



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Änderung der Verordnung 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

Vorgesehene Änderungen per (Datum)

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, im Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).....	4
I. Allgemeiner Teil.....	4
1 <i>Ausgangslage</i>	4
1.1 Hintergrund.....	4
1.2 Heutige Regelung der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	4
1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen	5
2 <i>Grundzüge der Neuregelung</i>	9
2.1 Ziel und Zweck der Neuregelung	9
2.2 Umfang der Neuregelung	9
2.3 Zulassungsvoraussetzungen psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.....	10
2.3.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz.....	11
2.4 Organisationen der psychologischen Psychotherapie	11
2.5 Leistungsvoraussetzungen.....	11
2.6 Anordnungsvoraussetzungen.....	11
2.7 Kostenübernahme	12
2.8 Aufhebung der delegierten psychologischen Psychotherapie	12
2.9 Tarifierung.....	12
3 <i>Auswirkungen</i>	13
3.1 Allgemeines	13
3.2 Kostenfolgen.....	14
4 <i>Wirkungsanalyse</i>	14
II. Besonderer Teil	16
Erläuterung der einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	16
Artikel 46 Buchstabe g KVV Im Allgemeinen	16
Artikel 50c KVV Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen	16
Artikel 52d KVV Organisationen der psychologischen Psychotherapie	16
Übergangsbestimmung der Änderung vom (Datum)	16
Erläuterung der einzelnen Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	17
Artikel 2 Absatz 1 KLV Grundsatz.....	17
Artikel 3 KLV Kostenübernahme.....	17
Artikel 3b Absatz 1 KLV Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 30 Sitzungen	17
6. Abschnitt (neu): Psychologische Psychotherapie	17
Artikel 11b KLV (neu)	17
Übergangsbestimmung.....	18
III. Inkrafttreten.....	18
Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen	19
I. Allgemeiner Teil.....	19
II. Besonderer Teil	20

Erläuterung der einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	20
.....	
Artikel 45 Absatz 1 KVV Hebammen	20
Artikel 46 KVV Im Allgemeinen	20
Artikel 47 KVV Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen	21
Artikel 48 KVV Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen	21
Artikel 49 KVV Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen	21
Artikel 50 KVV Einleitungssatz	22
Artikel 50a KVV Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen	22
Übergangsbestimmung zur Änderung vom	22
III. Inkrafttreten.....	22

Neuregelung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

I. Allgemeiner Teil

1 Ausgangslage

1.1 Hintergrund

Auf die parlamentarische Anfrage 11.1068 Prelicz-Huber "Nicht-ärztliche Psychotherapie als Leistung der Grundversicherung" antwortete der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 23. November 2011, mit dem kommenden Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) werde die Aus- und Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten schweizweit harmonisiert und auf hohem Niveau festgelegt. Der Bundesrat werde daher verschiedene Modelle der Zulassung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Leistungsabrechnung und konkrete Vorschläge für die Ablösung des derzeitigen Modells der delegierten Psychotherapie prüfen.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (PsyG; SR 935.81) und der Verordnung über die Psychologieberufe (PsyV; SR 935.811) auf den 1. April 2013 wurden geschützte Berufsbezeichnungen eingeführt und die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der psychologischen Psychotherapeuten bzw. der psychologischen Psychotherapeutinnen national einheitlich geregelt.

Als weitere parlamentarische Vorstösse in diesem Zusammenhang sind auch die folgenden Interpellationen zu erwähnen: 16.3060 Eder «Die Behandlung psychischer Krankheiten in der Grundversicherung weiterhin gewährleisten», 18.3446 Marchand-Balet, «Anordnungsmodell für Psychologinnen und Psychologen», 18.3864 Kälin, «Wechsel zum Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie (Aufnahme in die Grundversorgung)», 18.3946 Weibel, «Zugang zu psychologischer Psychotherapie in allen Sozialversicherungen gewährleisten», 18.4016 Marchand-Balet, «Psychische Gesundheit. Versorgungs- und Angebotsmangel. Was unternimmt der Bundesrat dagegen, und was tut er, um der Bevölkerung den Zugang zur Behandlung zu gewährleisten?», 18.4186 Marchand-Balet «Sollte das Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht umgesetzt werden, damit die Versorgung mit in der Schweiz ausgebildeten Personen anstatt mit Ausländerinnen und Ausländern sichergestellt wird?», 18.4187 Marchand-Balet «Was will der Bundesrat dagegen unternehmen, dass die vom Psychologieberufegesetz garantierte Qualitätssicherung durch das noch geltende Delegationsmodell zunichtegemacht wird?» sowie 19.3245 Marchand-Balet «Wechsel zum Anordnungsmodell für Psychologinnen und Psychologen. Wie gedenkt der Bundesrat bei seiner Kostenanalyse den erheblichen indirekten Einsparungen Rechnung zu tragen?».

1.2 Heutige Regelung der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Heute können Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen nur zuhause der OKP abgerechnet werden, wenn sie delegiert und unter Aufsicht von dazu berechtigten Ärzten und Ärztinnen in ihren Räumlichkeiten erbracht werden. Die Leistungen gelten dabei als ärztliche Leistungen. Weiter erbringen psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen in eigenen Praxen dieselben Leistungen, die von Patienten und Patientinnen allerdings selbst bezahlt oder via Zusatzversicherungen vergütet werden.

Das Delegationsmodell hat eine Ausnahmestellung im Rahmen der OKP. Es besteht seit 1981 aufgrund eines Bundesgerichtsentscheids (BGE 107 V 46) und wurde von diesem explizit als Übergangsregelung bezeichnet, bis die Berufe der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen gesetzlich geregelt sind.

Die Zulassung der delegierten psychologischen Psychotherapie ist heute nicht geregelt. Grundsätzlich können im Delegationsmodell auch Personen Leistungen erbringen, die alleine der Überwachung durch die delegierenden Ärzte unterstehen, ohne dass sie die Anforderungen des PsyG erfüllen. Gemäss der Regelung zur Spartenanerkennung im Rahmen des TARMED müssen auch die delegiert arbeitenden Psychotherapeuten und -therapeutinnen Anforderungen erfüllen, die dem Besitz eines eidgenössischen Weiterbildungstitels weitgehend äquivalent sind¹. Personen mit ausländischer Weiterbildung benötigen die Anerkennung durch die Psychologieberufekommission (PsyKo).

Daneben wird die delegierte Tätigkeit auch in gewissen Kantonen geregelt und eine kantonale Bewilligung benötigt².

1.3 Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen

Epidemiologie

Psychische Störungen zählen weltweit zu den häufigsten und am meisten einschränkenden Krankheiten. Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen und die Suchterkrankungen. Für diese stellt insbesondere die Psychotherapie eine anerkannte und wissenschaftlich unbestrittene Therapieform dar, die zudem den Gebrauch von Medikamenten einsparen kann.

Die Bandbreite der in den Studien resultierenden 12-Monats-Prävalenz von mindestens einer psychischen Störung liegt zwischen rund 10 und 30 Prozent. Von den Prävalenzraten zu unterscheiden ist die Anzahl Personen, die tatsächlich einer professionellen Behandlung bedürfen. Es existieren keine einheitlich akzeptierten Kriterien oder «Klassifikationssysteme» bezüglich Behandlungsbedarf. In Studien wird von Anteilen zwischen rund 25 und 60 Prozent erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen. Hier spielen Faktoren wie Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung eine Rolle.

Angebot

Im Vergleich zum europäischen Ausland verfügt die Schweiz über eine hohe Dichte an Psychiatern³ und Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen. Sie verfügt jedoch gegenüber anderen europäischen Ländern über weniger Psychiatriepflege.⁴ Strukturell unterscheiden sich die Angebote und Aufgabenteilungen in den einzelnen Ländern grundlegend.⁵

Gemäss FMH-Ärzttestatistik betrug die Zunahme der Träger des Facharztstitels Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Trägern des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie von 2012 (640 / 3212) bis 2017 (745 / 3745) bei beiden Gruppen sowie insgesamt 16%. Das Total der jährlich erteilten und anerkannten Weiterbildungstitel ist in den letzten Jahren konstant geblieben, jedoch bei einer Abnahme der Eidg. Titel und steigendem Anteil der Anerkennung ausländischer Diplome (aktuell bei 50%).

