

Für eine zeitgemässere, verbesserte Regelung der Psychotherapie

Nun ist sie also da, die neue Psychotherapieverordnung.

Aber inwieweit betrifft uns Grundversorger oder Psychosomatiker diese neue Couchepinsche Sparmassnahme, die als *«zeitgemässere Regelung [...] mit dem Ziel, die Qualität und Angemessenheit der Therapien zu verbessern»*¹, auf 1. Januar 2007 eingeführt wird?

Die mündlichen Aussagen und die Bestimmungen lassen so viel Spielraum, dass wir Grund genug haben zu behaupten, die neue Psychotherapieverordnung tangiere den Grundversorger eigentlich nicht. Das Dumme daran ist nur, dass wir dennoch dazu aufgefordert werden, jedesmal eine Meldung zu verfassen, wenn unsere *«Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen [...], die vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation [...] beruht und auf einer Theorie des normalen und pathologischen*

*Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut»*², länger als 10 Sitzungen dauert. Doch was bedeuten 10 Sitzungen in der Grundversorgung, welche Zeitspanne ist damit gemeint? – 10 Sitzungen in einem Jahr, in einem Leben, bis man die Krankenkasse wechselt ...?

Folgende wichtige Einschränkungen und Ausnahmen, die im Entwurf zur neuen Verordnung und anlässlich der Hearings erörtert worden waren, sind im Text der neuen KLV-Änderung nicht enthalten. Doch gerade diese Punkte sind (bzw. wären) für uns entscheidend:

So hiess es etwa in der Medienmitteilung (und eben nicht in der KLV!): *«Nicht betroffen von den Neuerungen sind beispielsweise Kriseninterventionen und die Langzeitbetreuung von Patienten mit chronischen psychischen Leiden.»*¹

Und im Kommentar zum Entwurf dieser Änderung (aber wiederum nicht in der verabschiedeten KLV) stand, den Vertrauensärzten sei es erlaubt, *«als Psychotherapien gemeldete Behandlungen von der weiteren Berichterstattung nach Artikel 3 Absatz 2 auszunehmen [...], wenn es sich um psychotherapeutische Elemente im Rahmen eines erweiterten Therapiekonzeptes (unter Einschluss von medikamentöser Therapie, sozialtherapeutischen Interventionen etc.) handelt»*³.

Berufen wir uns daher also auf diese Ergänzung, denn was wir Grundversorger und Psychosomatiker durchführen, geschieht immer im Rahmen eines *«erweiterten Therapiekonzeptes»*.

Viel einfacher und transparenter wäre es, klare Tarifpositionen zu schaffen:

■ Solche für eine eigentliche Psychotherapie, die meldepflichtig sind im Sinne der neuen KLV,

■ und andere für Behandlungen nach erweitertem Therapiekonzept, die nicht meldepflichtig sind.

Die Position 00.520 und eine dringend zu schaffende Tarifposition für Titelträger des Fähigkeitsausweises APPM müssten von diesem unnötigen Meldeverfahren ausgenommen werden (für die psychiatrischen Kollegen könnten analog zwei Tarifpositionen existieren).

So könnte wirklich gespart werden: durch das Wegfallen dieser überflüssigen Bürokratie mit ihrem ganzen Hin und Her von Meldungen und Kostengutsprachen, dieser unnötigen Zusatzbelastung der Vertrauensärzte und schliesslich dieser weiteren Verunsicherung von Patienten, die schon genug Schwierigkeiten haben, sich einer Psychotherapie zu unterziehen.⁴

1 BAG. Krankenversicherung: Flexiblere Regelung für psychotherapeutische Behandlungen. Medienmitteilung des EDI vom 5. Juli 2006. Available from: www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=5997&p.

2 BAG. Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Änderung vom 3. Juli 2006. Available from: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=de.

3 Kommentar zum Entwurf des BAG vom 13. April 2006. Available from: www.sbap.ch/pdf/psyG/KLV-Vorschlag_BAG-2006.pdf.

4 Couchepins nächster Streich: Beschränkung der Psychotherapie. Die Stellungnahme der Schweizer Hausärzte zu einem weiteren nicht valablen bundesrätlichen Entschluss. Primary Care 2006;6(19-20):358-9.



