

## **Änderung der Verordnung KVV und KLV betreffend Neuregelung der Psychologischen Psychotherapie im Rahmen der OKP**

### **ARGUMENTARIUM und ERLÄUTERUNGEN des Vorstandes SGKJPP**

Zur Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen  
Zur Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiaterin, den Kinder- und  
Jugendpsychiater

#### **A. Zur Bedeutung der Änderungen von KLV Art.2&3 für die ärztliche Psychotherapie**

##### **I. ÄNDERUNG DER BEDINGUNGEN DER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPIE KLV ART. 2&3 OHNE RÜCKSPRACHE MIT FMPP !**

Es ist inakzeptabel, dass an der bisherigen KLV Art. 2&3, welche die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne regelt, fundamentale Änderungen, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben, ohne Einbezug der Direktbetroffenen, also der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, vorgenommen wurden.

⇒ **FORDERUNG:** *Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater fordern eine zwingende Mitbeteiligung an der Ausgestaltung der neuen KLV, die die ärztliche Psychotherapie betrifft.*

##### **II. ZUR FRAGE DER BEDEUTUNG VON ART. 2 ABSATZ 1a resp. 1b**

*KLV-Text:*

- 1a. Die Wirksamkeit der angewandten Methode ist wissenschaftlich belegt.*
- 1b. Sie umfasst eine **Einstiegs-, eine Verlaufs- und eine Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten.***

Hier stellen sich folgende wichtige und massgebliche Fragen, die ungeklärt sind:

#### **Notwendigkeit der Messinstrumente in der Psychotherapie?**

**Die Einführung solcher flächendeckenden «diagnostischen» Instrumente ist für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unnötig.**

Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater stellen eine Diagnose in erster Linie mittels klinischer Befunderhebung und nicht mittels Instrumenten zur Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. Gegebenenfalls können abhängig von Krankheitsbildern zusätzliche Tests oder Bewertungsraster zur Beurteilung indiziert sein; dies liegt im Ermessensspielraum der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Durch die Auswahl bestimmter Evaluationsinstrumente werden gewisse Therapiemethoden bevorzugt. Für einige wissenschaftlich anerkannte und wirksame Psychotherapiemethoden sind Fragebogen verfahrensfremde Eingriffe; so sind z.B. Tests als Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie inadäquat.

Mit der Einführung solcher Tests mischt sich der Bund in unzulässiger Weise in die Therapien ein. Denn die neue Anordnung präferiert einseitig Kurztherapiemethoden. So wird die Vielfalt der Therapiemethoden reduziert und somit werden wirksame, wissenschaftlich fundierte und belegte Therapiemethoden faktisch aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Die Methodenvielfalt muss gewährleistet bleiben. Unterschiedliche Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen bedürfen unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungen.

Die geforderte Anwendung solcher Tests wird einen riesigen Datenberg kreieren. Der Verordnungstext lässt offen, was mit diesen Daten passiert und wer diese technisch und inhaltlich verarbeiten soll. Das berührt auch Fragen des Datenschutzes. Zudem bleibt unklar, wie die Erhebung der Daten vor Ort in den Praxen finanziert werden soll und wer die Kosten für die Auswertung einer solchen Datenerhebung übernehmen soll. In der Somatik wird nirgends eine Erfolgsdiagnostik gefordert. In der Medizin besteht wohl eine Behandlungspflicht, aber keine Pflicht zum Beleg eines Behandlungserfolgs; eine solche würde somit nur in der Psychiatrie eingeführt. Dabei ist die Psychotherapie eine der am besten untersuchten Behandlungsformen mit hohen Effektstärken.

Unklar bleibt der Verordnungstext auch darin, wie die Ergebnisse einer solchen Datenerhebung zur Qualitätssicherung verwendet werden sollen. Sollen Einzelpraxen in einer Art Benchmarking miteinander verglichen werden? Und wenn ja, mit welchen Konsequenzen? Die grosse Gefahr besteht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten schon zu Therapiebeginn eine „günstige Patientenauswahl“ treffen werden. Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Erkrankungen werden unter solchen Umständen kaum einen Behandlungsplatz finden. Zudem ist unklar, wie man mit „schlecht heilbar Patienten“ umgehen soll, die eine stützende Langzeitbehandlung benötigen.