Gemäss FMH-Ärzttestatistik hatten im 2012 432 und im 2017 461 einen Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie (Zunahme von 6.7%).

Über die Entwicklung der Anzahl Psychologischer Psychotherapeuten und -therapeutinnen ist mangels vergleichbaren Datengrundlagen keine verlässliche Aussage möglich. Gemäss der Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012 waren 5733 Personen in der Patientenversorgung tätig. Im 2018 verfügen 5961 Personen über einen Weiterbildungstitel in psychologischer Psychotherapie, wobei nicht bekannt ist, wie viele davon in der Patientenversorgung tätig sind.

Inanspruchnahme

¹ <http://www.sgdg.ch/de>, Rubrik Delegierte Psychotherapie / Spartenanerkennung / Spartenkonzept_d_V_2_7_def.pdf: siehe Beilage G Ziffer 3

² [http://www.gedap.ch/c050012/gedap/webx.nsf/0/B3FA2514793BF3BDC1257F7400765F24/\\$file/kant-reg-kurz-06-15.pdf](http://www.gedap.ch/c050012/gedap/webx.nsf/0/B3FA2514793BF3BDC1257F7400765F24/$file/kant-reg-kurz-06-15.pdf)

³ OECD Forschungsbericht Nr. 12/13, Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz, Bundesamt für Sozialversicherung, 2014

⁴ http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/

⁵ Studie im Auftrag des BAG: Jäggi Jolanda, Kilian Künzi, Nathal deWijn und Désirée Stocker (2017): Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, Bern: Bundesamt für Gesundheit

Gemäss Monitoring Bericht «psychische Gesundheit in der Schweiz» (2016) des Obsan⁶ hat die Anzahl Patienten in ambulanten psychiatrischen Praxen von 2010 (347'000) bis 2015 (447'000) um 29% zugenommen (hauptsächlich in der Erwachsenenpsychiatrie). Bei den übrigen Ärzten betrug der Anstieg 19%. 2.7% der im 2015 erfolgten 16.5 Mio. ärztlichen Konsultationen wurden durch Psychiater und Psychiaterinnen durchgeführt. Im 2010 waren es 2.5%. Davon erfolgten 89.6% in der Erwachsenenpsychiatrie und 10.4% in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieses Verhältnis ist seit 2010 konstant geblieben.

Bezüglich Inanspruchnahme von psychologischer Psychotherapie zeigte die Studie von Stettler et al. (2013), dass rund 260'000 Patienten und Patientinnen im Jahr 2012 psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen in Anspruch genommen wurden. Davon wurden 85'000 im Bereich der delegierten Psychotherapie in einer Arztpraxis, 78'000 im selbständigen Bereich, 57'000 in einer ambulanten Institution und 39'000 im stationären Bereich behandelt.

Gemäss Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung haben sich im Jahr 2012 5.4 % der Bevölkerung wegen psychischer Probleme behandeln lassen. Rund ein Drittel der Patienten und Patientinnen mit Depression nehmen eine Behandlung durch Fachärzte und Fachärztinnen Psychiatrie oder delegierte Psychotherapie bei Psychologen und Psychologinnen in Anspruch. Fast die Hälfte der Patienten und Patientinnen ist bei anderen Ärzten und Ärztinnen der Grundversorgung und anderen Leistungserbringenden in Behandlung. Die stationäre Behandlung erfolgt in psychiatrischen Kliniken, somatischen Spitälern sowie sozialmedizinischen Institutionen. Die ambulante Behandlung erfolgt durch hausärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Praxen sowie psychiatrische Ambulatorien, Tageskliniken und aufsuchende Dienste (u.a. Spitex).

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Die Angaben in internationalen Studien bezüglich Behandlungslücke (Personen mit Behandlungsbedarf ohne zumindest minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund 40 Prozent und 65 Prozent. Dabei gilt, dass je schwerer jemand beeinträchtigt ist, desto eher wird er/sie behandelt (Wang et al., 2011).

In der Literatur wird die Differenz zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungsquote zurückgeführt auf das Zusammenspiel zwischen Angebotssituation (Dichte des Versorgungsangebots, Aufgabenteilung zwischen Berufsgruppen und Fachpersonen), Zugangshürden, die bewirken, dass vorhandene Angebote nicht in Anspruch genommen werden (sprachliche und kulturelle Hürden, hohe Kostenbeteiligung, schlechte Erreichbarkeit und Wartezeiten, fehlende Niederschwelligkeit) und Unterbeanspruchung durch Betroffene (soziokulturelle Faktoren, Stigmatisierung, fehlende Therapiemotivation). Zugangshürden und Unterbeanspruchung können sich dabei negativ auf den Krankheitsverlauf (gesundheitliche Verschlechterung, Chronifizierung) und die Behandlungsqualität (Klinkaustritt ohne geeignete Nachbehandlung, fehlende Kontinuität) einerseits sowie den Ressourceneinsatz im Versorgungssystem (vermeidbare Klinikaufenthalte, Beanspruchung allgemeiner Notfallstationen, Zusatzaufwand für Zuweisende) und die Behandlungsmotivation der Betroffenen andererseits auswirken.

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. Die im Rahmen der BASS-Studie⁷ mittels repräsentativen Befragungen von Psychiater und Psychiaterinnen, Hausärzten und Hausärztinnen sowie Kinderärzten und Kinderärztinnen wie auch in zahlreichen Gruppen- und Einzelinterviews mit Betroffenen, Zuweisenden, Behandelnden und weiteren Experten und Expertinnen erhobenen qualitativen Informationen weisen auf die folgenden wesentliche Problemfelder bezüglich einer Unter- und Fehlversorgung hin:

- Kinder/Jugendliche: mangelnde Kapazitäten an geeigneten Institutionen und Fachärzten sowie

⁶ <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-2>

⁷ Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*.

Fachärztinnen, keine sichere Aussage bezüglich Mangel an psychologischer Psychotherapie möglich

- Erwachsene: Deutliche Lücke in Form von Mangel an Fachpersonen und Angeboten, die in Krisen- und Notfall-Situationen schnell erreichbar sind; gewisse Hinweise auf möglichen Mangel an psychiatrisch/psychologischer Versorgung in ländlichen Gebieten
- Mangel an intermediären Angeboten mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten
- Die aktuelle Verteilung der Angebote in den Bereichen stationär, intermediär und ambulant (Ärzte und Ärztinnen sowie psychologische PsychotherapeutInnen) entspricht nicht dem Bedarf. Einzelpraxen decken nicht die Bedürfnisse für die Behandlung und Betreuung der besonders unterversorgten Patientengruppen ab.
- Finanzierungsprobleme für Koordinationsleistungen und von sozialen wie alltagsunterstützenden Angeboten erschweren den Aufbau von intermediären Angeboten, dies liegt jedoch ausserhalb des Geltungsbereiches des KVG

Die Versorgungssysteme im internationalen Vergleich sind sehr unterschiedlich aufgebaut. Diese verteilen die Arbeitslast auf mehr Berufsgruppen mit einer stärkeren Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in die psychische Gesundheitsversorgung. In der Schweiz sind insbesondere im ambulanten und intermediären Bereich interprofessionelle Teams noch wenig etabliert. Gemäss der BASS-Studie⁸ zum Tätigkeitsfeld der psychiatrisch arbeitenden Fachärzte und Fachärztinnen gegenüber dem Ausland erklären sich die sehr hohe Psychiater-Dichte und Unterschiede in der Anzahl und dem Anteil der Fachärzte und Fachärztinnen Psychiatrie an der Ärzteschaft durch:

- mehr Teilzeittätigkeit in der Schweiz,
- eine generell höheren Ärztedichte in der Schweiz, sowie
- einen kleineren Anteil an patientennaher Tätigkeit der Arbeitszeit in der Schweiz,
- einen weniger streng abgegrenzten Aufgabenbereich als im Ausland, wo Psychiater und Psychiaterinnen teils nur für komplexere und schwerere Fälle zuständig sind. In der Schweiz besteht ein direkter Zugang, was deren Aufgaben auch um erste Abklärungen und gewisse Tätigkeiten aus dem Grundversorgerbereich erweitert. Zudem werden Aufgaben im Ausland teils durch andere Berufsgruppen (Psychiatriepflege, Psychologen und Psychologinnen) erfüllt. Einige der verglichenen Gesundheitssysteme beruhen auf Gate-Keeping-Systemen, bei denen kein direkter Zugang zu spezialisierten psychiatrischen Leistungen besteht. Dort sind Massnahmen zur Standardisierung von Patientenpfaden umsetzbar und die Rollenverteilung und Koordination der verschiedenen Berufsgruppen klarer durch das System vorgegeben, während dies in der Schweiz eher von persönlichem Engagement und spezifischen Therapieformen abhängig sind.
- einen in der Schweiz im Vergleich zum Ausland historisch bedingt grösseren Anteil derjenigen Psychiater und Psychiaterinnen, die (gegenüber anderen Therapien zeitintensive) Psychotherapie durchführen.
- Wartezeiten stellen im Ausland teils ein gravierendes Problem beim Zugang zu psychiatrischen Leistungen dar, was in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.

