

Die Zukunft der Psychotherapie im HMO-Modell

Psychotherapie kann seelische und körperliche Symptome deutlich lindern und zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen. Werden Wirksamkeit und Kosten sorgfältig überprüft, lassen sich langfristig die Kosten in der Grundversorgung reduzieren. Für eine HMO¹-Praxis bedeutet dies, sich mit verschiedenen psychotherapeutischen Sachverhalten auseinander zu setzen: Ein neues Modell mit offenen Fragen.

David Eldred, Patrick Holzer

Der Umgang in der Öffentlichkeit mit psychischen Störungen und seelischen Krankheiten ist in den letzten Jahren viel freier geworden. Ein Grund dafür mag sein, dass die Betroffenen selbst offener mit ihrer Erkrankung umgehen. Es gibt Schätzungen, wonach 20 bis 30 Prozent der Schweizer Bevölkerung während des Erwachsenenlebens an einer erheblichen psychischen Störung leiden; davon ist

¹ HMO: Abkürzung für Health Maintenance Organization, lässt sich mit «Organisation zur Gesundheitserhaltung» übersetzen. Es handelt sich um ein Sparmodell in der Grundversorgung, das von den Krankenkassen angeboten wird (zum Beispiel Sana Care). Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall immer zuerst einen Arzt aus einer HMO-Praxis zu konsultieren.

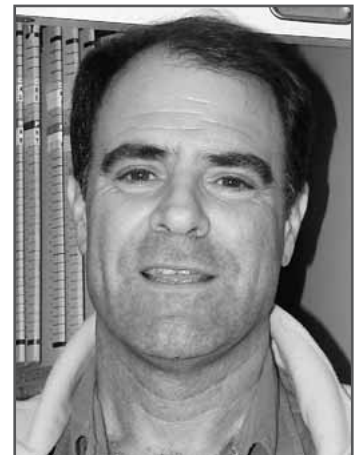
rund ein Viertel behandlungsbedürftig. An erster Stelle stehen Depressionen, gefolgt von Angst- und Anpassungsstörungen. Dementsprechend befinden sich jedes Jahr 5 Prozent der Bevölkerung in psychotherapeutischer Behandlung. Jede/r vierte Berufstätige in der Schweiz greift zu Psychopharmaka (gegen Angst, Depression, Schlaflosigkeit), um dem Druck am Arbeitsplatz standzuhalten. Durch psychische Symptome

«Neue Ansätze in der Psychotherapie haben die Konzepte der klassischen Langzeittherapien zum Teil stark beeinflusst.»

wird die Lebensqualität, die Arbeitsleistung, wie auch die Beziehungsfähigkeit drastischer beeinträchtigt, als durch die häufigsten somatischen Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen. [1, 2]

Medikamente nicht ohne psychotherapeutische Behandlung

Die Wirksamkeit verschiedener Psychopharmaka konnte durch Weiterentwicklung deutlich verbessert werden. Dadurch lässt sich die Effektivität einer Psychotherapie steigern. Langfristige Behandlungen können so zum Teil verkürzt werden, viele psychische Störungen sind ambulant statt in der Klinik behandelbar. Sechs der jährlich meist verschriebenen Medikamente in der Schweiz sind Psychopharmaka (16%) und der Absatz von gewissen Antidepressiva ist innerhalb der letzten fünf Jahre um 30 Prozent gestiegen. Die



David Eldred



Patrick Holzer

Erfahrung zeigt, dass eine angemessene und wirksame Psychotherapie, unterstützt durch Psychopharmaka, einer medikamentösen Therapie ohne seelische Betreuung deutlich überlegen ist. Nach Meinung von Fachleuten liegt die Suizidalität bei PatientInnen, die nur mit Psychopharmaka behandelt werden, eindeutig höher [3]. Psychopharmaka werden deshalb immer häufiger nur

zusammen mit einer psychotherapeutischen Behandlung verschrieben.

Neue Ansätze in der Psychotherapie haben die Konzepte der klassischen Langzeittherapien zum Teil stark beeinflusst. Drei Beispiele, die für die HMO-Praxis künftig von Bedeutung werden könnten, sollen hier kurz vorgestellt werden. Die so genannte Achtsamkeitsintervention bewährt sich bei der Behandlung von rezidivierenden (mit Rückfällen verbundenen) Depressionen, Angst-, Schmerz-, und Essstörungen sowie somatoformen Krankheitsbildern als nachweislich wirkungsvoll und gleichzeitig kostengünstig. Besserungen können bereits innerhalb von acht Wochen eintreten und zu langfristigen Erfolgen führen. [4, 5, 6]

Trotz gewissen Begrenzungen kann die EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) das Bearbeiten einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) fördern [7]. Weiter ist die dialektische Verhaltenstherapie in der Behandlung von gewissen Störungsbildern erwähnenswert. [8]

