenten an sich, aber auch die mannigfachen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Versuch einer quantifizierbaren Qualitätssicherung für psychiatrische Institutionen in den vergangenen Jahren gezeigt haben (ANQ etc.). Es geht nicht an, dass die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Arbeit mittels insuffizienter Instrumente dokumentiert und dabei «Erfolge» allein anhand dieser Psychometrieresultate beurteilt werden. Eine gute Diagnostik wird auch heute noch vor allem auf Grund des klinischen Erscheinungsbildes und des Verlaufes gestellt. Die gilt in der Psychiatrie genauso wie in vielen anderen medizinischen Disziplinen. Es gibt in der aktuellen KLV keinen einzigen Artikel, der eine metrische Erfassung für eine andere medizinische Disziplin mit ihren jeweiligen Methoden fordern würde. Es ist uns unverständlich, weshalb dies gerade in der bezüglich WZW Kriterien unumstrittenen Psychotherapie der Fall sein soll.

Zudem lässt der Verordnungstext völlig offen, zu welchem Zweck die Daten erhoben werden, wem die Daten zur Verfügung gestellt werden, was mit ihnen geschehen soll, wo sie gespeichert werden und welche Handlungsintentionen daraus resultieren. Fragen des Datenschutzes, des enormen

administrativen Mehraufwandes (mit Kostenfolgen!) und der missbräuchlichen «Qualitätssicherung» durch die Kostenträger bleiben unbeantwortet. Bei Letzterer würde sich beispielsweise ein Vergleich zwischen den einzelnen Psychotherapeuten anbieten, nach der simplizistischen Formel: «je grösser der Unterschied zwischen *Vorher* und *Nachher* in der Psychometrie, desto besser der Psychotherapeut».

### 3.1.2. Qualität der anordnenden Ärzte

*Vorschläge:*

Anstelle des «anordnenden Arzt» (Vorschlag KLV 11 b.) meinen wir, dass die **Berichterstattung durch die behandelnden psychologischen Psychotherapeuten** erfolgen sollte.

Wir beantragen eine **Mindestanforderung an die antragsstellenden Ärzte** über ihre Qualifikationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Eingeschlossen sind dabei automatisch

- Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Titelträger des Fähigkeitsausweises «Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)»

Neu geschaffen werden soll ein Qualifikationsnachweis «**Anordnung für psychologische Psychotherapie**» (z.B. im Sinne eines Fähigkeitsausweises oder eines nachgewiesenen Weiterbildungskurses), deren Inhaber ebenfalls zur Anordnung psychologischer Psychotherapien berechtigt sind. Alle eidgenössischen Fachärzte können diesen Fähigkeitsausweis erwerben. Die Inhalte einer solchen Qualifizierungsdeklaration müssten noch definiert werden. Gegebenenfalls können auch klinische Erfahrungen angerechnet werden, die sich Nicht-Psychiater im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie angeeignet haben. Titelträger des Fähigkeitsausweises «Delegierte Psychotherapie FMPP» erhalten ihn automatisch im Sinne einer Umwandlung des bisherigen, in Zukunft gegenstandslosen Fähigkeitsausweises.

Die Anordnung einer Krisenintervention oder Kurztherapie à maximal 10 Sitzungen für Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose einer lebensbedrohlichen Situation durch sämtliche Fachärzte ist gänzlich **zu streichen** (Art. 11 b.)

*Begründung:*

- a.) Psychologische Psychotherapeuten sind per definitionem Fachpersonen für Psychotherapie und bei entsprechender Standardisierung der klinischen Ausbildungsvoraussetzungen (siehe unser Vorschlag) vollends qualifiziert, für den Vertrauensarzt einen Bericht zu erstellen. Idealerweise erfolgt im Vorfeld ein interprofessioneller Austausch mit dem anordnenden Arzt.
- b.) Die Indikationsstellung einer spezifischen Therapie (wie die Psychotherapie) verlangt gewisse Grundkenntnisse, die vom anordnenden Arzt eingefordert werden können. Das Medizinstudium beschäftigt sich praktisch nicht mit der Psychotherapie, so dass Grundversorger oder Fachärzte ohne postgraduale Erfahrung in Psychiatrie&Psychotherapie ungenügend auf diese Aufgabe vorbereitet sind. Zudem verlangt der Austausch mit dem psychologischen Psychotherapeuten eine gemeinsame Sprache und Grundhaltung, die sich von der somatischen Medizin doch beträchtlich unterscheiden kann.
- c.) Die Idee der vereinfachten Anordnung einer Krisenintervention zeugt von wenig Praxisbezug und entspringt der trivialen Vorstellung, dass Patienten mit «schweren somatischen Erkrankungen», die an einer «Neudiagnose» (Definition?) und zeitgleich an einer «lebensbedrohlichen Situation» (Definition?) besonders schwer oder akut psychisch leiden würden. Diese Vermutung hält aber keiner inhaltlichen Prüfung stand. So sind beispielsweise Onkologiepatienten gerade in *nicht akut* lebensbedrohlichen Situationen (z.B. nach Abschluss der Therapie) nachweislich am stärksten belastet.
- d.) Es ist aus Patientenperspektive auch kritisch zu fragen, warum Krisenpatienten, die den vorgeschlagenen Kriterien genügen, eher Anspruch auf eine niederschwellige, rasch verfügbare Therapie haben sollten und Patienten mit schwereren Störungen (z.B. eine monatelang