Neben den Angaben aus den BASS-Studien liegt aus dem Projekt Koordinierte Versorgung ein Bericht Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik⁹ vor, der auf die folgende Herausforderungen hinweist:

⁸ Jäggi Jolanda, Kilian Künzi, Nathal deWijn und Désirée Stocker (2017): Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

⁹ Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017). Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“ – Schlussbericht. socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

- Es wurden vielfältige Schnittstellen sowohl zwischen als auch innerhalb von Versorgungsbereichen resp. in spezifischen Tätigkeitsfeldern lokalisiert. Aufgrund von Stigmatisierung werden somatische Krankheiten von psychisch Erkrankten im Vergleich zu Patienten und Patientinnen ohne psychische Erkrankung weniger gut behandelt. Fremd- und Selbststigmatisierung erklären die hohe Dunkelziffer an nicht oder unterbehandelten Patienten und Patientinnen.
- Fachpersonen somatischer und psychiatrischer Ausrichtung sowie Patienten und Patientinnen weisen ein mangelhaftes Wissen und Bewusstsein dafür auf, dass Komorbidität sehr häufig vorkommt. Fachpersonen sind heute hochgradig spezialisiert und verfügen häufig über ein mangelhaftes interdisziplinäres Grundwissen und Kenntnisse bezüglich der ganzheitlichen medizinischen Versorgung. Entsprechend werden körperliche Krankheiten bei psychisch erkrankten Personen oft ungenügend erfasst und behandelt.
- Hinsichtlich dem Versorgungssystem und Strukturen sind Modelle mit räumlich koordinierter resp. institutionell integrierter psychisch-somatischer Versorgung unzureichend vorhanden und die Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Angeboten wird als ungenügend eingeschätzt.
- Die Intensivierung von interdisziplinärem Wissensaustausch ist nur eines von mehreren vorgeschlagenen Handlungsfeldern.

Fazit zur heutigen Versorgungssituation

- Das Ausmass von Unter- und Fehlversorgung in der Schweiz ist nicht zu beziffern, da:
 - Ungenügende Datenlage zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme
 - Sich nicht alle Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Psychiater und Psychologen behandeln lassen wollen
- Qualitative Informationen weisen auf wesentliche Problemfelder bezüglich der Unter- und Fehlversorgung hin:
 - Kinder-/Jugendliche: mangelnde Kapazitäten an geeigneten Institutionen sowie Fachärzten und Fachärztinnen, keine sichere Aussage bezüglich Mangel an psychologischer Psychotherapie möglich
 - Erwachsene: Mangel an Fachpersonen und Angeboten, die in Krisen- und Notfall-Situationen schnell erreichbar sind; gewisse Hinweise auf möglichen Mangel an psychiatrisch/psychologischer Versorgung in ländlichen Gebieten
 - Mangel an intermediären Angeboten mit interdisziplinären Teams, die auch soziale Betreuung und alltagsorientierte Unterstützung anbieten
 - Die aktuelle Verteilung der Angebote in den Bereichen stationär, intermediär und ambulant (Ärzte und Ärztinnen wie psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen) entspricht nicht dem Bedarf. Einzelpraxen decken nicht die Bedürfnisse für die Behandlung und Betreuung der besonders unterversorgten Patientengruppen ab.
 - Finanzierungsprobleme für Koordinationsleistungen und von sozialen wie alltagsunterstützenden Angeboten erschweren den Aufbau von intermediären Angeboten, dies liegt jedoch ausserhalb des Geltungsbereiches des KVG
- Die Versorgungssysteme aller Vergleichsländer des internationalen Vergleichs sind anders aufgebaut und verteilen die Arbeitslast auf mehr Berufsgruppen mit einer stärkeren Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in die psychische Gesundheitsversorgung. In der Schweiz sind insbesondere im ambulanten und intermediären Bereich interprofessionelle Teams noch kaum etabliert.

2 Grundzüge der Neuregelung

2.1 Ziel und Zweck der Neuregelung

Mit der Ablösung des Delegationsmodells in der psychologischen Psychotherapie durch ein Anordnungsmodell soll die Versorgungssituation verbessert werden.

Durch einen Modellwechsel auf ein Modell mit selbständiger Tätigkeit der psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen auf ärztliche Anordnung hin werden Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten durch folgende Aspekte erwartet:

- a. Verbesserter Zugang zur Psychotherapie durch
 - verbreitertes Angebot an Leistungserbringer der Psychotherapie (zwei verschiedene Leistungserbringerguppen mit verschiedenen Stärken)
 - Einfacherer Zugang zur Psychotherapie durch Anordnung seitens Grundversorger (niederschwelliger als die Konsultation bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, weniger kulturelle Hindernisse, weniger Stigmatisierung, weniger Wartezeit)
- b. Verbesserte Versorgung in Krisen- und Notfall-Situationen durch mehr verfügbare Leistungserbringer
- c. Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung in der psychologischen Psychotherapie durch die Verbindlichkeiten des PsyG bezüglich der Qualifikation (im Delegationsverhältnis haben die Anforderungen des PsyG keine direkte Gültigkeit) und der neuen Möglichkeit zur direkten Vereinbarung zwischen den psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen und den Versicherern von Qualitätssicherungsverträgen nach Artikel 77 KVV respektive Massnahmen nach der KVG-Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit 15.083,

Mit der Verbesserung der Versorgungssituation können psychische Krankheiten frühzeitiger behandelt und damit Chronifizierungen mit Langzeitbehandlungen verhindert und in gewissen Fällen das Risiko für eine Berentung seitens Invalidenversicherung vermindert werden. Auch kann mittels einer psychotherapeutischen Behandlung der Medikamentenbedarf verringert werden.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen auch verschiedene andere Veränderungen und Massnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen und Koordination unter den Leistungserbringern notwendig sind. Diese liegen in der Verantwortung der verschiedenen Akteure wie insbesondere der Leistungserbringer, Berufsverbände und Kantone.

2.2 Umfang der Neuregelung

Die vorgeschlagene Neuregelung zur psychologischen Psychotherapie umfasst die folgenden zwei Elemente:

- Wechsel auf das Anordnungsmodell durch Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als selbständig auf ärztliche Anordnung hin sowie auf eigene Rechnung ausübende tätige Leistungserbringer in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
- Anpassung der Voraussetzungen zur Kostenübernahme der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) hinsichtlich Massnahmen der Koordination, Qualitätssicherung sowie Gewährleistung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Als Prämissen für die Ausgestaltung der Neuregelung wurde der Vermeidung von unkontrollierten Mehrkosten sowie der Förderung der Qualität und Koordination unter den Leistungserbringern, welche eine grundsätzliche Herausforderung in der heutigen Gesundheitsversorgung darstellen, besondere Beachtung geschenkt. Diesbezüglich werden insbesondere die folgenden unterstützenden Regelungen aufgenommen:

- Zulassungsvoraussetzungen nach Psychologieberufegesetz (PsyG) und zusätzliche klinische Erfahrung im Umfang von einem Jahr in einer Einrichtung, die ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten bieten und eine gewisse Mindestgrösse hinsichtlich Anzahl Patientinnen und Patienten haben (siehe Ziff. 2.3).
- Vorgabe einer Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten (siehe Ziff. 2.5)
- Einschränkung der Anordnungsbefugnis für die psychologische Psychotherapie (siehe Ziff. 2.6)
- Einschränkung auf maximal 15 Sitzungen der psychologischen Psychotherapie pro ärztliche Anordnung und bei Weiterführung nach 30 Sitzungen Erfordernis der Beantragung einer Kostengutsprache des Versicherers durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin (siehe Ziff. 2.6).
- Erfordernis einer Kostengutsprache des Versicherers bei einer Weiterführung der Psychotherapie nach 30 Sitzungen (siehe Ziff. 2.7).