Pierre Loeb
Präsident der APPM

Pour une réglementation moderne et améliorée de la psychothérapie

Le nouveau régime de la psychothérapie est arrivé!

Il est important de nous demander à quel point cette nouvelle mesure d'économie couchepinienne nous concerne, nous autres, médecins de premier recours et psychosomatiques. Est-ce que cette réglementation qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007 permet vraiment «de contrôler l'adéquation», s'agit-il d'une «réglementation plus moderne» dont le but est «d'améliorer la qualité ainsi que l'efficacité des thérapies»?¹

Les déclarations verbales et autres dispositions laissent suffisamment de champ libre pour nous laisser prétendre que le nouveau régime sur les psychothérapies n'est pas fondé pour les médecins de premier recours. Mais le plus stupide tient au fait que nous sommes tenus de rédiger un rapport et une demande de prise en charge de frais si notre «*thérapie de ma-*

ladie psychique ou psychosomatique qui repose essentiellement sur la communication orale, une théorie du comportement normal et pathologique et un diagnostic étiologique»² dure plus de 10 séances. Mais que peuvent bien signifier 10 séances pour l'omnipraticien, quel est l'intervalle de temps de ces 10 séances? – Une année, une vie, le temps de changer de caisse-maladie ...?

Certaines réserves et exceptions ne sont pas incluses dans le texte modifié de l'OPAS, bien qu'elles aient été discutées lors de l'audience (*hearing*) ayant permis l'esquisse de la nouvelle ordonnance. Et ce sont justement ces éléments manquant qui nous paraissent déterminants:

Ainsi lit-on par exemple dans les communications aux médias (mais justement pas dans l'OPAS!): «*Ces nouveautés ne concernent par exemple ni les interventions de crise, ni le suivi à long terme des patients souffrant de troubles psychiques chroniques.*»¹

Et dans le commentaire au projet de modification (mais également omis dans l'ordonnance éditée), on peut lire qu'il est permis aux «*médecins-conseil d'exclure en tant que telle une psychothérapie annoncée selon l'article 3, paragraphe 2 [...] s'il s'agit d'un élément psychothérapeutique dans le cadre d'un concept thérapeutique étendu (y compris la pharmacothérapie, les interventions sociothérapeutiques, etc.)*»³. Comme nous autres, omnipraticiens et psychosomatiques, nous incluons toujours nos mesures psychothérapeutiques dans un «*cadre d'un concept thérapeutique étendu*», que nous imposera-t-on selon cet addendum?

Il serait bien plus simple et transparent de créer des positions tarifaires claires:

- une pour les psychothérapies effectives qui doivent être annoncées dans le sens de la nouvelle OPAS,

- une autre pour les traitements selon un concept thérapeutique élargi qui ne nécessiteraient pas d'annonce.

La position 00.520 et une position à établir impérativement pour les titulaires AMPP doivent être exclues des processus de déclarations inutiles (de manière analogue, il pourrait exister deux positions tarifaires différenciées pour les collègues psychiatres).

Ainsi serait-il possible d'économiser réellement en abandonnant une bureaucratie superflue avec ses échanges de correspondance et ses rapports d'expertises redondants qui surchargent aussi les médecins conseils et qui, finalement, stigmatisent et désécurisent les patients qui ont déjà passablement de difficultés à se soumettre à une psychothérapie.⁴

1 OFSP. Assurance-maladie: un nouveau régime pour les traitements psychothérapeutiques. Communication du DFI aux médias le 5 juillet 2006. Available from: www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=5997&pr.

2 Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), modification du 3 juillet 2006. Available from: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=fr.

3 Commentaire au projet de l'OFSP du 13 avril 2006.

4 Dernier tour de Couchepin: limitation de la psychothérapie. Prise de position des médecins de premier recours suisses sur une nouvelle tentative non valable d'économies de la part du Conseil fédéral. PrimaryCare 2006;6 (19-20):360-1.



Pierre Loeb
Président de l'AMPP