unbehandelte Depression) den komplexeren Weg beschreiten müssen, ehe sie zu einem psychologischen Psychotherapeuten zugelassen werden.

- e.) Krisen- und Notfallsituationen werden durch psychiatrische Fachärzte (inklusive psychiatrischer Institutionen) aufgrund ihres Versorgungsauftrags, der gesetzlichen Grundlagen (Beteiligung am obligatorischen Notfalldienst, Fürsorgerische Unterbringungen) und ihrer fachlichen Voraussetzungen seit jeher gut abgedeckt, so dass diesbezüglich keine Massnahmen getroffen werden müssen.

### **3.1.3. Sonderfall ärztliche Psychotherapie**

*Vorschlag:*

Die gesonderte Reglementierung der **ärztlichen Psychotherapie ist ganz aus der KLV zu streichen** (Art. 2 und 3).

*Begründung:*

Es bleibt uns unklar, warum die breit akzeptierte ärztliche Psychotherapie weiterhin in einer Leistungsverordnung legitimiert und limitiert werden muss. Gemäss Art. 33 Abs. c. der KVV sind «die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden» Grund für eine separate Regelung der Leistungspflicht. Dies ist bei der Psychotherapie mitnichten der Fall. In mehreren Studien inklusive Metaanalysen konnte die Psychotherapie hohe Effektstärken erzielen, teilweise deutlich höher als manche, etablierte somatische Behandlungsmethoden. Wir plädieren dafür, dass die Psychiater, so wie andere Ärzte, ihre Therapien nach WZW Kriterien indizieren und bezüglich Verfahren, Dosierung und Therapiedauer individuell auf ihre Patienten ausrichten können.

Wie weiter oben ausgeführt, betrachten wir Psychiater die ärztliche Psychotherapie als integralen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Sie kann nicht isoliert von anderen Teilaspekten unserer Arbeit betrachtet werden.

### **3.1.4. Psychologen in Weiterbildung zum Psychotherapeuten**

*Vorschlag:*

Wir schlagen vor, für angehende psychologischen Psychotherapeuten das Delegationsmodell zu belassen. Gleiches gilt für bisher im Delegationsverhältnis tätige Psychologen, welche die neuen Bedingungen zur selbständigen Abrechnung nicht oder noch nicht erfüllen. Konsequenterweise muss das Kapitel 02.02 "nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie" im TARMED (und den Nachfolgetarifen) verbleiben.

*Begründung:*

Um Psychologen, die sich in Weiterbildung zu Psychotherapeuten befinden, wie bisher entsprechende Anstellungen zu ermöglichen, muss ausserhalb des Anordnungsmodells eine rechtliche Grundlage dafür fort bestehen. Dies gilt auch aus Sicht psychiatrischer Institutionen, die in der Versorgung seit Jahren auf psychologische Psychotherapeuten angewiesen sind, auch wenn diese noch nicht die Bedingungen erfüllen, um gegenüber der Grundversicherung abzurechnen.

### **3.1.5. Übergangsbestimmungen**

*Vorschlag:*

Die Übergangsfrist, in denen weiterhin delegierte Psychotherapien möglich sind, ist auf 3 Jahre zu verlängern. Auch nach der Übergangsfrist sollte es Psychologen in Weiterbildung und solchen, welche die neu auferlegten Bedingungen zur Weiterbildung nicht erfüllen, möglich sein, als Angestellte eines

Facharztes bzw. Titelträgers für delegierte Psychotherapie Psychotherapien im Delegationsverhältnis durchzuführen. Wir lehnen es jedoch ab, dass bisher nicht genügend qualifizierte psychologische Psychotherapeuten automatisch die Berechtigung zur selbständigen Abrechnung via Grundversorgung erhalten.

*Begründung:*

12 Monate sind zu kurz, um das seit Jahrzehnten praktizierte Delegationsmodell vor allem auch in Praxen in ein Anordnungsmodell zu überführen. Zudem müssen bisher ungenügend qualifizierte psychologische Psychotherapeuten genügend Zeit haben, um die von uns veranschlagten Weiterbildungskriterien (vgl. 3.2.1.) zu erfüllen.