Lebensprobleme und die Folgen

Die psychischen Probleme der PatientInnen in einer HMO-Praxis sind nicht unbedingt mit denen von Patienten in anderen Psychotherapie- und Psychiatriepraxen vergleichbar. HMO-TherapeutInnen sind hauptsächlich mit den Folgen von konkreten Lebensproblemen konfrontiert: Krisen in der Familie, in der Beziehung oder am Arbeitsplatz, sowie Angst-, Anpassungs- und Essstörungen. Auch werden Menschen, die Schwierigkeiten haben, ihre Arbeitslosigkeit psychisch zu bewältigen, in HMO-Zentren behandelt, wie auch Suchtkranke (vorwiegend Cannabis und Alkohol). Weiter werden hin und wieder PatientInnen betreut, die unmittelbar zuvor aus einer psychiatrischen Klinik entlassen worden sind. Seltener gelangen Patienten mit chronischen psychischen Störungen in eine HMO-Praxis (wie hochgradige, rezidivierende Depressionen, schwer wiegende Persönlichkeitsstörungen, oder chronische Formen der Schizophrenie). Diese Patienten

Bilanz eines Psychologen in der HMO-Praxis

In den ersten 11 Monaten meiner Anstellung im Sana-Care-Gesundheitszentrum Oerlikon erhielt ich 82 PatientInnen überwiesen. Diese wurden wie folgt behandelt:

- 13 PatientInnen (16%) vermittelte ich weiter an Kliniken oder PsychiaterInnen
- 29 von ihnen (35%) benötigten weniger als 5 Sitzungen um eine akute, krisenhafte Situation zu besprechen
- 12 PatientInnen (15%) benötigten zwischen 5 und 15 Sitzungen und
- 11 PatientInnen (14%) eine länger dauernde Psychotherapie von mehr als 15 Sitzungen.
- Die weiteren 17 PatientInnen (20%) haben die Behandlung in den letzten 2 Monaten begonnen und können in dieser Statistik noch nicht berücksichtigt werden.

Immerhin war es möglich bei 65 Prozent der PatientInnen psychische Anliegen in weniger als 15 Stunden aufzuarbeiten und konstruktive, zufrieden stellende Lösungen für ihre akuten Probleme zu finden und umzusetzen.

Etwa die Hälfte dieser PatientInnen leiden hauptsächlich an Anpassungsstörungen (arbeits- und/oder beziehungsbedingt) und zeigen akute depressive Symptome. Bei der anderen Hälfte sind es Angststörungen, Suchtproblematik, Persönlichkeitsstörungen und akute psychotische Episoden. Diese Zahlen widerspiegeln die Statistik, die der Psychotherapeut Gion Fidel Contrau von 2001 bis 2003 im Sana-Care-Gesundheitszentrum Oerlikon geführt hat.

David Eldred

werden, ähnlich wie solche mit schweren Sucht- oder Gewaltproblemen, von Fachstellen und Kliniken in grösseren Städten aufgefangen. PatientInnen, die leiden, suchen häufig zuerst eine Ärztin auf, und nicht einen Psychotherapeuten. Dass die beiden Berufsgruppen in der HMO-Praxis zusammenarbeiten, erlaubt in vielen Fällen, PatientInnen mit psychischen Problemen frühzeitig zu erkennen und einer psychotherapeutischen Behandlung zuzuführen. Der HMO-Psychotherapeut kann dann unmittelbar eine angemessene Behandlung bestimmen, eigene Therapien anbieten oder die Patientin an geeignete Spezialisten überweisen. Behandelt er selbst, kann er Kosten, Wirksamkeit und Effizienz direkt im Auge behalten. In schwer wiegenden Fällen sind ausserdem rasche und unbürokratische Entscheide über die Behandlung möglich. Dabei kann es sich um eine stationäre oder intensive ambulante Behandlung handeln. Zusätzlich wird versucht, die bestmögliche Betreuung – psychiatrisch, medizinisch oder familiär – zu organisieren.

Ethische und wirtschaftliche Fragen

Wie aber setzt eine HMO-Psychotherapeutin ihren Gatekeeping-Auftrag um, wenn sie den Patienten zu

einer auswärtigen Behandlung überweist? Die behandelnde Fachperson wird in diesem Fall nach etwa sechs Monaten einen Bericht an die HMO-Therapeutin verfassen, mit Diagnose, Art der Therapie, Verlauf und Prognose, ähnlich einem Bericht an den Vertrauensarzt. Es gibt auch Pa-

«Der HMO-Therapeut kann dann unmittelbar eine angemessene Behandlung bestimmen, eigene Therapien anbieten oder die Patientin an geeignete Spezialisten überweisen.»»

tienten, die sich schon (zu) lange in einer Behandlung befinden und dort mit weniger wirksamen psychotherapeutischen Ansätzen betreut werden. Wie in jeder Berufsgruppe, gibt es auch unter den Psychotherapeuten «schwarze Schafe». Beispiele dafür sind nicht effiziente Therapeuten, die veraltete oder wenig wirksame therapeutische Methoden anwenden, sich dabei auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG) berufen und so PatientInnen über mehrere Jahre problemlos in Be-

handlung behalten können. Weil der gewählte Ansatz unwirksam ist, zeigen sich bei den PatientInnen wenig Fortschritte. Dies führt zu noch mehr psychotherapeutischen Sitzungen, meist bei derselben Fachperson. Diese Situation kommt leider nicht selten vor und wirft ernsthafte ethische und wirtschaftliche Fragen auf, nicht nur für die HMO-Praxis, sondern für die Psychotherapie allgemein.