Und wie würden andere Fachärztinnen und Fachärzte (nicht Psychiater) diese Testresultate ohne eine spezifische Weiterbildung auswerten und eine Indikation zur Verlängerung der Psychotherapie stellen? Würde somit letztlich nicht die Psychologin, der Psychologe alleine entscheiden, ob die Psychotherapie weitergeführt wird?

⇒ **FORDERUNG:** Die SGKJPP fordert, dass Punkt 1b für die ärztliche Psychotherapie gestrichen wird.

### III. KOSTENGUTSPRACHEGESUCHE BEREITS NACH 30 SITZUNGEN und REDUKTION DER MAXIMALEN SITZUNGSDAUER AUF 60 MINUTEN!

*KLV-Text:*

*Art. 3 Kostenübernahme.*

*Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen von einer Dauer von bis zu 60 Minuten bei Einzeltherapien und bis zu 90 Minuten bei Gruppentherapien. Artikel 3b bleibt vorbehalten.*

- 1. Kostengutsprache gesuche** müssen nun bereits vor der 30. Sitzung statt wie bisher vor der 40. Sitzung eingebracht werden.

Der Entscheid, die ärztliche Psychotherapie auf 30 Sitzungen zu verkürzen, ist wissenschaftlich nicht fundiert und somit nicht nachvollziehbar. Mischen sich Dritte zu früh und wiederholt in eine Psychotherapie ein, beeinträchtigt dies die Behandlung.

Mit der Reduktion der Verlängerungsanträge nach neu 30 anstelle von 40 Sitzungen geht zudem eine unverhältnismässige Erhöhung des administrativen Aufwandes einher.

⇒ **FORDERUNG:** *Beibehaltung von 40 Sitzungen für die ärztliche Psychotherapie bis zum ersten Kostengutsprache gesuch!*

- 2. Reduktion der max. Sitzungszeit von 75' auf 60'**

**Die Dauer einer Sitzung entspricht nicht automatisch 60 Minuten.**

Verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieformen werden im Falle einer Reduktion verunmöglicht oder massiv erschwert; es kommt somit zu gravierenden qualitativen Einbussen.

Eine wissenschaftliche Begründung der Reduktion auf 60' pro Sitzung fehlt. Diese Verkürzung kommt einer Rationierung einer medizinischen Massnahme gleich.

⇒ **FORDERUNG:** *Keine Kürzung der maximalen Sitzungsdauer von 75 auf 60 Minuten für die ärztliche Psychotherapie!*

## **B. Fragen zum neuen Anordnungsmodell: Mögliche Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten sowie für die psychiatrisch – psychotherapeutische Versorgung**

### **I. ANZAHL ANORDNUNGEN PRO KRANKHEITSFALL**

Wie viele aufeinanderfolgende Anordnungen wird eine Ärztin, ein Arzt bei der gleichen Patientin, beim gleichen Patienten veranlassen (können)? 3 Anordnungen entsprechen 45 Sitzungen, d.h. einem Behandlungszeitraum von ca. einem Jahr?

Ist der Arzt, die Ärztin bereit, bei Notwendigkeit auch 10 oder mehr Anordnungen zu schreiben für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten, z.B. bei schweren und chronischen Störungen?

Wirtschaftlichkeitskontrolle: Welche Auswirkungen hat die anordnende Ärztin, der anordnende Arzt zu gewärtigen, wenn sie, er im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr Psychotherapien anordnet, d.h. mehr Therapien und somit mehr Kosten veranlasst?

Validierte Instrumente zur Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik: Wird der Arzt, die Ärztin obligatorisch eine weitere Therapie anordnen, wenn die Psychologin, der Psychologe darlegt, dass aufgrund einer testpsychologischen Untersuchung eine Fortsetzung der Psychotherapie angezeigt sei? Dies kann zu unnötigen Verlängerungen der Psychotherapien und damit zu einer Mengenausweitung führen. Die Rolle der anordnenden Ärztin, des anordnenden Arztes reduziert sich auf ein Abknicken.

