

Folgeplanung II
Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie

Bericht der Untergruppe „Hausärzte“ zum SOLL-Zustand ¹

Schlussbericht vom 3. Januar 2002

an der Arbeitsgruppe haben mitgewirkt:

Dr. Andreas Manz, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Liestal

Dr. Andreas Früh, FMH Allgemeinmedizin, Waldenburg

Dr. Fritz Friedli, FMH Allgemeinmedizin, Liestal

Dr. Gustav Loretan, FMH Allgemeinmedizin, Liestal

PD Dr. Jakob Bösch, Chefarzt EPD

Dr. Theodor Cahn, Chefarzt KPK

Lic.phil. Karl Bruder, Psychotherapeut VPB

Dr. Niklas Baer, Mitarbeiter Folgeplanung II

Es wurden 9 Sitzungen durchgeführt. Der Bericht wurde am 26.11.2001 in der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie besprochen.

¹ Von 1999-2002 leitete ich die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie der Folgeplanung 2 zum Psychatriekonzept Baselland. Neben der zentralen Planungsgruppe bildete ich 5 Untergruppen, die ich ebenfalls leitete und deren Texte ich im Wesentlichen auch selber geschrieben habe – als Ergebnis der in den Untergruppen stattgefundenen Diskussionen. Wichtigster Partner in diesem Prozess war Dr. Niklas Baer, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Folgeplanung 2 zur Verfügung stand und der eine grosse Zahl von Untersuchungen mit mir durchführte und auswertete.

In einer ersten Phase haben wir den IST-Zustand erhoben und Berichte dazu verfasst. Anschliessend planten wir den Soll-Zustand. Dieser Unterbericht war der Abschluss der Soll-Planung in diesem Themenbereich. Die Ergebnisse flossen via Planungsgruppe und Projektgruppe in stark gekürzter Form in den Schlussbericht ein. Diese Untergruppen-Bericht zugänglich zu machen ist deswegen lohnenswert, weil in den Teilberichten Materialien enthalten sind, die später aus Platzgründen weggefallen sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess.....	3
2. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Evaluation des IST-Zustandes.....	4
<i>2.1. Beschreibung der Situation.....</i>	<i>4</i>
Allgemeine Grundlagen.....	4
Resultate der eigenen Hausarztbefragung.....	5
Weitere Diskussionen in der Planungsgruppe.....	6
<i>2.2. Probleme</i>	<i>7</i>
<i>2.3. Zusammenfassung.....</i>	<i>9</i>
3. Gewichtung der evaluierten Probleme.....	10
4. Übergeordnete Zielvorstellungen.....	10
5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege.....	11
<i>5.1. Indikation zu spezialisierter Behandlung.....</i>	<i>11</i>
<i>5.2. Kooperation.....</i>	<i>12</i>
<i>5.3. Erreichbarkeit Psychotherapeuten.....</i>	<i>13</i>
<i>5.4. Kommunikation zwischen Arzt und Patient.....</i>	<i>14</i>
<i>5.5. Nutzen spezialisierter Behandlung.....</i>	<i>15</i>
6. Kontroversen.....	16
7. Zusammenfassende Bewertung der Lösungsskizzen.....	17
Anhang 1: Zuweisungsempfehlungen.....	18
Anhang 2: Beispiel einer Zusammenarbeitsvereinbarung	19
Anhang 3: Zuweisungsblatt ambulante Psychiatrie	20
Anhang 4: Konzeptidee Kommunikationskurs für Assistenten im somatischen Spital	22

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess

Für den Bereich der Allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie wurde der Planungsprozess so angelegt, dass vor allem die Schnittstellen der Psychiatrie zur allgemeinmedizinischen und sozialen Versorgung untersucht und optimiert werden sollen. Die - in Bezug auf die Anzahl behandelter Patienten mit psychischen Störungen - wichtigste Schnittstelle ist diejenige zu den Allgemeinmedizinern und Internisten, die in hausärztlicher Praxis tätig sind.

90% der Bevölkerung befindet sich in hausärztlicher Behandlung und jedes Jahr suchen rund 60% der Männer und 70% der Frauen ihren Hausarzt auf²⁾. Für die psychiatrische Versorgung stellen Hausärzte deshalb den wichtigsten Partner dar in ihrem Bemühen, Menschen zu erreichen, die spezialisierter psychiatrischer Behandlung bedürfen.