2.3 Zulassungsvoraussetzungen psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen

Zugelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen können auf ärztliche Anordnung hin alle psychotherapeutischen Leistungen gemäss KLV neu selbständig und auf eigene Rechnung erbringen.

Als Grundvoraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP gilt ein anerkannter Abschluss in Psychologie und ein eidgenössischer oder ein gleichwertiger Weiterbildungstitel in Psychotherapie nach Artikel 9 (ausländische Weiterbildungstitel) oder 49 Absatz 2 (altrechtliche Weiterbildungstitel) PsyG sowie eine kantonale Bewilligung zur privatwirtschaftliche Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung nach Artikel 22 PsyG (Art. 50c Abs. 1 Bst. a und b KVV).

Ergänzend ist eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung nach Abschluss der Weiterbildung gefordert (Art. 50c Abs. 1 Bst. c KVV). In der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG; SR 935.811.1) sind die Weiterbildungsgänge in den Fachgebieten der Psychologie geregelt. Gemäss AkkredV-PsyG ist in der Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten oder zur psychologischen Psychotherapeutin mit eidgenössischem Weiterbildungstitel bereits eine klinische Praxis von mindestens 2 Jahren zu 100 % in einer Einrichtung der psychosozialen Versorgung und davon mindestens 1 Jahr in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung (Anhang 1 der AkkredV-PsG) gefordert. Diese klinische Praxis umfasst jedoch nicht zwingend das Spektrum der Störungen und die Interprofessionalität, die für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG erforderlich sind. Darum wird eine zusätzliche klinische Erfahrung im Umfang von einem Jahr in einer Einrichtung verlangt, die die Personen auf die interprofessionelle und bezüglich der Störungsbilder breite Realität vorbereitet. Entsprechend soll dieses Zusatzjahr nur in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen stattfinden können, die ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten bieten und eine gewisse Mindestgrösse hinsichtlich Anzahl Patientinnen und Patienten haben. Deshalb wird verlangt, dass die psychotherapeutisch-psychiatrische Einrichtung über eine Anerkennung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) der Kategorien A oder B verfügt (Art. 50c Abs. 2 KVV).¹⁰ Die Weiterbildungsstätten werden gemäss dem durch das Eidg. Departement des Innern (EDI) akkreditierten Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» des SIWF vom 1. Juli 2009 (letzte Revision: 15. Dezember 2016) nach Setting (ambulant oder stationär), klinischem Weiterbildungsangebot (allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie oder Spezialbereiche) und Grösse (A, B, C) in verschiedene Kategorien eingeteilt.¹¹

¹⁰ https://www.fmh.ch/files/pdf21/wbo_d.pdf

¹¹ Vgl. Ziff. 5.2 des Weiterbildungsprogrammes «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie»

Im Weiteren sind gemäss Übergangsregelung auch Personen zugelassen, die bei Inkrafttreten der neuen Regelung bereits eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige kantonale Bewilligung hatten. Diese müssen die Anforderungen nach Artikel 50c Absatz 1 nicht erfüllen (Absatz 2)

2.3.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Das Personenfreizügigkeitsabkommen (FZA) zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU) verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit. Das FZA sieht jedoch keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vor. Die Vertragsstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin selbst bestimmen.

Weiter wird im Anhang III des FZA die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen geregelt, welche zum Ziel hat, den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der EU und der Schweiz den Zugang zu einer Erwerbstätigkeit und deren Ausübung zu erleichtern. Die psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind jedoch darin nicht enthalten und es gibt innerhalb der EU keine harmonisierte Ausbildung in psychologischer Psychotherapie.

Die neue Regelung in Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c KVV ist mit dem FZA vereinbar. Die zusätzliche klinische Erfahrung kann mit dem öffentlichen Interesse der Patientensicherheit und der Sicherung der Qualität des schweizerischen Gesundheitssystems gerechtfertigt werden. Ebenso ist die Regelung verhältnismässig, angesichts der neusten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts betreffend der aktuellen Ausnahmeregelung in Artikel 55a Absatz 2 KVG, wonach die Personenfreizügigkeit aus Gründen der öffentlichen Gesundheit einschränkbar ist, kann davon ausgegangen werden, dass das zusätzliche Erfordernis der klinischen Erfahrung von den Gerichten als rechtfertigbar und mit dem FZA vereinbar beurteilt würde (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4852/2015 vom 8. März 2018 E. 9.6).

2.4 Organisationen der psychologischen Psychotherapie

Organisationen der psychologischen Psychotherapie entsprechen dem Bedürfnis einer modernen Leistungserbringung (Strategie Gesundheit2020 des Bundesrats¹²). Sie werden neu ebenfalls in der KVV mit einem neuen Artikel 52d KVV aufgenommen - in Analogie zu Organisationen anderer Leistungserbringer.

2.5 Leistungsvoraussetzungen

Das Leistungsspektrum für die psychologische Psychotherapie entspricht demjenigen der ärztlichen Psychotherapie nach Artikel 2 Absatz 2 KLV.

Die Aufnahme einer Bestimmung in Artikel 2 Absatz 1 KLV, dass eine Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten zu erfolgen hat, soll der Gewährung der Qualität und Angemessenheit der Leistungserbringung dienen. Für die Psychotherapie existieren validierte Messinstrumente, mit denen der Schweregrad einer Erkrankung oder Kriterien für eine Therapieindikation festgestellt werden können. Diese können auch die Berichterstattung an die Versicherer bei Beantragung einer Therapieverlängerung unterstützen. Auch den Versicherern steht somit ein Instrument zur Verfügung, objektiv den erwarteten Therapienutzen bei Fortsetzung der Therapie zu beurteilen. Die Tarifpartner sollen für die einheitliche Ausgestaltung sorgen.

2.6 Anordnungsvoraussetzungen

Um ungerechtfertigten Mengenausweitungen vorzubeugen, soll die Anordnungsbefugnis der psychologischen Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen eingeschränkt werden auf Ärzte und Ärztinnen der erweiterten Grundversorgung (Ärzte oder Ärztinnen mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin (inkl. altrechtliche Titel Allgemeinmedizin und Innere Medizin), Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderpsychiatrie und –psychotherapie, Kinder und Jugendmedizin) sowie Ärzte und Ärztinnen mit einem Fähigkeitsausweis Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) (Art. 11b Abs. 1 Bst. a KLV).

¹² <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html>

Pro ärztliche Anordnung sind maximal 15 Sitzungen der psychologischen Psychotherapie möglich (Art. 11b Abs. 2 KLV). Mit einer reduzierten Anzahl von Sitzungen pro Anordnung wird das Überprüfen der Angemessenheit einer Therapiefortführung durch die Anordnenden möglich und die Koordination zwischen den Berufsgruppen gefördert. Soll die Therapie fortgesetzt werden muss nach einem Informationsaustausch zwischen anordnender und therapierender Person eine wiederholte Anordnung erfolgen.

Bei Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder einer lebensbedrohlichen Situation sollen für Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien bis maximal 10 Sitzungen keine Einschränkungen der Anordnungsbefugnis gelten (Art. 11b Abs. 1 Bst. b). Damit soll sichergestellt werden, dass der Patientenkreis, der von einer besonders vernetzten interdisziplinären Behandlung besonders profitieren kann, einen raschen Zugang zu begleitender Psychotherapie erhält bzw. behält (z.B. Psycho-Onkologie). Für die Fortführung einer Therapie ist danach eine Anordnung nach dem eingeschränkten Kreis der Fachärzte der erweiterten Grundversorgung nach Artikel 11b Absatz 1 Buchstabe a KLV erforderlich.

