

Alfred Künzler, Hans Kurt

Psychiatrie und Psychotherapie in der Integrierten Versorgung

Neue Versorgungssysteme müssen auch den Bedürfnissen psychisch Kranker gerecht werden

In Zukunft werden vermehrt Managed-Care-Modelle und integrierte Versorgungsnetze entstehen. Dabei müssen die Bedürfnisse und Eigenheiten psychisch kranker Menschen speziell berücksichtigt werden. Niederschwelliger Zugang, Früherkennung und Frühbehandlung, Scham und Stigma, aber auch ein angepasster Risikoausgleich sind dabei nur einige zu erwähnende Stichworte. Zudem darf nicht vergessen werden, dass viele Überweisungen zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen nicht über den medizinischen Weg ablaufen.

In der Schweiz leiden rund 25% der Bevölkerung an einer diagnostizierbaren psychischen Störung. Bei einem Drittel davon liegt mehr als eine psychische Störung vor, häufig kombiniert mit somatischen Krankheiten [1, 2]. Ein Fünftel davon, rund 5% der Schweizer Bevölkerung, lassen sich jährlich wegen eines psychischen Problems behandeln. Diese Behandlungen finden zu gleichen Teilen bei einem Psychiater, bei einem anderen Arzt (vor allem Hausarzt) bzw. bei einem Psychotherapeuten statt [3]. Die Kosten für ambulante psychiatrische Behandlungen (inkl. Psychopharmaka) machen 6% der ambulanten Kosten, die der Psychotherapie weniger als 1% aller Gesundheitskosten aus [4]. Rund die Hälfte (40–60%) aller psychisch Kranken erhalten aber keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung [5]. Diese Zahlen zeigen, dass:

- psychische Krankheiten häufig sind;
- nur ein Teil der Krankheiten erkannt und behandelt wird;
- nur ein Teil der Behandlungen von Fachpersonen durchgeführt werden;
- Psychotherapie eine relativ kostengünstige Behandlung ist.

Die Integrierte Versorgung soll eine stärkere Koordination und die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses sicherstellen. Dies ist sinnvoll, insbesondere bei multimorbiden oder chronischen Krankheiten, zu denen psychische Krankheiten häufig gehören. Solche Erkrankungen benötigen fachübergreifende Behandlungsansätze, bei denen psychiatrische und psychologische Dienste häufig involviert sind. Eine höhere Behandlungsqualität und ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis sind dabei anzustrebende Ziele. Eine Integrierte Versorgung bringt aus

unserer Sicht jedoch nur einen Fortschritt, wenn auch die folgenden Punkte berücksichtigt werden.

Integrierte Versorgung und psychisch Kranke

Die aktuellen Modelle der integrierten Versorgungsnetze basieren meistens auf einem «Gatekeeping», welches häufig vom Hausarzt ausgeführt wird. Dieser übernimmt somit die Verantwortung für die Diagnostik und Behandlung. Die Schwierigkeit besteht bei psychischen Krankheiten darin, dass die Früherkennung und folglich auch Frühbehandlung oft schwierig ist und einer ausgedehnten Erfahrung im klinischen Bereich bedarf. Dazu kommt, dass sich Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft schämen und vielleicht ihrem Hausarzt, der ja auch die Familie und die Gemeinde kennt, nicht über ihre persönliche Probleme informieren möchten. Deshalb ist auch in integrierten Versorgungsnetzen auf einen niederschweligen, wenn möglich freien Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zu achten.

Integrierte Versorgung hat zum Ziel, die Behandlungsqualität zu garantieren und sinkende Kosten zu gewährleisten. In der Praxis können jedoch hohe Qualitätsansprüche und niedrige Kosten als Gegensätze auftreten. Obschon die Bedeutung der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung unbestritten ist, muss der Behandlungsqualität Vorrang gegeben werden. Kurzfristige Kostenaspekte dürfen psychisch kranke Menschen nicht benachteiligen. Wird eine psychische Krankheit zu spät erkannt oder ungenügend behandelt, besteht die Gefahr einer Kostenverschiebung in einen anderen Bereich. Die soziale Integration der Patientinnen und Patienten (Verlust der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes, Isolation etc.) und deren Angehörigen (Vernachlässigung der Kinder, Dys-