Im Gegensatz zur Zusammenarbeit mit den somatischen Spitälern ist die Kooperation mit den Hausärzten aber weniger leicht steuerbar. Hausärzte stellen eine sehr heterogene Gruppe Selbständigerwerbender dar, mit denen sich nicht gesamthaft oder institutionalisiert verbindlich planen lässt. Mit dem Beizug von zwei weiteren Hausärzten in diese Arbeitsgruppe wurde versucht, der Heterogenität ein wenig Rechnung zu tragen. Dieselbe planerische Schwierigkeit stellt sich allerdings auch mit den Hauptpartnern der Hausärzte auf psychiatrischer Seite, den freipraktizierenden Psychotherapeuten (immer: Psychiater und Psychologen).

Die Individualität und Unterschiedlichkeit der Kooperationspartner in diesem Planungsfeld bedeutet, dass die im folgenden formulierten planerischen Vorschläge nicht nur daran gemessen werden sollen, wie sinnvoll sie für die Patienten mit psychischen Störungen sind, sondern in besonderem Masse auch daran, wie attraktiv und praktikabel sie für die Hausärzte und Psychotherapeuten sind.

Das Papier beleuchtet die Schnittstelle zwischen Psychiatrie/Psychotherapie und Hausarztmedizin. Die meisten nachfolgend gemachten Überlegungen gelten für alle hauptsächlich somatisch tätigen Ärzte.

² Wilkinson et al., 1988

2. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Evaluation des IST-Zustandes

2.1. Beschreibung der Situation

Allgemeine Grundlagen

In Bezug auf die Epidemiologie psychischer Störungen ist bekannt, dass rund 25% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres mindestens einmal an einer psychischen Störung leiden, die eine psychiatrische Diagnose verdient. Rund ein Drittel (5-10% der Bevölkerung) dieser Menschen wäre spezialisiert psychiatrisch behandlungsbedürftig.

Menschen mit einer psychischen Störung frequentieren die hausärztliche Praxis überdurchschnittlich häufig, jährlich sehen 85-90% von ihnen einen Allgemeinarzt - im Gegensatz zu psychisch Gesunden, wo dies bei zwei Dritteln der Fall ist (Wilkinson et al., 1988). Man kann demnach schon aufgrund dieser wiederholt gefundenen Daten davon ausgehen, dass rund 20-30% der Hausarzte Klientel unter einer psychischen Störung leidet. Das bedeutet, dass schon nur von der Quantität her gesehen die primärmedizinische Versorgung einen rechten Teil dieser Patienten selbst behandeln muss.

Aber nur etwa 5% der Patienten mit psychischen Störungen sprechen von sich aus psychische Probleme und Störungen an (Üstün und von Korff, 1995). Das bedeutet, dass bei 4 von 5 Patienten mit psychischen Störungen der Hausarzt auf seine diagnostischen und kommunikativen ³⁾ Fähigkeiten angewiesen ist, will er diese Störungen erkennen

In der Literatur finden sich unter den Stichworten „Unterdiagnostik“ oder „versteckte psychiatrische Morbidität“ viele Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass psychische Störungen in der primärmedizinischen Versorgung in der Regel deutlich zu selten wahrgenommen werden. Durchschnittlich werden 50-60% der Patienten mit psychischen Störungen erkannt. Je prägnanter und spezifischer die psychiatrische Symptomatik desto höher steigt die Erkennungsquote. Es sind in den letzten Jahren standardisierte Instrumente für den primärmedizinischen Bereich entwickelt worden, die helfen sollen, psychische Störungen besser abgrenzen zu können (bspw. PrimeMed der WHO).

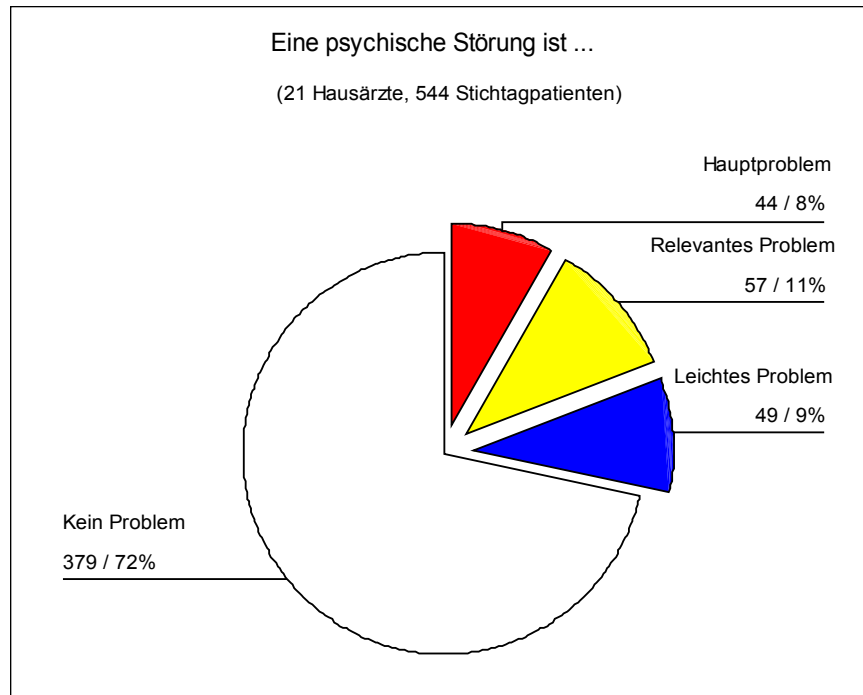
Diagnostisch handelt es sich bei psychischen Störungen in der hausärztlichen Praxis vor allem um depressive und Angsterkrankungen sowie Alkoholabhängigkeit, recht häufig sind auch Somatisierungsstörungen.