### **II. AUSWIRKUNG DES ANORDNUNGSMODELLS FÜR DIE PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE**

Aus den bisherigen Ausführungen sind verschiedene zukünftige Szenarien denkbar:

#### **Patientinnen und Patienten mit schweren Störungen finden keine Behandlungsplätze.**

Weil viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht über die klinische Erfahrung und somit die Kompetenz verfügen, um Therapien mit Patientinnen und Patienten, die an schweren Störungen leiden, lege artis durchzuführen, besteht die grosse Gefahr, dass diese Patientinnen und Patienten keinen Therapieplatz bei einer psychologischen Psychotherapeutin, einem psychologischen Psychotherapeuten finden. Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater werden den Bedarf nicht alleine decken, die notwendige Versorgung nicht leisten können. Die Erweiterung des therapeutischen Angebotes wird sich auf Patientinnen und Patienten mit leichten psychischen Erkrankungen beschränken und dort zu einer unnötigen Mengenausweitung führen.

#### **Zweiklassenversorgung – Zunahme von out-of-pocket bezahlten Therapien!**

Vermögende Patientinnen und Patienten, resp. Familien bezahlen die notwendige Fortführung der psychologischen Psychotherapie selber, nicht Vermögende haben das Nachsehen bzw. werden versuchen bei einer Kinder- und Jugendpsychiaterin, einem -psychiater unter zu kommen.

### III. WER SOLL ANORDNEN?

Was bedeutet die vorgeschlagene Anordnung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) bzgl. Qualitäts- und Qualifikationsfragen?

In der aktuellen Befragung der FMPP-Mitglieder vom Juli/August 2019 vertreten 75% der Antwortenden die Haltung, dass ausschliesslich Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin anordnen können sollen. Gut 48% der Antwortenden sind einverstanden, in ihrer Praxis anzuordnen; zusätzlich sind 27% der Antwortenden unter entsprechenden Voraussetzungen dazu bereit.

- ⇒ **FORDERUNG:** Die SGKJPP verlangt, dass nur Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) anordnen können. Eine korrekte, qualitativ einwandfreie kinder- und jugendpsychiatrische Differentialdiagnose und Therapieindikation bedingt psychische wie somatische Abklärungen. Dies setzt eine fachärztliche Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Erfahrungen im medizinischen Alltag voraus mit grossen Fallzahlen von Patientinnen und Patienten, die ein breites Spektrum von Krankheitsbildern repräsentieren. Die Fachärztin, der Facharzt muss im Einzelfall auch die notwendige Zeit aufbringen können, um mit entsprechender Sorgfalt die Abklärungen gerade auch im familiären, schulischen, beruflichen usw. Umfeld vornehmen zu können.
- ⇒ **FORDERUNG:** Wenn der Bund an der Ausgestaltung des Anordnungsmodells bezüglich Ausweitung der Anordnungsbefugnis festhält, fordert die SGKJPP die Einführung eines FMH-Fähigkeitsausweises „Anordnung Psychotherapie“.

### IV. ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN?

Der Verordnungsentwurf fordert eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung (Weiterbildungsstätten mit Anerkennung SIWF Kategorie A oder B).

Mit der heutigen Regelung haben viele psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwar theoretische Kenntnisse, aber nicht genügend klinische Erfahrung für die Diagnostik und die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen.

Vor allem haben die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch keine Erfahrungen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen in Notfall- und Krisensituationen, in denen zudem sehr oft auch eine Medikation notwendig ist. Folglich werden sich die Psychologinnen und Psychologen in ihren Praxen auf „leichtere Störungen“ konzentrieren. In diesem Bereich werden sie alleine schon durch ihre grosse Anzahl für eine massive Ausweitung des Behandlungsangebots sorgen. Das wird zu einer deutlichen Kostenausweitung im Gesundheitswesen führen (weit höher als die postulierten 100 Mio.), ohne entsprechende Verbesserung der Versorgung in den Bereichen, in denen ein Mangel festgestellt wurde (mehrfach und schwer erkrankte Kinder und Jugendliche, hoch belastetes Entwicklungsumfeld, Sucht, Krisensituationen).