Alfred Künzler



Hans Kurt

funktionalität in Beziehungen etc.) wird ernsthaft gefährdet. Auch das Risiko von Suizidversuchen oder vollendeten Suiziden und die Entwicklung von Suchtverhalten werden durch eine Fehl- oder Mangelversorgung gesteigert. Wissenschaftliche Studien belegen zudem, dass eine adäquate Behandlung von psychischen Erkrankungen sowohl Berentungen vermindert als auch einen wesentlichen Faktor für eine erfolgreiche Rehabilitation darstellt. Damit wird Psychotherapie langfristig gesehen zur Investition, die sich auszahlt [6–8]. Eine angemessene

**Integrierte Versorgung dient den psychisch
kranken Menschen dann am meisten,
wenn verschiedene Berufsgruppen interdisziplinär
in die Behandlung integriert werden.**

Behandlung soll durch ausgewiesene Fachpersonen wie Psychiater und Psychologen durchgeführt werden, wenn immer möglich ohne komplizierte und zeitraubende Umwege.

Der im Nationalrat beratene Gesetzesentwurf legt die Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung resp. Managed Care so fest, dass eine bessere Behandlungsqualität und Kosteneffizienz prinzipiell garantiert werden kann. Er ist genügend flexibel, um zukünftige Entwicklungen der Modelle der Integrierten Versorgung zuzulassen. So werden zum Beispiel die Leistungserbringer, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen können, nicht abschliessend definiert. Dies lässt die Möglichkeit offen, dass sich die verschiedenen Leistungserbringer gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu einem Netzwerk zusammenschliessen. Dies können Netzwerke sein, in denen sich Hausärzte zusammenschliessen, aber auch Netzwerke, in denen sich verschiedene Behandelnde wie Haus-, Spezialärzte und auch Fachpsychologen zusammenschliessen. Eine Integrierte Versorgung dient den psychisch kranken Menschen dann am meisten, wenn verschiedene Berufsgruppen interdisziplinär in die Behandlung integriert werden. Erst mit der praktischen Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen wird es möglich zu beurteilen, ob mit den Modellen der Integrierten Versorgung auch im Bereich der psychischen Erkrankungen effizienter und qualitativ hochstehend gearbeitet werden kann.

Psychotherapie: Psychiatrie und Psychologie

Psychotherapie wird in der Schweiz vorwiegend zum einen durch Fachärzte in Psychiatrie und Psychotherapie, zum andern durch Fachpsychologinnen und -psychologen

für Psychotherapie angeboten.¹ Als Leistungserbringer, die ihre psychotherapeutischen Leistungen über die soziale Krankenversicherung (OKP, KVG) abrechnen können, sind heute die Psychiater zugelassen. Die psychologischen Psychotherapeuten arbeiten entweder selbständig mit teilweiser Abrechnung über die Zusatzversicherungen (VVG) oder im Rahmen der sogenannten delegierten Psychotherapie als Angestellte eines Arztes. Vor diesem Hintergrund sehen wir die Integrierte Versorgung als Chance, soll doch damit auch der psychotherapeutische Bereich für alle psychisch Kranken im Rahmen der Grundversicherung abgedeckt werden.

Entsprechend der medizinischen oder psychologischen Grundausbildung weisen medizinische und psychologische Psychotherapeuten entsprechende Kompetenzen auf. Psychiater weisen eine lange klinische Erfahrung aus und sind in somatischen Betrachtungsweisen geübt (Diagnostik, medikamentöse Behandlung). Psychologinnen haben sich in fünf Jahren Studium der Psychologie viel Wissen über die Psyche erworben (Entwicklungspsychologie, Gesundheits- und Pathopsychologie, Testpsychologie u.a.m.). Mit der anschliessenden Psychotherapieausbildung sind sie in der Lage, mit psychologischen Mitteln psychische Krankheiten und Vorgänge zu beeinflussen. Durch die verschiedene Grundausbildung beziehen Psychologen ihre Arbeit schwerpunktmässig auf ein gesundes Menschenbild, während Ärzte sich eher an einem Krankheitsmodell orientieren.