Bei manchen psychischen Störungen braucht es eine längere Behandlung. Aber häufig genügen schon einige wenige Sitzungen, um ein Problem aufzuarbeiten und den damit verbundenen Leidensdruck zu lindern.

«Ziel ist es, auch im heiklen Bereich der Psychotherapie ein Instrument einzuführen, das dem ärztlichen Fragebogen entspricht.»

Generell sind in den ersten zwei Jahren einer Psychotherapiebehandlung 120 bis 200 Stunden aus der Grundversicherung abgedeckt. Einige Fachleute vertreten die Ansicht, dass «in den meisten Fällen» 30 Sitzungen genügen. [9]

Wie eine Qualitäts- und Kostenkontrolle in der Psychiatrie und Psychotherapie einzusetzen ist, sollten Managed-Care-Organisationen im Rahmen ihrer Tätigkeit definieren und verwirklichen. Seit Jahren werden in EQUAM² zertifizierten HMO-Praxen Patientenfragebögen eingesetzt, um die Qualität der ärztlichen Betreuung und die Patientenzufrie-

denheit zu ermitteln. Ziel ist es, auch im heiklen Bereich der Psychotherapie ein Instrument einzuführen, das dem ärztlichen Fragebogen entspricht. Darüber hinaus müssen folgende Fragen im Auge behalten werden: Gibt es andere, nichtpsychotherapeutische Möglichkeiten der seelischen Begegnung und Auseinandersetzung, die auch wirksam und geeignet wären? Unter welchen Umständen ist eine Selbsthilfegruppe, ein autogenes Training, eine Atem- oder Bewegungstherapie oder eine Meditationsgruppe anstatt einer Therapie empfehlenswert?

Suche nach Lösungen

Für einen Qualitätsvergleich müssen Kriterien ausgearbeitet werden, mit denen sich PatientInnengruppen in verschiedenen HMO-Zentren vergleichen lassen. Dabei stellt sich unter anderem die Frage, wie sich das Behandlungsangebot von städtischen Auffang- und Beratungsstellen von denen der HMO-Praxen unterscheidet. Weiter der Klärung bedarf, wie ein einheitliches psychotherapeutisches Behandlungsmodell und ein Gatekeeping-Konzept in HMO-Zentren aussehen würde, und mit gesundem Menschenverstand und solidem Fachwissen umgesetzt werden könnte.

Im Rahmen der Überprüfung des Leistungskatalogs des KVG werden auch dringende Fragen zur Psychotherapie aufgegriffen. Doch mit dieser Massnahme allein lassen sich nicht alle der oben genannten Grundsatzprobleme lösen. Um psychotherapeutische Behandlungen zu fördern, die erfolgreich und gleichzeitig kosteneffizient sind, könnten die HMO-Zentren grundsätzliche strategische Richtlinien vorschlagen, um bei der Entwicklung eines psychotherapeutischen Gatekeeping-Modells führend zu sein. ■

Autoren:

Dr. phil. David Eldred

E-Mail: david.eldred@sanacare.ch
und

Dr. med. Patrick Holzer

Leitender Arzt
E-Mail: patrick.holzer@sanacare.ch

HMO Praxis
Gubelstrasse 28
8050 Zürich-Oerlikon

Literatur:

1. Lehmann P et. al.: Psychische Gesundheit: Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Feb. 2004.
2. Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz: ein Gesundheitsrisiko. Medienmitteilung, Bundesamt für Statistik, Nov. 2004.
3. Schopper C: «Therapie der Depression: Update zu den pharmakologischen Möglichkeiten». Fortbildungsveranstaltung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Depression beim Kind und Erwachsenen: eine therapeutische Herausforderung. 8. September 2005.
4. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway V, Soulsby J, Lau M: Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68: 615-623, 2000.
5. Miller J, Fletcher K, Kabat-Zinn J: Three year follow up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry* 17: 192-200, 1995.
6. Kabat-Zinn J: *Gesund durch Meditation*. Frankfurt: O.W. Barth / Fischer Verlag, 2004.
7. Shapiro F: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Second Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures* Guilford Publications, August 2001.
8. Linehan M: Grundlagen der dialektischen Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996.
9. Gmür R: Fallkosten in der Psychotherapie. *Schweizerische Ärztezeitung* 84: 14, 2003, S. 638-640.

² Die EQUAM-Stiftung fördert eine externe, unabhängige Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, insbesondere in Systemen integrierter Gesundheitsversorgung.