Die automatisch erteilte Berechtigung zur selbständigen Abrechnung bisher delegiert arbeitender Psychologen, ohne dass diese die von uns vorgeschlagenen Weiterbildungsqualifikationen erfüllen müssen, würde zu einer Diskriminierung der jüngeren Psychologen führen und wären mit den von uns geforderten Qualitätsanforderungen nicht vereinbar.

### **3.2. Änderungen der KVV**

#### **3.2.1. Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten**

*Vorschlag:*

Die im Entwurf skizzierte Kombination der vom Psychologengesetz (PsyG) vorgeschriebenen 2 Jahre Weiterbildung mit 1 Jahr Mehrererfahrung ist zu ersetzen durch eine weitergehende Weiterbildung, die folgende Elemente umfasst:

- mindestens 2 Jahre postgraduale Weiterbildung sowie strukturierte Psychotherapieweiterbildung entsprechend den Anforderungen des PsyG mit Erwerb des Titels eines *eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten*.
- zusätzlich mindestens 2 Jahre Anstellung in einer Institution, die das Schweizer Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätten Kategorie A oder B für die Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie klassiert. Diese Weiterbildungszeit kann auch innerhalb der Psychotherapieweiterbildungsperiode (vor dem Erwerb des Titels «eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut») absolviert werden.
- davon mindestens je 1 Jahr Akutpsychiatrie und 1 Jahr stationäre Psychiatrie

*Begründung:*

- a.) Das Psychologengesetz fordert als Minimalstandard lediglich 2 Jahre Tätigkeit in einer Einrichtung der psychosozialen Versorgung, davon 1 Jahr in einer nicht weiter spezifizierten Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung. Das nach dem Erwerb des Fachtitels vorgeschlagene Zusatzjahr erweitert die Weiterbildungszeit auf 3 Jahre, wovon lediglich 1 Jahr in einer definierten Institution analog den SIWF Kategorien A oder B zu absolvieren sind. Gegenüber den Vorgaben für ärztliche Psychotherapeuten (6 Jahre klinische Erfahrung, davon 1 Jahr fachfremde Erfahrung und optional maximal 1 Jahr Forschungstätigkeit) ist dies deutlich weniger. Die vorgeschlagenen Minimalstandards erlauben keine genügende Qualitätssicherung für betroffene Patienten und sind deshalb zu verschärfen.
- b.) Für eine weitgehend selbständige Tätigkeit als Psychotherapeut sind inhaltliche Kenntnisse zu garantieren in der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von
  - *sämtlichen* psychiatrischen Krankheitsbildern (breites Spektrum)
  - *schweren* psychiatrischen Krankheitsbildern (bspw. Schizophrenie, bipolare Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen)
  - *akuten* psychiatrischen Krankheitsbildern wie Delirien, akute psychotischen Zustände etc.
  - Notfallpsychiatrischen Störungsbildern

- suizidalen Zuständen
- somatischen Aspekten psychischer Störungen
- psychischen Aspekten körperlichen Krankseins inklusive neuropsychiatrischer Störungen

### **3.2.2. Übergangsbestimmungen zu Art. 50c**

#### Vorschlag:

Wir lehnen die unhinterfragte Übernahme für bisher ungenügend qualifizierte Psychotherapeuten in das neue Anordnungsmodell ab und plädieren stattdessen dafür, dass Psychologen, die die Kriterien für die Weiterbildung gemäss unserem Vorschlag nicht erfüllen, im Sinne einer Besitzstandswahrung weiterhin im Delegationsmodell (und somit Angestelltenverhältnis) tätig sein können.

#### Begründung:

Die Qualitätsansprüche aus Versorgungs- und Patientensicht gelten unabhängig davon, wie lange ein psychologischer Psychotherapeut schon praktiziert. Das PsyG ist erst seit 2018 definitiv in Kraft. Durch diverse Übergangsbestimmungen in der Vergangenheit arbeiten aktuell Psychotherapeuten, die weder über ein Psychologiestudium noch über genügend klinische Erfahrung verfügen. Aktuell werden diese von einem gut ausgebildeten Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie (bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eng betreut. Dieser trägt bislang die Schlussverantwortung für die korrekte medizinische Betreuung der Patienten. Mit der Übergangsbestimmung werden die Patienten durch ungenügend qualifizierte Psychotherapeuten behandelt. Diesen Psychotherapeuten muss es weiterhin möglich bleiben, in einem Angestelltenverhältnis bei einem Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit einem Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie weiterzuarbeiten.