³⁾ Patienten benötigen laut Studien im Durchschnitt eine längere Zeit bis sie von psychischen Problemen berichten (rund 5 Minuten) als ihnen der Hausarzt im Durchschnitt zu Beginn eines Gesprächs zuhört (rund 3 Minuten).

Resultate der eigenen Hausarztbefragung

Eine Stichtagerhebung bei 21 Hausärzten aus 6 verschiedenen sogenannten Qualitätszirkeln in BL, die 544 Patienten einschloss, brachte folgende Resultate, die wegen der geringen Zahl befragter Hausärzte zwar nicht repräsentativ sind, auf der anderen Seite jedoch die Resultate aus verschiedenen Untersuchungen gut reflektieren:

Rund 20% der Hausarztclientel haben nach Einschätzung der Hausärzte eine zumindest relevante psychische Störung:



Auch hier findet sich demnach eine Häufigkeit von 20-30% psychischer Störungen wieder (30% unter Einbezug der leichteren psychischen Probleme). Diagnostisch handelt es sich vor allem um neurotische Störungen, Schmerzstörungen, Depressionen und Alkoholerkrankungen. Auch dies bildet bekannte Resultate – sowie auch unsere Untersuchung an den Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Bruderholz und Lieetal - gut ab.

Erwähnenswert ist, dass derjenige Drittel der befragten Hausärzte, die über spezifische Weiter- oder Fortbildung im psychiatrischen Bereich verfügt, deutlich häufiger eine psychische Störung wahrnimmt, dies gilt insbesondere für die leichteren psychischen Störungen. Es ist allerdings zu vermuten, dass der Anteil psychiatrisch geschulter Hausärzte über die gesamte Gruppe der Hausärzte gesehen geringer ist als bei unserer Stichprobe.

3% dieser Stichtagclientel wird gleichzeitig durch die spezialisierte psychiatrische Versorgung behandelt. Das entspricht in der Grössenordnung anderen Erhebungen, die von einer aktuellen Überweisungs- und Mitbehandlungsrate von 1-2% des Praxisklientels ausgehen (Linden, 1999).

Bedenkenswert ist, dass fast die Hälfte der Hausarztclientel mit relevanten psychischen Störungen älter als 65 Jahre ist.

Wir gehen aufgrund dieser und anderer Daten davon aus, dass nur etwa 15% der Hausarztpatienten mit einem zumindest relevanten psychischen Problem gleichzeitig in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehen.

Hindernisse sind aus Sicht der Hausärzte die mangelnde Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Psychotherapeuten. Die ebenfalls befragten niedergelassenen Psychiater geben teils andere Gründe an, warum Zuweisungen von Hausärzten manchmal nicht gelingen, namentlich, dass die Behandlung schon zu Beginn wieder abgebrochen wird oder der Patient nicht kommt. Dennoch stammt – aus umgekehrter Sicht – ein Drittel der Psychiaterclientel aus Hausarztzuweisungen. Das Problem scheint teilweise darin zu liegen, dass eine gemeinsame Sprache und ein geteiltes Verständnis über Zweck und Art der psychotherapeutischen Behandlungen fehlen. Dies hat auch die weitere Diskussion in der Arbeitsgruppe bestätigt.

Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychiatern wird im allgemeinen von beiden Seiten (von denjenigen, die geantwortet haben) als gut bezeichnet (das gilt auch für die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten). Je etwa die Hälfte der antwortenden Psychiater und Hausärzte wünschten sich jedoch eine intensivere Zusammenarbeit.

Ein Psychiater arbeitet meistens mit 4 und mehr Hausärzten zusammen. Ein Hausarzt arbeitet meistens mit 2-3 Psychiatern zusammen – dies reflektiert auch in etwa das Zahlenverhältnis von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Psychiatern.

Unbefriedigend, dies stellte sich schon in der Diskussion der Evaluationsphase andeutungsweise heraus, ist das Berichtverhalten der Psychiater nach erfolgter Zuweisung durch den Hausarzt.

Weitere Diskussionen in der Planungsgruppe

Der Evaluationsbericht listet Kriterien auf, wann Hausärzte Patienten mit psychischen Störungen an die spezialisierte Versorgung zuweisen sollten – sei es die hausärztliche Behandlung ersetzend, ergänzend oder konsiliarisch. Die im Bericht differenziert genannten Kriterien lassen sich unter folgenden Stichworten zusammenfassen, wobei man sich bewusst ist, dass die Indikation für eine Überweisung nicht generell gestellt werden kann ⁴⁾:

- a) Schwere der Erkrankung und Komplikationen (inkl. akute Belastungssituationen)
- b) Dauer der Störung, Chronizität, rezidivierende Verläufe, Therapieresistenz
- c) Langzeitmedikation

⁴) siehe Anhang 1

d) Fragen zur Diagnose und zum Vorgehen

Diese Kriterien decken sich gut mit Kriterien, die in der Literatur genannt werden, dort allerdings ergänzt um den Punkt „e) Bedarf nach speziellen Psychotherapien“. Dies ist ein Punkt, der in der weiteren Diskussion der Arbeitsgruppe kontroverse Meinungen hervorrief. Für die Hausärzte handelt es sich dabei jedoch um ein deutliches Bedürfnis.

Der Evaluationsbericht nennt als eine wichtige Anforderung an die Hausärzte, dass sie in der Lage sind, mit Patienten, die sich gegen eine psychiatrische Behandlung nicht ganz verschliessen, in geeigneter Weise zu kommunizieren. Oft handelt es sich dabei um die (Beziehungs-)fähigkeit, mit dem Patienten in einem für ihn sensiblen Moment den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung zu besprechen.

Ein wichtiges Kriterium dafür, ob der Hausarzt selbst behandelt oder nicht, ist seine eigene Weiter- und Fortbildung sowie sein Interesse für psychisch kranke Menschen.

Ein spezielles Problem liegt darin, dass Hausärzte sehr selten an psychologische Psychotherapeuten zuweisen, das Ausmass der Kommunikation und Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Vertretern ist gering. Dies ist umso problematischer als es heute eine gegenüber noch vor 10 Jahren deutlich grössere Anzahl psychologischer Praxen gibt – analog dem Wachstum bei den psychiatrischen Praxen. Die Kapazitäten der ambulanten Psychotherapeuten sind heute nicht mehr ein dermassen limitierender Faktor.

Psychiatrische und sozialwissenschaftliche Grundlagen haben heute in der medizinischen Grundausbildung mehr Gewicht als früher. Das Problem im Hinblick auf Patienten mit psychischen Störungen liegt darin, dass diese theoretischen Kenntnisse in der Weiterbildungszeit normalerweise nicht mit entsprechender Praxis angereichert und vertieft werden. Wir gehen davon aus, dass der Hausarzt sich normalerweise in seiner Praxis selbst einen gewissen Umgang mit psychisch kranken Patienten aneignet.

Schliesslich gehen wir aufgrund der Daten und Informationen von Hausärzten davon aus, dass Zuweisungen an die Psychiatrie und Zusammenarbeit mit der Psychiatrie primär dort stattfinden, wo persönliche Kontakte etabliert sind und ein gewisses Vertrauen vorhanden ist.

2.2. Probleme

Die gesichtete Literatur, die bisherige Diskussion in der Planungsgruppe und die eigene Erhebung weisen auf folgende Problembereiche hin:

1. In der Hausarztpraxis werden psychische Störungen bei Patienten zwar recht häufig erkannt. Diese Patienten werden hingegen sehr selten spezialisierter Behand-

lung zugeführt. Die Gründe für diese geringe Zuweisungsquote sind vielfältig, diskutiert wurden u.a. folgende:

- Der Hausarzt traut sich die Behandlung der psychischen Störung selbst zu (das wird bei mangelnder Ausbildung oder dort, wo eine Indikation für eine spezialisierte Behandlung besteht, zum Problem)
 - der Hausarzt sieht für einige Patienten kein adäquates (ausreichende Spezialisierung, angepasste Rahmenbedingungen wie Hausbesuche, Frequenz, Zeitrahmen) psychiatrisches Angebot (bspw. bei alterspsychiatrischen Patienten)
 - der Patient will sich nicht in psychiatrische Behandlung begeben
 - der Hausarzt findet nicht innert nützlicher Frist einen Therapieplatz oder erreicht den Psychiater nicht. Wann und wie Psychotherapeuten erreichbar sind, ist vollkommen uneinheitlich.
 - der Hausarzt ist unsicher, ob und gegebenenfalls welche psychiatrische Behandlung indiziert ist und erhält hier zuwenig Unterstützung
 - das psychische Problem wird in der Hausarztpraxis nicht benannt und bleibt latent
 - der Hausarzt sieht keinen Nutzen in einer psychotherapeutischen Behandlung.
2. Die Kommunikation der Beteiligten ist verbesserungswürdig, insbesondere was Rückmeldungen sowie Form und Häufigkeit der Berichterstattung (gilt in der Praxis insbesondere auch bei stationären Ein- und Austritten) betrifft. Es fehlt zudem ein gemeinsames Verständnis über Methodik, Zweck, Verlauf und Nutzen psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsverfahren.
 3. Die Rahmenbedingungen von Zuweisungen (ersetzend, ergänzend, konsiliarisch) sind häufig nicht geklärt. Dies fördert Bedenken, bei Zuweisungen den Patienten zu „verlieren“.
 4. Hausärzte verfügen normalerweise nicht über psychiatrische Assistenz erfahrung und werden in ihrer Weiterbildung kaum psychologisch und kommunikativ geschult. Eine qualifizierte Behandlung psychisch Kranker oder patientenzentrierte Kommunikation bspw. hinsichtlich Überweisung an einen Psychotherapeuten kann deshalb nicht einfach vorausgesetzt werden.
 5. Den Hausärzten fehlt ein klarer psychiatrischer Ansprechpartner, der ihnen in komplexen Situationen und bei Triagierungsfragen hilft. Das führt eindrucksmässig zur Problematik, dass eher undifferenziert überwiesen wird – mit der möglichen Folge, dass der Patient weitere unnötige Zwischenschritte machen muss, bis er am richtigen Ort ist.

2.3. Zusammenfassung

Das Praxisklientel in der primärmedizinischen Versorgung bildet in der Grössenordnung die epidemiologischen Verhältnisse bei psychischen Störungen ab. Die hausärztliche Praxis stellt nach wie vor den zahlenmässig grössten Versorgungsbereich für psychisch kranke Menschen dar. Hausärzte erkennen psychische Störungen, es kommt aber (bei sicher grossen Unterschieden zwischen den einzelnen Praxen) relativ selten zu Zuweisungen an die ambulante Psychiatrie. Die Gründe dafür sind wie erwähnt unterschiedlich.

Es gibt keine generellen Indikationsrichtlinien, wann Patienten an die spezialisierte psychiatrische Versorgung überwiesen werden sollen – und nicht alle Patienten wollen überwiesen werden. In präziser Form wird es diese sinnvollerweise auch künftig nicht geben, dafür sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Hausärzten hinsichtlich Kenntnis, Eignung und Neigung, psychische Probleme selbst zu behandeln, zu gross. Dennoch wären hier grobe inhaltliche Richtlinien sowie eine Klärung des Kontakt- und Zuweisungsprocedures sinnvoll.

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung in psychiatrischer Diagnostik und Therapie sowie zu wichtigen psychosozialen Fragestellungen ist für die Wahrnehmung und den Umgang mit psychisch kranken Patienten von zentraler Bedeutung. Im Moment scheint Handlungsbedarf zu bestehen bei Weiter- und Fortbildung.

Dies gilt insbesondere für den Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation. Menschen mit psychischen Störungen benötigen noch mehr als andere Patienten eine gewisse Gesprächshaltung des Arztes sowie kommunikative Fertigkeiten, um über ihre Probleme sprechen zu können.

Es bestehen sowohl auf Psychotherapeuten- wie auch auf Hausarztseite Bedürfnisse nach punktuell intensivierter Zusammenarbeit. Persönliche Kontakte erleichtern die Zusammenarbeit. Vorschläge, die eine erhöhte Zuweisungsrate von Patienten mit psychischen Störungen an Psychotherapeuten zum Ziel haben, müssen diese Kleinräumigkeit etablierter persönlicher Kontakte abbilden.

Es bestehen von Seiten der Hausärzte Bedürfnisse nach schneller und aktueller Information über Möglichkeiten und Ausrichtung psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote.

Ein Hauptproblem bei der Formulierung von möglichen Massnahmen ist die Frage, wie den Vorschlägen eine gewisse Verbindlichkeit verliehen werden kann, respektive wie stark man den Erfolg von deren Attraktivität für die Niedergelassenen abhängig macht.

3. Gewichtung der evaluierten Probleme

Planungsbedarf besteht zusammengefasst in den folgenden 3 Bereichen:

1. Zuweisungen (Indikation, Triage, Ansprechpartner)
2. Hausarzt-Patient-Kommunikation
3. Weiter- und Fortbildung der Allgemeinmediziner

Eine inhaltliche Gewichtung ist schwierig. Hingegen ist der zeitliche Horizont möglicher Massnahmen in diesen 3 Bereichen unterschiedlich. Zeitlich am schnellsten umsetzbar und von direkter Bedeutung für die Behandlung sind Massnahmen im Bereich der konkreten Zusammenarbeit von Hausärzten mit psychiatrischen Diensten und Praxen sowie Massnahmen in der Fortbildung. Der Zeithorizont für die Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Weiterbildung ist weiter.

4. Übergeordnete Zielvorstellungen

- Hausärzte erkennen relevante psychische Störungen. Es gelingt ihnen, im Gespräch mit psychisch kranken Patienten ein Klima zu schaffen, in dem die psychischen Probleme bei Bedarf angesprochen werden können.
- Menschen mit psychischen Störungen erhalten hilfreiche Behandlungen. Dies kann in der hausärztlichen Praxis geschehen und ist dort auch oft sinnvoll untergebracht. Hausärzte sind in der Lage, frühzeitig abzuschätzen, ob eine eigene Behandlung nicht nur dem Wunsch des Patienten entspricht, sondern auch (je nachdem über längere Zeiträume) hilfreich und bei bestehender Praxisorganisation sinnvoll durchgeführt werden kann.
- Hausärzte arbeiten (nicht zuletzt in Anbetracht der Häufigkeit psychischer Erkrankungen) eng mit psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen und Diensten zusammen. Formen von Parallelbehandlungen verlaufen koordiniert.
- Hausärzte wissen, an wen sie sich bei differenzierten Fragen zur Indikation, zu Therapieformen und zu Spezialisten jederzeit wenden können (dort wo die Kenntnisse der persönlichen Kontakte nicht ausreichen).
- Psychotherapeuten sind für Hausärzte deutlich flexibler verfügbar und leichter–sowie transparenter erreichbar.

5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege

In der Arbeitsgruppe wurden 6 verschiedene Problembereiche voneinander abgegrenzt und konkretisiert:

5.1. Indikation zu spezialisierter Behandlung

Problem: Hausärzte sind unsicher, wann die Zuweisung an einen Psychiater und Psychologen indiziert ist.

Ziel: Es bestehen von den kantonalen Fachgesellschaften anerkannte inhaltliche Empfehlungen und Kriterien für die Indikation einer Zuweisung. Insbesondere sollte darin auch darauf hingewiesen werden, dass Hausärzte vor Beginn einer längerfristigen Psychopharmakomedikation einen Spezialisten zuziehen sollten.

Massnahmen: Die vorliegenden Überlegungen ⁵⁾ wurden in einer Arbeitsgruppe (zusammengesetzt aus Psychiater, Psychologen und Hausärzten) ausgearbeitet. Die Vorschläge sollen bei den von uns schon befragten Hausärzten (Qualitätszirkel) vernehmlassst und den Fachgesellschaften vorgelegt werden. Die Fachgesellschaften sollten die Empfehlungen gemeinsam beraten, redigieren und publizieren. Zeithorizont: Rasch.

(Neben-)Wirkungen: Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten wird intensiviert. Die Sensibilität für psychische (Mit-)Erkrankungen wächst, damit wächst auch der Anspruch an Psychotherapeuten gerade für die häufigen psychischen Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis (Gerontopsychiatrie, Schmerzstörungen, Alkohol) überzeugende Angebote in grösserem Umfang als bisher bereitzustellen. An die Art der Zusammenarbeit, insbesondere gegenseitige fachliche Beratung und Berichterstattung werden ebenfalls höhere Ansprüche gestellt (siehe weitere Punkte). Letztlich trägt die Vergrößerung der Zahl an Personen, die einmal in ihrem Leben in psychotherapeutischer Behandlung waren, dazu bei, dass sich die Einstellung der Bevölkerung gegenüber einer seelischen Hilfebedürftigkeit zunehmend entkrampft.

Aufwand: Es gibt keinen budgetierbaren finanziellen Aufwand. Die Zusatzkosten für eine vermehrte Nutzung von Psychotherapie wird mehr als wettgeschlagen durch eine Reduktion unnötiger somatischer Abklärungen und Therapieversuche und einer Reduktion von Arbeitsausfällen.

⁵⁾ Siehe Anhang 1

Zeithorizont: Die Vorschläge in den Fachgesellschaften zu diskutieren benötigt eine gewisse Zeit. Der Zeithorizont ist aber als kurz zu bezeichnen, man sollte sobald als möglich entsprechende Aktivitäten initiieren.

Machbarkeit: Mögliche Widerstände liegen vermutlich vor allem in der Trägheit der einzelnen Kollegen, sich an eine differenzierte Zuweisungsempfehlung zu gewöhnen und einer verfeinerten Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten zu öffnen. Auf Seiten der Psychotherapeuten stellt eine engere Zusammenarbeit mit somatischen Ärzten eine Mehrbelastung dar, die sie nicht unbedingt schätzen. Solange genug Arbeit für Psychotherapeuten ohne eine solcherart verfeinerte Zusammenarbeit vorhanden ist, wird es beträchtliche Motivationsarbeit brauchen, sich in eine vernetzte Versorgung einbinden zu lassen.