Den Psychologinnen und Psychologen fehlen wichtige Elemente bei der Behandlung von komplexen Fällen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche somatische Leiden, psychische Störungen mit somatischen Ursachen und psychosomatische Erkrankungen. Hinzu kommen Krankheits- und andere Arztzeugnisse oder auch IV-Berichte, denn Versicherungen verlangen, dass zwingend eine Fachärztin oder ein Facharzt den Bericht schreibt.

Deshalb ist die vorgeschlagene Verordnungsänderung eine ineffektive und ineffiziente Lösung zur Erreichung der vom Bundesrat anvisierten Ziele. Ein einfacherer Zugang zur Psychotherapie für Personen mit leichten psychischen Erkrankungen (was im Sinne einer besseren Versorgung gerade ausserhalb von Städten und Agglomerationen durchaus erwünscht ist) schafft ohne Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung ein Überangebot an Versorgungsmöglichkeiten (-> Fehlallokation der Krankenkassengelder). Die Unterversorgung wird nicht behoben, aber es kommt zu einer Fehlversorgung. Die via KLV-Anpassung geforderte Erfolgsdiagnostik wird diese Fehlversorgung noch akzentuieren, da Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die eine langfristige Behandlung brauchen, kaum messbare „Fortschritte“ zeigen werden. Sie werden grosse Mühe haben eine Verlängerung ihrer Therapie zugesprochen zu erhalten.

Durch die fehlende Zulassungssteuerung und die geringen Anforderungen an die klinische Weiterbildung werden psychiatrische Institutionen viele Psychologinnen und Psychologen verlieren, weil diese vermehrt in die eigene Praxis wechseln werden, sobald sie die geforderte Weiterbildungszeit absolviert haben. Die Versorgung von schwer Kranken durch die Institutionen wird dadurch noch mehr unter Druck kommen. Dagegen wird die Versorgung von Menschen mit leichten psychischen Störungen aufgebläht werden.

⇒ **FORDERUNG:** *Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezüglich psychischer Erkrankungen müssen erhöht werden. Wie bereits früher schon, fordern wir eine Verlängerung der klinischen postgradualen Weiterbildung in psychiatrischen Institutionen von aktuell einem auf zwei Jahre. Zusätzlich unterstützen wir im aktuellen Verordnungsentwurf die Forderung nach einer zusätzlichen 12-monatigen klinischen Erfahrung nach Erlangen eines eidgenössischen Weiterbildungstitel. Dies sollte in einer SIWF-anerkannten Institution (SIWF=Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und*

*Fortbildung) der Kategorie A (Aufnahmezwang mit breitem Patientengut) erfolgen.*

⇒ **FORDERUNG:** *Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in eigener Praxis massiv ansteigen wird. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung. Deshalb fordert die SGKJPP, dass der Bund mit der Einführung entsprechender Reglementierungen Verantwortung übernimmt (Numerus Clausus und/oder Zulassungssteuerung).*

⇒ **FORDERUNG:** *Wir unterstützen die Einrichtung eines Koordinationsgremiums im Bereich der Weiterbildung der psychologischen Professionen, in dem die relevanten Stakeholder vertreten sind.*

## V. Weitere Bemerkungen

Eine Evaluation und Wirkungsanalyse erst nach 5 Jahren (vgl. S. 14 im Bericht zur Verordnungsänderung) ist unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der drohenden Mengenausweitung eine viel zu lange Zeitspanne. Die Implementierung einer Begleitforschung ist zwingend!

⇒ **FORDERUNG:** *Die SGKJPP ist in die Evaluation und in eine Begleitforschung mit einzubeziehen.*

Die Übergangszeit von 12 Monaten für den Modellwechsel ist zu kurz bemessen, um alle notwendigen vertraglichen Anpassungen zeitgerecht wahrnehmen zu können. Im Vordergrund stehen dabei neben den Arbeitsverhältnissen und Infrastrukturverträgen auch die Vertragsverhältnisse mit psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung in den Praxen.

Vorstand SGKJPP

Bern 26. August 2019

PSY & ASd

**SGKJPP**  
**SSPPEA**  
**SSPIA**

Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents  
Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolesenza