

## **Stellungnahme der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ZGPP) zum Tarifeingriff zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

---

Als Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie des einwohnerstärksten Kantons gestatten wir uns, zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 22.3.2017 Stellung zu beziehen. Auf dieser Seite folgt eine kurze Zusammenfassung, im Anhang die ausführliche Version inklusive Quellenangaben. Unsere Kernforderung lautet:

**Wir lehnen die folgenden Verordnungsänderungen des Tarifeingriffes auf den TARMED per 01.01.2018 kategorisch ab:**

- 1) den einheitlichen Dignitätsfaktor für alle Leistungen und**
  - 2) die Anwendung von Abrechnungslimitationen auf die für die Psychiatrie relevanten Tarifpositionen (LAP, telefonische Konsultationen) auch für elektronisch abrechnende Fachärzte.**
- Die Argumentation, dass die Leistungsabrechnung dadurch wirtschaftlicher wird, bestreiten wir vehement.**

Die Änderung der Verordnung Version 1.08. per 1.1.2018 gefährdet die Qualität der ambulanten psychiatrischen Gesundheitsversorgung akut. Dies aus zwei Gründen:

**Erstens:** Durch die Rationierungen der Tarife (Limitationen) könnte wichtige Netzwerkarbeit im Umfeld des Patienten nicht mehr geleistet werden (Gespräche mit Arbeitgebern, IV, Lehrern, Hausärzten, anderen involvierten Therapeuten) und telefonische Kriseninterventionen würden erschwert. Die fachgerechte Behandlung würde darunter leiden, besonders Kinder und Jugendliche, chronisch und schwer erkrankte, betagte und berufstätige Patienten wären betroffen. Ein wichtiges Ziel unserer Arbeit ist es, die Dauer von Arbeitsunfähigkeit und die Inanspruchnahme der IV auf ein unumgängliches Mass zu reduzieren. Diese zeitaufwändige Arbeit für die schwächsten Patienten darf durch die Limitationen nicht verhindert werden. Die Sparmassnahmen in der ambulanten Psychiatrie bergen das Risiko für vermehrte stationäre Behandlungen und könnten somit zu einer weiteren Steigerung der Gesundheitskosten führen.

**Zweitens:** Der psychiatrische Nachwuchsmangel würde sich durch die Tarifsenkung von ca. 5-10% bei den Psychiatern weiter verschärfen. Durch die vereinheitlichte Reduktion des Dignitätsfaktors kommt es zu einer Abwertung der ärztlichen Leistung (AL): psychiatrische Leistungen bestehen vorwiegend aus intellektuellen, -sprich ärztlichen- Leistungen (AL), was bei Psychiater/-Innen deshalb zu einer besonders deutlichen Einkommenseinbusse führen würde. Welcher junge Arzt wählt eine zwölfjährige Ausbildung, um sich nachher am untersten Ende der ärztlichen Einkommensverteilung wiederzufinden? Zum Vergleich: das AHV-pflichtige Einkommen (Medianwert) der Hausärzte liegt um 50% höher als das der Psychiater. Durch den Nachwuchsmangel würde sich die Qualität der Versorgungslage für ambulante Patienten und Patientinnen noch deutlich verschlechtern im Vergleich mit den aktuellen Wartezeiten von 6-7 Wochen. Gerade in der Psychiatrie weiss man, dass eine zeitnahe Aufnahme der fachmännischen Therapie Chronifizierungen verhindern kann. Langfristig würde dies sicher zu keinen Ersparnissen führen, höchstens zu Verlagerungen in stationäre Bereiche.

Wir unterstützen deshalb die Stellungnahme der SGPP (Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) zur Änderung des Tarifeingriffes: Beibehaltung des Dignitätsfaktors für Psychiater/-Innen, Aufhebung der Limitationen für LAP, zeitlich unlimitierte Position „Telefonische Krisenkonsultation“, psychiatrische Konsilien mit eigener Position und Zuschlagsfaktor.

Detaillierte Informationen zu unseren Argumentationen finden Sie im Anhang (Stellungnahme). Für Fragen dazu wenden Sie sich bitte an unser Vorstandsmitglied [rosilla.bachmann@hin.ch](mailto:rosilla.bachmann@hin.ch).

Mit freundlichen Grüssen

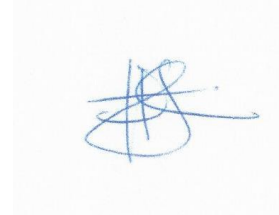
Dr. med. Anouk Gehret  
ZGPP Präsidium



Dr. med. Rosilla Bachmann  
ZGPP Vorstand



Dr. med. Hanna Steinmann  
ZGPP Vorstand



---

## **ANHANG: ARGUMENTATION ZUR ÄNDERUNG DER VERORDNUNG ÜBER DIE FESTLEGUNG UND ANPASSUNG VON TARIFSTRUKTUREN IN DER KRANKENVERSICHERUNG VOM 22. MÄRZ 2017**

---

Angesichts der Wichtigkeit dieser Thematik möchten wir unsere Stellungnahme ausführlicher gestalten, damit die Begründung auch gut nachvollziehbar ist.

### **EPIDEMIOLOGIE**

Psychiatrische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Fast jede zweite Person leidet irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung<sup>i</sup>. Pro Jahr erkrankt mehr als ein Drittel der Personen in Europa an einer psychischen Störung<sup>ii iii</sup>. Nur schon Depressionen alleine (neben vielen anderen häufigen psychiatrischen Erkrankungen) machen gemäss WHO 20% der Krankheitslast in der EU aus.

### **VERSORGUNG UND KOSTEN**

Psychiater/-Innen sind für die Schweizer Bevölkerung bei psychischen Erkrankungen die ersten Ansprechpersonen. Sie erfüllen aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen und aufgrund des Direktzugangs eine Grundversorgerfunktion. 42% der Befragten einer aktuellen Studie<sup>iv</sup> mit einem psychischen Problem nehmen direkt bei Psychiater/-Innen eine Behandlung in Anspruch (von Psychiatern delegierte Therapeuten nicht eingerechnet). In Ländern wie Deutschland und den Niederlanden ist dies in nur 9% resp. 13% der Fall. Diese rasche, direkte und fachmännische Behandlung der Patienten in der Schweiz schlägt sich auch in den Gesundheitskosten nieder. So sind die Kosten der psychischen Gesundheitsversorgung in der Schweiz mit ihrer hohen - aber eben wichtigen und notwendigen - Psychiaterdichte (bei insgesamt hoher Ärztedichte) verglichen mit den Niederlanden deutlich tiefer: 9.2% versus 20.9%<sup>v</sup>.

Im internationalen Vergleich steht die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz noch gut da. Die durchschnittlichen Wartezeiten für einen Erstkontakt mit einem Psychiater betragen zurzeit 6-7 Wochen. Auf keinen Fall wollen wir Zustände wie in Deutschland, wo es durchschnittlich 23 Wochen dauert, bis ein Patient in eine psychiatrische Behandlung kommt. Bei psychischen Erkrankungen gilt: je früher die fachärztliche Behandlung, desto besser ist der Verlauf und die Prognose.

Die frühzeitige und angemessene Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen hat volkswirtschaftlich gesehen Gewicht, da sie zur Verminderung von Chronifizierung, Arbeitsausfällen, IV-Berentungen und frühzeitigen Pensionierungen, zu Verbesserung von Verlauf und Prognose und insgesamt zu einer Reduktion der indirekten und direkten Kosten und somit der gesamten Kosten führt<sup>vi</sup>. Gemäss WHO ergibt jeder Dollar, der für die Behandlung von Ängsten und Depressionen investiert wird, vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität (Return-on-Investment-Studie der WHO<sup>vii</sup>).

Das kostengünstige ambulante System der Schweiz, in dem die Psychiater/Innen als Grundversorger für psychische Erkrankungen mit ihrem Doppeltitel eine Kombination von fachärztlicher medizinisch-psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Behandlung anbieten können, ist ökonomisch, auch weil die Behandlung mit Psychopharmaka in Kombination mit Psychotherapie für viele psychische Erkrankungen einen wirksameren Verlauf zeigt<sup>viii</sup>. Das fachärztliche Wissen und die Kombination von Diagnostik, Psychopharmakologie und Psychotherapie sind essentielle Werkzeuge, um Patienten mit psychischen Erkrankungen wirksam zu behandeln.

#### **STIGMATISIERUNG NIMMT AB.....**

Psychische Störungen sind sehr häufig, die Häufigkeit hat in den letzten Jahrzehnten jedoch nicht bedeutsam zugenommen<sup>ix x xi xii</sup>. Bei gleichbleibender Prävalenz psychischer Störungen wurde jedoch die direkt zugängliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bei ambulanten Psychiatern in den letzten Jahren vermehrt in Anspruch genommen. Dies deutet in der Schweizer Bevölkerung auf weniger Stigmatisierung, frühzeitigeres Erkennen und zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz und Bereitschaft hin, fachärztliche Hilfe zu beanspruchen. Es scheint, dass psychische Störungen heutzutage glücklicherweise schneller erkannt, seltener übersehen, schneller und direkt fachärztlich behandelt werden.

#### **BLICK IN DIE ZUKUNFT**

Der angekündigte Tarifeingriff trifft die am wenigsten verdienenden Ärztinnen und Ärzte, nämlich die Psychiaterinnen und Psychiater, mit einer Einkommenseinbusse von 5%-10% besonders hart. Das Fach hat heute schon mit einem Nachwuchsmangel zu kämpfen. Zum Vergleich: das AHV-pflichtige Einkommen (Medianwert) der Hausärzte ist um 50% höher als das der Psychiater<sup>xiii</sup>. Die finanzielle Schlechterstellung hilft nicht, junge Ärztinnen und Ärzte in Zukunft für dieses spannende Fach zu begeistern. Wenn die Einkommensunterschiede zwischen den Fachrichtungen dermassen hoch sind, besteht die Gefahr, dass die jungen Ärzte sich für andere Fachrichtungen entscheiden. Dabei wollen wir betonen, dass wir die Einkommen der Hausärzte - ebenfalls eine Fachrichtung, die gefördert werden muss - in keinsten Weise in Frage stellen.

Ein Facharztmangel in der Psychiatrie hat erhebliche Folgen auf die Versorgungslage der ambulanten Psychiatrie, welche per se deutlich kostengünstiger ist als die stationäre Behandlung und deshalb unbedingt gefördert werden sollte. In 10 Jahren werden jetzt schon laut Experten 1000 Psychiater fehlen.<sup>xiv</sup> Der Tarifeingriff wird dies noch verschärfen. Wir erwarten durch den Facharztmangel sowie die Limitationen des Tarifeingriffes auf LAPs und telefonische Konsultationszeit eine deutliche Verschlechterung der ambulanten Versorgung, ein Anstieg der Kosten durch vermehrte Klinikzuweisungen, Produktivitätsverlust (AUF), Chronifizierung bis hin zu Invalidität.

### **KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS: Limitationen bei LAP und Telefonaten , Reduktion Dignität**

Der Bundesrat will laut eigenen Angaben die Vernetzung und Absprache der psychiatrischen Fachärzte mit Behörden, IV, Institutionen, Reintegrationsprogrammen fördern<sup>xv</sup>. Diese Tätigkeiten sind Leistungen in Abwesenheit, die aber mit dem Tarifeingriff paradoxerweise massiven Limitationen ausgesetzt sind. Das heisst, diese Arbeit kann nicht mehr erledigt werden. Patienten, die eine berufliche Reintegration am Arbeitsplatz benötigen, werden somit alleine gelassen. Bei Patienten mit langjährigen chronischen Erkrankungen, die in betreuten Wohnsituationen leben, kann eine Absprache mit Bezugs- und Betreuungspersonen oder Spitex und anderen Schnittstellen sowie Hausärzten/ anderen Fachärzten nicht mehr gewährleistet werden. Insgesamt wird wichtige Bezugs- und Netzwerkarbeit, vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Sonderpädagogen, Bezugspersonen, Angehörigen und mit der Schule sowie bei Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen nicht mehr möglich sein. Ebenso verhindern die Limitationen Kriseninterventionen per Telefon. Bei Patienten in akuter suizidaler Krise, die sich telefonisch bei uns melden, müssen wir mit dem Tarifeingriff nach 20 Minuten das Gespräch abbrechen. Dies kann zu mehr Klinikeintritten und somit zu höheren Kosten führen.

Der Tarifeingriff in der Psychiatrie ist insgesamt noch zusätzlich schwerwiegend, weil Bundesrat Berset die intellektuellen Leistungen der Ärzte gegenüber den technischen Leistungen eigentlich aufwerten wollte. Aus dem Tarifeingriff resultiert jedoch durch die vereinheitlichte Reduktion des Dignitätsfaktors eine Abwertung der AL um 7% für Fachärzte der Psychiatrie und Psychotherapie.

Am stärksten betroffen durch den Eingriff sind unsere Patienten, vor allem die Patientengruppe mit der schwächsten Lobby: Kinder und Jugendliche, betagte Patienten, Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, psychisch erkrankte Patienten mit resultierenden Arbeitsplatzproblemen.