5.2. Kooperation

Problem: Die Berichterstattung (und generell die Kommunikation) nach erfolgter Überweisung ist mangelhaft. Die Überweisungsaufträge (Alleinbehandlung durch Psychiater, Parallelbehandlung, Konsilium, Beratung Hausarzt) sind oft unklar.

Ziel: Es besteht ein Modell einer verbindlichen, einfachen und einheitlichen Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Psychiater/Psychologen und Hausarzt, das die Feedback-Modalitäten nach Überweisung, den Auftrag an den psychiatrischen Spezialisten sowie die Aufgaben des Hausarztes klärt.

Massnahmen: Der vorliegende Entwurf ⁶⁾ einer möglichen Zusammenarbeitsvereinbarung wird in den kantonalen Fachgesellschaften im Grundsatz diskutiert, von ihnen inhaltlich ausgebaut und angepasst und für die Mitglieder empfohlen. Den Hausärzten werden von den Psychiatern und Psychologen funktionierende lokale Netze angeboten. Ein Vorschlag für ein gegenseitiges Zuweisungsblatt ist ausgearbeitet. ⁷⁾ Die Zuständigkeit für die Medikation muss fallweise abgesprochen werden.

(Neben-)Wirkungen: Der Vorteil einer standardisierten Zusammenarbeitsvorstellung, die auch ein normiertes Berichtverfahren enthält, führt zu einer Klärung und Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Damit verbessert sich die Behandlungsqualität für viele Patienten. Der Preis ist, dass eine gewisse Individualität auf Hausarzt und Psychotherapeutenseite aufgegeben wird. In den nächsten Jahren wird die

⁶⁾ siehe Anhang 2

⁷⁾ siehe Anhang 3

psychotherapeutische Versorgung auch nur bedingt fähig sein, die zusätzlichen Zuweisungszahlen zu verarbeiten. Mittelfristig wird es aber möglich sein, bei der zu erwartenden weiteren Zunahme der psychotherapeutischen Praxen die vorhandenen Behandlungsbedürfnisse auch vollumfänglich zu realisieren.

Aufwand: Für die öffentliche Hand entstehen keine finanzielle Kosten. Im übrigen wird auf die Überlegungen, die unter 5.1. gemacht wurden, verwiesen.

Zeithorizont: Analoges wie unter 5.1 gilt auch hier.

Machbarkeit: Auch hier gelten die gleichen Überlegungen, wie sie unter 5.1. abgehandelt wurden.

5.3. Erreichbarkeit Psychotherapeuten

Problem: Die Erreichbarkeit der Psychiater ist für Hausärzte ungenügend (kurze Zeiten, individuell sehr unterschiedlich, man muss zu lange telefonieren), obwohl Hausärzte die Hauptzuweiser darstellen.

Ziel: Psychiater und Psychologen sind für dringliche ärztliche Anfragen (Beratung, Überweisung) während der Therapiestunden telefonisch in markant höherem Ausmass (oder: grundsätzlich immer) direkt erreichbar.

Massnahmen: PsychiaterInnen und PsychologInnen haben bspw. eine zweite Linie für ärztliche und psychologische Kollegen⁸⁾ (in Praxis, EPD, KPK). Der Standardvorschlag wird von der Fachgruppe empfohlen. Zudem gibt die Fachgruppe eine Liste aller Psychiater und Psychologen heraus. Die Fachverbände sorgen für die Publikation und die kontinuierliche Aktualisierung dieses Verzeichnisses.

Sonstiges: Auch hier gelten die gleichen Überlegungen, wie sie unter 5.1 beschrieben sind.

⁸⁾ insbesondere für die Kollegen, mit denen eine spezielle Zusammenarbeitsvereinbarung gemacht wurde