2.7 Kostenübernahme

Um ungerechtfertigten Mengenausweitungen vorzubeugen und die Koordination zwischen anordnendem Arzt oder anordnenden Ärztin sowie die Psychotherapie durchführenden Psychotherapeuten oder durchführende Psychotherapeutin zu fördern, soll die maximale Anzahl von Sitzungen auf 30 festgelegt werden, vorbehaltlich Verlängerungen nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Versicherer (Art. 11b Abs. 5 KLV i.V.m. Art. 3 und 3b KLV).

Bisher galt für die ärztliche Psychotherapie die maximale Anzahl von 40 Sitzungen. In der Schweiz dauert eine durchschnittliche Psychotherapie 29 Sitzungen (FSP-Strukturerhebung 2012). Nach 30 Sitzungen waren 55% der Therapien beendet. Weiter wird eine Präzisierung der in einer Sitzung enthaltenen maximalen Zeit aufgenommen (60 Min. bei Einzeltherapie; 90 Min. bei Gruppentherapie). Die Psychotherapie kann auch in kleineren Einheiten erbracht werden, wobei eine Einheit von beispielsweise 30 Minuten einer halben Sitzung entspricht. Das Ziel einer früheren Prüfung durch eine Zweitinstanz liegt in der potenziell früheren Erkennung von Fällen, in denen für eine Fortführung der Therapie kein weiterer erwarteter Zusatznutzen aufgezeigt werden kann und bei denen allenfalls andere Therapieformen (andere Psychotherapieart, zusätzliche Medikamente, anderes Setting, weitere grundsätzliche Überlegungen) erwogen werden müssen.

2.8 Aufhebung der delegierten psychologischen Psychotherapie

Die Möglichkeit der delegierten psychologischen Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen entfällt, weil mit dem umfassenden Anordnungsmodell die psychologische Psychotherapie umfassend geregelt wird.

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".

Tarife und Preise werden grundsätzlich in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart, weshalb die Änderung der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen in erster Linie von Tarifpartner beschlossen werden muss. Allerdings wurde die derzeit anwendbare Tarifstruktur wegen eines drohenden tarifstrukturlosen Zustandes vom Bundesrat aufgrund seiner subsidiären Kompetenzen mit Entscheid vom 18. September 2017 subsidiär festgelegt (Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung; SR 832.102.5). Die Tarifpartner müssten deshalb die Anwendung der vom Bundesrat verordneten Tarifstruktur mit den notwendigen Anpassungen vereinbaren und vom Bundesrat genehmigen lassen. Gegebenenfalls wird eine Anpassung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vorgenommen werden müssen.

Es ist noch darauf hinzuweisen, dass eine in der Tarifstruktur TARMED abgebildete Leistung alleine noch keine Leistungspflicht der OKP begründet. Massgebend sind die einschlägigen Bestimmungen in Gesetz und Verordnung. Entsprechend sind nach der generellen Interpretation (GI-36) des Tarifs Bestimmungen zur Leistungspflicht und zur Kostenübernahme von Leistungen der sozialen Krankenversicherung, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, gestützt auf das KVG, sowie die KVV und die KLV einzuhalten. Ein Wechsel zum Anordnungsmodell mit Aufnahme der Leistungspflicht für psychologische Psychotherapie in die KLV schliessen eine Weiterführung der Vergütung der delegierten psychologischen Psychotherapie zumindest implizit aus.

Der Tarif für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie ist im Sinne der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, d.h. zwischen Psychologen und Psychologinnen, Spitälern und Versicherer, (neu) in einem entsprechenden Tarifvertrag zu vereinbaren.

3 Auswirkungen

3.1 Allgemeines

Psychische Krankheiten verursachen in der Schweiz hohe volkswirtschaftliche Kosten von etwa 3.2% des BIP durch Arbeitsausfälle, Sozialausgaben für aus dem Arbeitsprozess Ausgeschiedene, Kosten für die Behandlung und direkte nicht-medizinische Kosten.¹³

Die direkten Kosten zur Behandlung psychischer Krankheiten werden in der Schweiz auf zwischen CHF 4 und 8 Mrd. geschätzt (Kostenanteil an den gesamten direkten Gesundheitskosten von ca. 10%) und sind damit die drittgrösste Kostengruppe hinter den Herz-Kreislauf- und muskulo-skelettalen Erkrankungen.¹⁴ Über die Hälfte der Kosten fallen in der stationären Versorgung in psychiatrischen Kliniken und anderen Institutionen der stationären Langzeitpflege an.

Gemäss Daten aus dem Tarifpool der SASIS AG stieg der Anteil der Kosten der delegierten psychologischen Psychotherapie in der Arztpraxis an den gesamten ambulanten Kosten der Psychiatrie (ohne Psychiatriepflege) von 18.5% im 2012 auf 23.5% im 2017. Dies entspricht absoluten Kosten im Jahre 2012 im Bereich von CHF 160 bis 185 Mio. und im 2017 von rund CHF 290 Mio.

Der Anteil von delegierten psychologischen psychotherapeutischen Leistungen in Spitälern (und anderen Institutionen) an den gesamten ambulanten Kosten der Psychiatrie (ohne Psychiatriepflege) stieg von 8.4% im 2012 auf 9.1% im 2017. Dies entspricht absoluten Kosten im 2012 im Bereich von rund CHF 70 Mio. und im 2017 von rund CHF 110 Mio.

Der Anteil der durch Fachärzten und Fachärztinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten Leistungen liegt bei 7.5%.

Die bessere Verankerung und Zugänglichkeit von Psychotherapie in der Grundversorgung soll dazu beitragen, die Versorgung zu optimieren und damit auch Kosten aufgrund von Nichtbehandlung zu senken. Eine Studie aus den Niederlanden schätzte die Kosten und Nutzen der Behandlung psychischer Krankheiten und fand einen Return on Investment (ROI) von 2.59 EUR pro investiertem Euro. Unter Einbezug des gesellschaftlichen Nutzens wie verbesserte Produktivität und reduzierte Krankentage wurde ein ROI von 4.24 Euro pro Euro kalkuliert (Lokkerbol, Verhaak et al. 2011).

In einer neuern Studie aus Kanada¹⁵ wurden mit Hilfe einer Simulation auf Basis kanadischer epidemiologischer und Versorgungsdaten Kosten und Nutzen psychologischer Leistungen, die bei einem Patienten mit einer akuten depressiven Episode anfallen geschätzt. Die Ergebnisse zeigten, dass ein Dollar, der zur Versorgung der Depression über psychologische Dienstleistungen investiert wird, der Gesellschaft durchschnittlich zwei Dollar (\$1.78-3.15) spart. Im Detail würde der Einschluss psychologischer

¹³ OECD. Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz, Forschungsbericht Nr.12/13, 2014, Bundesamt für Sozialversicherung BSV

¹⁴ S. Wieser, Y. Tomonaga, M. Riguzzi, B. Fischer, H. Telser, M. Pletscher, K. Eicher, M. Trost und M. Schwenkglens, „Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz,“ Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern, 2014.

¹⁵ H.-M. Vasilidis, et al. (2017). Psychiatric Services 68:9,

Dienstleistungen in die obligatorische Grundversicherung über 40 Jahre zu einer signifikant geringeren Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Hospitalisierungen (27.9% statt 30.2%), wenigen Suizidversuchen (14.1% statt 14.6%), weniger Suizidtoten (184 statt 250), einem Zugewinn von 0.17 an «qualitätskorrigierten» (quality adjusted) Lebensjahren pro Person und mittleren Einsparungen an gesellschaftlichen Kosten von \$2,590 CAD pro Person (\$1,266 bis \$6,320) führen.

Diese absoluten Zahlen sind so nicht auf die Schweiz übertragbar, können aber einen Eindruck geben.