### **SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Der Tarifeingriff gefährdet unser- im internationalen Vergleich- kostengünstiges und direktes ambulantes System und verhindert die effiziente, korrekte und bedarfsgerechte Behandlung unserer Patienten. Bei nicht adäquater ambulanter Behandlung besteht die grosse Gefahr von Chronifizierung und vermehrten Arbeitsausfällen und somit indirekten Folgekosten sowie direkten Folgekosten durch Hospitalisationen.

Der Tarifeingriff verstärkt eine schon vorbestehende finanzielle Schlechterstellung der Psychiater/Innen im Vergleich zu den anderen Fachärzten. Dies besorgt uns ins Besondere im Hinblick auf den zunehmenden Nachwuchsmangel und die damit einhergehende kritische Versorgungslage der ambulanten Psychiatrie.

Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie rechnen mehr als 90% ihrer Leistungen über das Kapitel 02 (AL) ab, das heisst, die psychiatrische Tätigkeit besteht vorwiegend aus intellektuellen – rein ärztlichen- Leistungen. Deshalb hat die Vereinheitlichung und Reduktion des Dignitätsfaktors volumenmässig bei den Psychiater/Innen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen einen besonders grossen Einfluss, es kommt zu einer Abwertung der Taxpunkte von 7% auf die ärztliche Leistung (AL). Aus den kantonalen Zahlen der Trustcenter (Volumis FMH) entnehmen wir, dass wir für das Total der AL und TL der aufgeführten Tarifpositionen folgende Reduktionen zu erwarten haben.

Psychiatrische Diagnostik und Therapie (02.0010, 02.0020):	-4.80% (nur AL:-7.25%)
Leistungen in Abwesenheit (02.0070):	-10.98% (nur AL: -13.18%)
Telefonische Konsultationen (02.0060):	-16.79% (nur AL: -18.93%)

Konsiliarpsychiatrische Leistungen werden mit der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors (aktuell 1.3046, hohe Fachkompetenz) mit einem Abschlag von 26% besonders stark betroffen sein.

Der Tarifeingriff von Herrn Bundesrat Berset gefährdet die ambulante psychiatrische Gesundheitsversorgung. Die volkswirtschaftlichen Kosten würden markant steigen.

Wir unterstützen deshalb die Stellungnahme der SGPP (Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) zur Änderung des Tarifeingriffes: Beibehaltung des Dignitätsfaktor für Psychiater/-Innen, Aufhebung der Limitationen für LAP, zeitlich unlimitierte Position „Telefonische Krisenkonsultation“, psychiatrische Konsilien mit eigener Position und Zuschlagsfaktor.

<sup>i</sup> Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21: 655-679.

<sup>ii</sup> Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357-376..

<sup>iii</sup> WHO. Fact sheet on depression, updated February 2017. Depression is the leading cause of disability worldwide, and is a major contributor to the overall global burden of disease.

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

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

<sup>vi</sup> Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Med Wkly*, 143(w13751).

<sup>vii</sup> Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5): 415-424.

<sup>viii</sup> Huhn, M et al. Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric DisordersA Systematic Overview of Metaanalyses. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(6):706-715. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.112

<sup>ix</sup> Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A. & Walters, E.E. (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24): 2515-2523.

<sup>x</sup> Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35: 321-330.

Rotter, J.B. (1966). Generalized

<sup>xi</sup> Richter, D. & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, 40(04): 176-182.

<sup>xii</sup> Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1): 77-87.

<sup>xiii</sup> <https://www.nzz.ch/schweiz/noch-immer-grosse-einkommensunterschiede-bei-den-aerzten-1.17621517>

<sup>xiv</sup> [http://www.psychiatrie.ch/fmpp/stellungnahmen-und-publikationen/psychiatrie/index.php?eID=tx\\_securedownloads&u=0&g=0&t=1495552969&hash=8459124248809ada30c6a61912dc97a91c95064f&file=/fileadmin/FMPP/user\\_upload/170313\\_NL\\_psyCHIatrie\\_D\\_DEF.pdf](http://www.psychiatrie.ch/fmpp/stellungnahmen-und-publikationen/psychiatrie/index.php?eID=tx_securedownloads&u=0&g=0&t=1495552969&hash=8459124248809ada30c6a61912dc97a91c95064f&file=/fileadmin/FMPP/user_upload/170313_NL_psyCHIatrie_D_DEF.pdf)

<sup>xv</sup> [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-zukunft-der-psychiatrie.html?\\_organization=317](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-zukunft-der-psychiatrie.html?_organization=317)