Soma und Psyche

Psychisch kranke Menschen haben Bedürfnisse, denen nicht alle neuen Versorgungssysteme gerecht werden. Kostenargumente zwingen zu kürzeren Therapien, ohne dass umfassende Patientenpfade und längerfristige Therapieerfolge in die Überlegungen miteinbezogen werden. Längere Psychotherapien geraten in Verruf und werden mit rechtlichen Hürden eingeschränkt. Chronisch kranke Menschen bedeuten auch für eine Integrierte Versorgung hohe Kosten, so dass die Gefahr einer impliziten Rationierung entsteht.

Integrierte Versorgungsmodelle können nur dann erfolgreich sein, wenn sie die Kooperation und Vernetzung, insbesondere auch zwischen dem somatischen und psychischen Bereich, fördern. Eine Integrierte Versorgung

¹ Gemäss geltenden kantonalen Bestimmungen praktiziert heute ein kleiner Teil von Psychotherapeut/innen mit weder medizinischer noch psychologischer Grundausbildung. Voraussichtlich wird das circa 2013 in Kraft tretende Psychologieberufegesetz (PsyG) nebst Medizin nur noch Psychologie als Grundausbildung für psychotherapeutische Praxisbewilligungen zulassen.

psychisch kranker Menschen verlangt einen interdisziplinären Ansatz vom Hausarzt bis hin zu psychosozialen Fachpersonen aus der Gesundheitsversorgung. Eine solche Zusammenarbeit verlangt eine geklärte Grundhaltung der verschiedenen Berufsgruppen, ein transparentes Berufsbild und die Anerkennung der unterschiedlichen Kompetenzen. Schnittstellen müssen definiert und vereinbart werden. Konkurrenzdenken und Besserwisserum sind Stolpersteine in der Gestaltung sinnvoller Patientenfunde.

Je mehr sich finanzielle Anreize als Steuermechanismen Integrierter Versorgung durchsetzen, desto mehr werden beim Fehlen einer klaren Ergebnisverantwortung Leistungen rationiert. Für die Psychotherapie ist in einem solchen Kontext zu erwarten, dass der Zugang zur Behandlung eingeschränkt wird, Kurzzeitbehandlungen priorisiert und längere Behandlungen von häufigen Zwischeneinschätzungen abhängig gemacht werden. Die Verlässlichkeit und Vertraulichkeit der therapeutischen Beziehung, die Basis jeder Psychotherapie, wird dadurch in Frage gestellt.

Dieser Beitrag basiert auf dem Symposium «Die Rolle der Psychotherapie in neuen Modellen der integrierten Versorgung (Managed Care)», abgehalten am IFP Weltkongress der Psychotherapie / Jahreskongress der FMPP, 18. Juni 2010 in Luzern mit Dr. phil. Alfred Künzler, Fachpsychologe FSP für Psychotherapie und Gesundheitspsychologie, Präsident FSP; Dr. psych. Gisèle Santschi, Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Fachgruppe Psychotherapie FSP; Dr. med. Hans Kurt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Präsident SGPP/FMPP; Oliver Peters, lic. rer. pol., Directeur administratif et financier, CHUV Lausanne.

Literatur

- 1 Ajdacic-Gross V, Graf M. 2003. Bestandaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.
- 2 Schuler D, Rüesch P, Weiss C. 2007. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.
- 3 Schweizerische Gesundheitsbefragung. 2007. Bundesamt für Statistik, Neuenburg.
- 4 Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007. Bundesamt für Statistik, Neuenburg.
- 5 Riecher A. Juli 2010. Vortrag an der Tagung des Aktionsbündnisses Psychische Gesundheit Schweiz, Bern.
- 6 Baltensperger C, Grawe K. 2001. Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. Z Klin Psychol Psychother, 30:10–21.
- 7 Frei A. 2004. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie. In Vogel J, Wasem J, Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie (pp. 131–49). Schattauer, Stuttgart.
- 8 Margraf J. 2009. Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Springer, Heidelberg.

Korrespondenz:

Dr. phil. hum. Alfred Künzler
Vorstand/Past-President FSP
Mühlebergstrasse 104a, 3034 Murzelen
alfred.kuenzler@psychologie.ch

Dr. med. Hans Kurt
Präsident FMPP/SGPP
Bielstrasse 109, 4500 Solothurn
kurt@solnet.ch

Vorschau

Care Management 5/10 erscheint am 18. Oktober mit dem Schwerpunktthema «Medikamentenmanagement».