3.2 Kostenfolgen

Mehrkosten für die OKP entstehen im Wesentlichen durch die Verlagerung von heute privat oder über Zusatzversicherungen bezahlten Leistungen. Gemäss der Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012 des Büro BASS betragen die nicht von der OKP bezahlten Leistungen der psychologischen Psychotherapie rund CHF 117 Mio. im 2012. Bei einer Übertragung der Kostensteigerung im OKP-Bereich von 30% der psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der 5 Jahre bis 2017 auf die privat bezahlten Leistungen würde dies eine Summe von rund CHF 152 Mio. privat oder über Zusatzversicherungen bezahlten Leistungen der psychologischen Psychotherapie ergeben.

Mit dem Wechsel zum umfassenden Anordnungsmodell wird das PsyG neu als Voraussetzung der Zulassung zur Leistungsabrechnung festgelegt, wodurch sich der Kreis der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in der OKP gegenüber heute verkleinert, indem psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne PsyG-konforme Aus- und Weiterbildung von der Leistungsabrechnung ausgeschlossen wären. Dazu gehören auch sämtliche Personen, die sich aktuell in einer Weiterbildung zur Psychotherapeutin, zum Psychotherapeuten befinden, welche auch im Delegationsmodell arbeiten können. Es wird von einem Rückgang von 10% ausgegangen. Dies wird dazu führen, dass zum Zeitpunkt des Wechsels nicht die gesamten bisherigen Kosten der delegierten Psychotherapie (ca. CHF 300 Mio. gemäss Auswertungen aus dem Tarifpool der SASIS AG) in das Anordnungsmodell verlagert werden sondern CHF 30 Mio. weniger.

Weiter ist davon auszugehen, dass ein gewisser Personenkreis, der die Mittel für die Selbstfinanzierung der Psychotherapie hat und nicht möchte, dass sein Versicherer Informationen über seine psychische Erkrankung erhält, diese Leistungen weiterhin ausserhalb der Krankenversicherung finanzieren wird. Dieser Effekt kann jedoch kaum abgeschätzt werden. Bei einer Verschiebung von nur 80% der bisher privat oder über Zusatzversicherungen finanzierten Leistungen würde dies zum Zeitpunkt des Wechsels zu Mehrkosten von CHF 98 Mio. ($152 - 30 = 122$ Mio.; abzüglich 20 % = 98 Mio.) führen.

Längerfristig wird erwartet, dass sich der Effekt des Wegfalls der nicht PsyG-konform weitergebildeter Psychotherapeuten und -therapeutinnen durch PsyG-konform weitergebildeter Personen wieder kompensiert und eine Mengenzunahme gegenüber heute im Sinne der Verbesserung der Versorgungssituation im Rahmen von 10% liegen kann, was zu jährlichen Mehrkosten von CHF 167 Mio. führen würde.

In Folge der Verbesserung der Versorgungssituation können auch anderweitige Kosteneinsparungen im Bereich der OKP erwartet werden, insbesondere durch die Vermeidung von chronifizierten Verläufen und verminderter medikamentöser Therapie. Es liegen jedoch zu wenig Anhaltspunkte vor, um deren Ausmass beziffern zu können.

4 Wirkungsanalyse

Nach Artikel 32 KVV führt das BAG in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch (Art. 32 Abs. 1 KVV).

Zur Überwachung der Auswirkungen der neuen Regelung sowie zur Evaluation nach 5 Jahren hinsichtlich ihrer Auswirkungen und Zielerreichung (inkl. Versorgungsqualität, Mehrkosten) sowie allfälliger Anpassungen der Regelung plant das BAG eine Wirkungsanalyse durchzuführen.

Die derzeit verfügbaren (Routine-)Daten erlauben nur Aussagen zur Entwicklung der Menge, regionalen Verteilung und Kosten. Nicht dadurch abgedeckt sind Angaben zur Versorgungsqualität und Angemessenheit (Über-, Unter- und Fehlversorgung) sowie der Fragen des Zugangs. Diese Aspekte sind im Rahmen von Studien zu untersuchen. Ein zukünftiger Nachweis der Verbesserung der Versorgungsqualität kann aufgrund der fehlenden Daten zum Ist-Zustand nur sehr beschränkt erfolgen.

II. Besonderer Teil

Erläuterung der einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Artikel 46 Buchstabe g KVV Im Allgemeinen

Der psychologische Psychotherapeut bzw. die psychologische Psychotherapeutin werden in den Katalog von Personen, welche auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, aufgenommen.

Artikel 50c KVV Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Als Grundvoraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP wird auf einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischer oder als gleichwertig anerkannter Weiterbildungstitel in Psychotherapie nach dem PsyG sowie eine kantonale Bewilligung nach Artikel 22 PsyG verwiesen (Abs. 1 Bst. a und b).

Ergänzend wird eine zusätzliche klinische Erfahrung von einem Jahr in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung gefordert, da die klinische Praxis gemäss den Weiterbildungsvoraussetzungen nicht zwingend das Spektrum der Störungen und die Interprofessionalität, die für die Behandlung von Krankheiten im Rahmen des KVG erforderlich sind, umfasst (Abs. 1 Bst. c). Diese zusätzliche klinische Erfahrung hat in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen zu erfolgen, die ein breites Störungsspektrum der behandelten Patienten bieten und die eine gewisse Mindestgrösse haben. Dies sind Einrichtung, die über eine Anerkennung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) der Kategorien A oder B verfügen.¹⁶ Die Einteilung der Weiterbildungsstätten in die verschiedenen Kategorien erfolgt gemäss dem durch das Eidg. Departement des Innern (EDI) akkreditierten Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» des SIWF vom 1. Juli 2009 in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (Abs. 2).¹⁷

Artikel 52d KVV Organisationen der psychologischen Psychotherapie

Die Organisationen der psychologischen Psychotherapie werden ebenfalls als Leistungserbringer in Analogie zu anderen Organisationen anderer Leistungserbringer aufgenommen. Auch in der Organisation müssen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50c KVV erfüllen, erbracht werden.

Übergangsbestimmung der Änderung vom (Datum)

Personen, die beim Inkrafttreten der Änderung bereits über eine kantonale Bewilligung zur privatwirtschaftliche Ausübung der Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung nach Artikel 22 PsyG verfügen, müssen die Anforderungen an die zusätzliche klinische Erfahrung nach Artikel 50c Absatz 1 Buchstabe c nicht erfüllen (Absatz 1). Im Weiteren sind auch Personen zugelassen, die bei Inkrafttreten der neuen Regelung bereits eine nach Artikel 49 Absatz 3 PsyG gültige kantonale Bewilligung hatten. Diese müssen die Anforderungen nach Artikel 50c Absatz 1 nicht erfüllen (Absatz 2).

¹⁶ https://www.fmh.ch/files/pdf21/wbo_d.pdf

¹⁷ Vgl. Ziff. 5.2 des Weiterbildungsprogrammes «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie»

Erläuterung der einzelnen Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Artikel 2 Absatz 1 KLV Grundsatz

In Absatz 1 wird ergänzt, dass eine Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik mit validierten Instrumenten zu erfolgen hat, soll der Gewährung der Qualität und Angemessenheit der Leistungserbringung dienen. Dies gilt sowohl bei der psychologischen wie auch bei der ärztlichen Psychotherapie. Zudem besteht damit auch eine Grundlage, dass für jeden Patienten Messwerte bei Diagnose, im Verlauf und bei Ende der Therapie vorliegen. Diese können auch dabei unterstützen, die Berichte an die Versicherer bei Beantragung einer Therapieverlängerung faktenbasiert zu gestalten.

Artikel 3 KLV Kostenübernahme

Der maximale Ansatz von Abklärungs- oder Therapiesitzungen von bisher 40 wird auf 30 reduziert. Das Ziel einer früheren Prüfung durch eine Zweitinstanz liegt in der potenziell früheren Erkennung von Fällen, in denen für eine Fortführung der Therapie kein weiterer erwarteter Zusatznutzen aufgezeigt werden kann und bei denen allenfalls andere Therapieformen (andere Psychotherapieart, zusätzliche Medikamente, anderes Setting, weitere grundsätzliche Überlegungen) erwogen werden müssen. Bestehen bleibt wie bisher die Möglichkeit der Verlängerung der Therapie auf Kostengutsprache des Versicherers. Dies erfolgt einheitlich sowohl für die ärztliche und die psychologische Psychotherapie (vgl. Erläuterungen zu Art. 11b KLV untenstehend). Weiter wird ergänzt, dass eine Sitzung maximal 60 Minuten bei Einzeltherapien und maximal 90 Minuten bei Gruppentherapien dauert. Die Psychotherapie kann auch in kleineren Einheiten erbracht werden, wobei eine Einheit von beispielsweise 30 Minuten einer halben Einzeltherapie entspricht.

Artikel 3b Absatz 1 KLV Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 30 Sitzungen

Die maximale Anzahl von Sitzungen wird analog zu Artikel 3 KLV angepasst.

6. Abschnitt (neu): Psychologische Psychotherapie

Die Regelungen zur psychologischen Psychotherapie nehmen Bezug auf das 2. Kapitel „Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin“ und werden in einen neuen 6. Abschnitt integriert.

Artikel 11b KLV (neu)

In Absatz 1 wird festgehalten, dass psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (nach Art. 46 Abs. 1 Bst. g KVV und 50c KVV) sowie Organisationen der psychologischen Psychotherapie (Art. 52d KVV) Leistungen der psychologischen Psychotherapie auf ärztliche Anordnung hin erbringen können. Weiter wird festgehalten, dass die Leistungen Methoden nach Artikel 2 Absatz 2 KLV umfassen.

Als Voraussetzungen werden in Absatz 1 Buchstabe a die Anordnung durch Fachärzte der erweiterten Grundversorgung genannt. Weiter besteht für Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren somatischen Erkrankungen bei Neudiagnose oder einer lebensbedrohlichen Situation die Möglichkeit der Anordnung durch alle Ärzte und Ärztinnen (Abs. 1 Bst. b) bis maximal 10 Sitzungen (Absatz 3).

In Absatz 2 wird festgelegt, dass pro ärztliche Anordnung maximal 15 Sitzungen der psychologischen Psychotherapie möglich sind. Das Ziel einer früheren Prüfung im Vergleich zur ärztlichen Psychotherapie liegt in der früheren Erkennung von Fällen, in denen für eine Fortführung der Therapie kein weiterer erwarteter Zusatznutzen aufgezeigt werden kann und bei denen allenfalls andere Therapieformen (andere Psychotherapieart, zusätzliche Medikamente, anderes Setting, weitere grundsätzliche Überlegungen) erwogen werden müssen.

Gemäss Absatz 5 übernimmt die Versicherung die Kosten für höchstens 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen, wobei auch diese ersten 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen den Geboten der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen müssen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Sind weniger Sitzungen notwendig, so müssen sich die psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen auf dieses Mass beschränken (Art. 56 Abs. 1 KVG). Vertrauensärztliche Interventionen sind schon vor Abschluss der 30 Abklärungs- und Therapiesitzungen zulässig. Weiter wird die Dauer einer Sitzung, unterschieden nach Einzel- und Gruppentherapie, definiert. Dies zur Schaffung von Klarheit des Umfangs, wobei auch kürzerer und häufigere Sitzungen möglich sind. Die Therapien können nach Kostengutsprachen seitens Versicherer nach dem gleichen Verfahren wie für die ärztliche Psychotherapie nach Artikel 3b KLV verlängert werden. Das Gesuch an den Versicherer ist durch den anordnen Arzt oder die anordnende Ärztin zu stellen.

Übergangsbestimmung

Die psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen, welche heute im Delegationsmodell ihre Leistungen erbringen, werden, mit Blick auf den Wechsel auf ein Anordnungsmodell u.a. rechtliche, administrative und organisatorische Vorkehren treffen müssen, welche Zeit in Anspruch nehmen dürfte. Gleiches gilt für die Inhaber einer Praxis, in der delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen tätig sind. Entsprechend soll die Versicherung noch längstens 12 Monate nach Inkrafttreten dieser Änderung, Leistungen der delegierten Psychotherapie vergüten können.

III. Inkrafttreten

Die Änderungen sollen am (Datum) in Kraft treten.

Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen der Hebammen sowie der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen

I. Allgemeiner Teil

1 Inkrafttreten Gesundheitsberufegesetz

Das Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016 (GesBG, SR), welches voraussichtlich am 1. Januar 2020 in Kraft treten wird, bezweckt eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Im Interesse der öffentlichen Gesundheit soll damit die Qualität derjenigen Gesundheitsberufe, die mehrheitlich an Fachhochschulen (Hochschulausbildung) vermittelt werden, gefördert werden. Das GesBG regelt hierzu u.a. die Hochschulausbildungen und legt gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Bachelor-Ausbildungen in Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Optometrie, Hebammengeburtshilfe sowie Ernährung und Diätetik – sowie für Osteopathie zusätzlich auf Masterstufe fest. Weiter regelt es die Ausübung der entsprechenden Berufe in eigener fachlicher Verantwortung. Dazu gehören eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) sowie einheitliche Berufspflichten sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor.

Für die Erlangung der BAB ist ein Bildungsabschluss nach Artikel 12 Absatz 2 GesBG erforderlich. Es handelt sich jeweils um Bachelorabschlüsse der jeweiligen Studienrichtung. Pflegefachpersonen können zusätzlich den Bildungsabschluss "dipl. Pflegefachfrau HF" und "dipl. Pflegefachmann HF" vorweisen. Inländische Abschlüsse nach bisherigem Recht sowie mit diesen als gleichwertig anerkannte ausländische Abschlüsse sind den Abschlüssen nach Artikel 12 Absatz 2 GesBG gleichgestellt (Art. 34 Abs. 3 GesBG). Damit soll sichergestellt werden, dass das wohlerworbene Recht auf den Berufszugang erhalten bleibt.

2 Auswirkungen Gesundheitsberufegesetz auf die KVV

Im GesBG sind die Ausbildungen und die Ausübungen der Gesundheitsberufe folgender Leistungserbringer der OKP geregelt:

- Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Hebammen
- Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater

Aktuell müssen diese Personen als Zulassungsvoraussetzung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP jeweils ein Diplom einer Berufsschule vorweisen, welches von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist. Ebenfalls möglich ist ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsausbildung anerkanntes Diplom (SR 412.10).

Unter dem geltenden Recht wird neben einem anerkannten Diplom eine Zulassung nach kantonalem Recht verlangt. Neu sind die Bewilligungsvoraussetzungen für die Ausübung eines Gesundheitsberufes in eigener fachlicher Verantwortung einheitlich im GesBG geregelt. Es kann daher in den Zulassungsvoraussetzungen der KVV direkt auf das GesBG verwiesen werden.

Mit der vorliegenden Revision soll deshalb eine Anpassung vorgenommen werden.

II. Besonderer Teil

Erläuterung der einzelnen Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Artikel 45 Absatz 1 KVV Hebammen

Nach Absatz 1 Buchstabe a haben die Hebammen neu einen Bachelor of Science in Hebamme FH oder einen anerkannten ausländischen oder einen gleichgestellten altrechtlichen Bildungsabschluss nach dem GesBG vorzuweisen. Damit wird dem Inkrafttreten des GesBG Rechnung getragen.

In Absatz 1 Buchstabe b wird die Ziffer 2 dahingehend ergänzt, dass auch diese praktische Tätigkeit unter Leitung einer Hebamme erfolgen muss. Hier handelt es sich nicht um eine materielle Änderung, da dieses Erfordernis bei der letzten Änderung, welche am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, unbeabsichtigt weggefallen ist. Gestrichen wird hingegen Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 3, welcher besagt, dass eine zweijährige praktische Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis unter Leitung einer Hebamme erfolgen kann. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil C-7498/2008 vom 31. August 2012 entschieden, dass ein Arzt die von seinen angestellten Physiotherapeuten erbrachten physiotherapeutischen Leistungen der OKP nicht in Rechnung stellen kann, weil er diesbezüglich nicht tariflegitimiert ist. Gleiches dürfte auch für die von Hebammen erbrachten Leistungen gelten. Weil es sich folglich nicht um eine OKP-pflichtige Leistung handelt, wird die Bestimmung dahingehend angepasst, als dass die zweijährige praktische Tätigkeit nicht mehr in einer fachärztlichen Praxis unter Leitung einer Hebamme absolviert werden kann.

In Absatz 1 Buchstabe c wird neu eine kantonale Bewilligung nach GesBG verlangt. Es handelt sich hierbei um eine Bewilligung für die Ausübung des Hebammenberufes in eigener fachlicher Verantwortung. Bewilligungen, die in Übereinstimmung mit dem kantonalen Recht vor dem Inkrafttreten des GesBG für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erteilt worden sind, behalten nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG ihre Gültigkeit. Der Nachweis einer Bewilligung nach GesBG ersetzt die bisherige gesundheitspolizeiliche Zulassung nach kantonalem Recht. Damit soll die KVV an die Änderungen infolge des Inkrafttretens des GesBG angepasst werden. Um als Leistungserbringer zu Lasten der OKP tätig zu sein, ist neben der Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung weiterhin die Erfüllung der übrigen Zulassungsvoraussetzungen gemäss KVV erforderlich.

Artikel 46 KVV Im Allgemeinen

Bisher mussten die Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, immer auch nach kantonalem Recht gesundheitspolizeilich zugelassen sein. Mit Inkrafttreten des GesBG resp. PsyG werden die Voraussetzungen für die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen bundesrechtlich nun einheitlich geregelt, diese werden jedoch weiterhin von den Kantonen erteilt. Die Logopäden und Logopädinnen sind nicht vom GesBG erfasst. Sie müssen stattdessen wie bisher nach kantonalem Recht zugelassen sein. Gleiches gilt für die Neuropsychologen und Neuropsychologinnen. Ihre Aus- und Weiterbildung ist zwar im PsyG geregelt, dieses sieht jedoch keine Bewilligungspflicht für die Ausübung der Tätigkeit als Neuropsychologe oder Neuropsychologin vor, weshalb diese weiterhin nach kantonalem Recht gesundheitspolizeilich zugelassen werden.

Diese materielle Voraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP wird neu in den jeweiligen Einleitungssatz jener Artikel verschoben, welche die übrigen Zulassungsvoraussetzungen für die Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, regeln. Der bisherigen Absatz 2 wird daher aufgehoben.

Artikel 47 KVV Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesGB verfügen (siehe Art. 46 KVV).

Nach Buchstabe a haben sie neu einen Bachelor of Science in Physiotherapie FH oder einen anerkannten ausländischen oder einen gleichgestellten altrechtlichen Bildungsabschluss nach dem GesBG vorzuweisen. Damit wird dem Inkrafttreten des GesBG Rechnung getragen.

Buchstabe b bleibt materiell grundsätzlich unverändert. Für eine bessere Lesbarkeit wird die zweijährige praktische Tätigkeit jedoch nach Vorbild von Artikel 45 Absatz 1 Buchstabe b KVV besser gegliedert. Einzig die Möglichkeit, eine zweijährige praktische Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen der KVV erfüllen, zu absolvieren, entfällt. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil C-7498/2008 vom 31. August 2012 entschieden, dass ein Arzt die von seinen angestellten Physiotherapeuten erbrachten physiotherapeutischen Leistungen der OKP nicht in Rechnung stellen kann, weil er diesbezüglich nicht tariflegitimiert ist. Weil es sich folglich nicht um eine OKP-pflichtige Leistung handelt, wird die Bestimmung dahingehend angepasst, als dass die zweijährige praktische Tätigkeit nicht mehr in einer fachärztlichen Praxis absolviert werden kann.

Artikel 48 KVV Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesGB verfügen (siehe Art. 46 KVV).

Nach Buchstabe a haben sie neu einen Bachelor of Science in Ergotherapie FH oder einen anerkannten ausländischen oder einen gleichgestellten altrechtlichen Bildungsabschluss nach dem GesBG vorzuweisen. Damit wird dem Inkrafttreten des GesBG Rechnung getragen.

Buchstabe b bleibt materiell grundsätzlich unverändert. Für eine bessere Lesbarkeit wird die zweijährige praktische Tätigkeit jedoch nach Vorbild von Artikel 45 Absatz 1 Buchstabe b KVV besser gegliedert. Einzig die Möglichkeit, eine zweijährige praktische Tätigkeit in einer Arztpraxis unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen der KVV erfüllen, zu absolvieren, entfällt. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil C-7498/2008 vom 31. August 2012 entschieden, dass ein Arzt die von seinen angestellten Physiotherapeuten erbrachten physiotherapeutischen Leistungen der OKP nicht in Rechnung stellen kann, weil er diesbezüglich nicht tariflegitimiert ist. Gleiches dürfte auch für die von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten erbrachten Leistungen gelten. Weil es sich folglich nicht um eine OKP-pflichtige Leistung handelt, wird die Bestimmung dahingehend angepasst, als dass die zweijährige praktische Tätigkeit nicht mehr in einer Arztpraxis absolviert werden kann.

Artikel 49 KVV Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen

Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesGB verfügen (siehe Art. 46 KVV).

Nach Buchstabe a haben sie neu einen Bachelor of Science in Pflege FH/UH, einen Bildungsabschluss als dipl. Pflegefachmann HF/ dipl. Pflegefachfrau HF oder einen anerkannten ausländischen oder einen gleichgestellten altrechtlichen Bildungsabschluss nach dem GesBG vorzuweisen. Damit wird dem Inkrafttreten des GesBG Rechnung getragen.

Buchstabe b bleibt materiell unverändert. Für eine bessere Lesbarkeit wird die zweijährige praktische Tätigkeit jedoch nach Vorbild von Artikel 45 Absatz 1 Buchstabe b KVV besser gegliedert.

Artikel 50 KVV Einleitungssatz

Die Logopäden und Logopädinnen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein (siehe Art. 46 KVV), Ansonsten bleibt der Artikel materiell unverändert.

Artikel 50a KVV Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen müssen über eine kantonale Bewilligung nach Artikel 12 oder 34 Absatz 1 GesGB verfügen (siehe Art. 46 KVV).

Nach Buchstabe a haben sie neu einen Bachelor of Science in Diätetik FH oder einen anerkannten ausländischen oder einen gleichgestellten altrechtlichen Bildungsabschluss nach dem GesBG vorzuweisen. Damit wird dem Inkrafttreten des GesBG Rechnung getragen.

Buchstabe b bleibt materiell grundsätzlich unverändert. Für eine bessere Lesbarkeit wird die zweijährige praktische Tätigkeit jedoch nach Vorbild von Artikel 45 Absatz 1 Buchstabe b KVV besser gegliedert. Einzig die Möglichkeit, eine zweijährige praktische Tätigkeit in einer Arztpraxis unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen der KVV erfüllen, zu absolvieren, entfällt. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil C-7498/2008 vom 31. August 2012 entschieden, dass ein Arzt die von seinen angestellten Physiotherapeuten erbrachten physiotherapeutischen Leistungen der OKP nicht in Rechnung stellen kann, weil er diesbezüglich nicht tariflegitimiert ist. Gleiches dürfte auch für die von Ernährungsberatern und Ernährungsberaterinnen erbrachten Leistungen gelten. Weil es sich folglich nicht um eine OKP-pflichtige Leistung handelt, wird die Bestimmung dahingehend angepasst, als dass die zweijährige praktische Tätigkeit nicht mehr in einer Arztpraxis absolviert werden kann.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

In der Übergangsbestimmung wird geregelt, dass Hebammen sowie Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (mit Ausnahme der Logopädinnen und Logopäden sowie den Neuropsychologen und Neuropsychologinnen), welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens der vorliegenden Änderung bereits als Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sind, weiterhin zugelassen bleiben. Eine solche Übergangsbestimmung ist notwendig, weil nun neu für die Zulassung als Leistungserbringer u.a. eine kantonale Berufsausübungsbewilligung nach GesBG vorausgesetzt wird. Gesundheitsfachpersonen, die jedoch bereits heute in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, sollen aufgrund der Implementierung des GesBG grundsätzlich keine Nachqualifizierungen erlangen müssen, um die nun geltenden Voraussetzungen zu erfüllen. Der Vertrauensschutz in die bisherige Berufsausübung und die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sollen gewährleistet werden.

III. Inkrafttreten

Die Bestimmungen sollen am (Datum) in Kraft treten.