5.4. Kommunikation zwischen Arzt und Patient

- Problem:** Hausärzte sprechen mit dem Patienten nicht über die psychischen Probleme, bspw. aus Angst, das Zeitbudget kollabiere (Problem: Kommunikation). Das psychische Problem bleibt so latent.
- Ziele:** Hausärzte kennen das relevante Grundlagenwissen über zweckmässige Kommunikation in der hausärztlichen Praxis (für Patienten mit psychischen Störungen) und sind darin geschult, zuzuhören und psychische/psychosoziale Probleme auszuhalten. Sie wissen auch, wie sie dem Patienten die psychische Teilkomponente seines Leidens so verständlich machen können, dass sich dieser nicht zurückgewiesen fühlt.
- Massnahmen:** Sämtliche Assistenten erhalten während der Weiterbildung in kantonalen Institutionen die Gelegenheit zu einer spezifischen (von den Fachgesellschaften empfohlenen) Kommunikationsschulung⁹ während der Arbeitszeit. Dabei sollen nicht nur isolierte Fertigkeiten trainiert, sondern auch Fragen der Grundhaltung besprochen werden.
- (Neben-)Wirkungen:** Die Thematik ist im Bericht der Arbeitsgruppe ‚Spital‘ ausführlich abgehandelt. Die Schaffung eines spitalpsychiatrischen Dienstes ist für die Installierung einer Kommunikationsschulung von Assistentenärzten eine unabdingbare Voraussetzung.
- Aufwand:** Die Arbeitsgruppe ‚Spital‘ rechnet mit jährlichen Kosten für die beiden Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz von 1.5 Mio Franken. Der spitalpsychiatrische Dienst erfüllt aber noch sehr viele andere Aufgaben, als diejenigen der Schulung, Fallbesprechung und individuellen Unterstützung.
- Zeithorizont:** Mit der Umsetzung sollte umgehend begonnen werden. Dazu ist aber ein entsprechender regierungsrätlicher Auftrag notwendig, da in das Spital eine neue Disziplin eingeführt wird (wie sich dies übrigens im Kantonsspital Basel seit über 20 Jahren schon bestens bewährt hat).
- Machbarkeit:** Die Massnahme gliedert sich in die Vielzahl anderer Massnahmen, die in den letzten 20 Jahren ergriffen wurden, um die Kommunikationsfähigkeit in den Gesundheitsberufen zu verbessern. Heute er-

⁹ Ist Teil des Pflichtenheftes des neu zu schaffenden spitalpsychiatrischen Dienstes. Eine Konzeptvorstellung dazu findet sich im Anhang 4

scheint die Umsetzungsfähigkeit daher besonders günstig zu sein, als dass heute die Leiter der Medizinischen Kliniken solche Unterstützungen fordern und eine psychiatrische Präsenz im Spital begrüssen. Auch der Wunsch nach einer gezielten Kommunikationsschulung der somatischen Assistenten ist heute breit vorhanden. Somit muss nur noch der politische Wille aufgebracht werden, um das Ziel zu erreichen.

5.5. Nutzen spezialisierter Behandlung

Problem: Hausärzte wissen zuwenig, was spezialisierte psychiatrische Diagnostik und Behandlung zusätzlich ausrichten kann.

Ziele: Hausärzte sind über die zentralen Erkenntnisse der Grenzen, des Nutzens, der Bedingungen psychiatrischer Diagnostik und Behandlung sowie über die hauptsächlichsten Wirkfaktoren psychotherapeutischer Behandlung und Langzeitbetreuung informiert. Sie haben für eigene Interventionen genügend Grundlagen, verfügen über ein Netzwerk für die fachliche Rückversicherung und kennen die Indikationen für eine Zuweisung an den Spezialisten.

Massnahmen: KPD, Psychologen- und Psychiaterverbände erstellen (und finanzieren) ein attraktives Fortbildungsmodul, mit dem Psychologen Schulungen ¹⁰⁾ anbieten können.
Das zu schaffende psychiatrische Spitalteam engagiert sich in der Weiterbildung von Assistenten.
Die EPD bauen ihre Fortbildungsbemühungen zu einer Fortbildungszentrale aus und bieten u.a. Grundlagetermine für Interventionsmöglichkeiten in der Hausarztpraxis bei verschiedenartigen Problemkonstellationen an.

(Neben-)Wirkungen: Ein möglichst differenziertes Fortbildungsangebot ist immer sehr anstrengend. Die Ausarbeitung und Durchführung ist mit einem sehr hohen Aufwand verbunden. Die Gefahr einer mangelhaften Nachfrage ist gross und schreckt potentielle Anbieter ab. Trotzdem muss stets erneut die Initiative ergriffen werden.

Aufwand: Gross, aber in einem finanziellen Budget von uns schwer zu fassen. Ist wohl kaum gegenüber der öffentlichen Hand zu beziffern.

Zeithorizont: Fortwährend

Machbarkeit: Problemlos. Eigene Motivation und Priorisierung ist Voraussetzung.

¹⁰⁾) gemeinsame Veranstaltungen, aber auch solche in der hausärztlichen Praxis

6. Kontroversen

In der Arbeitsgruppe wurde teilweise kontrovers diskutiert, welches die hauptsächlichsten Weiterbildungsziele für den angehenden Hausarzt im psychiatrischen Feld seien. Geht es in erster Linie darum, somatische Ärzte zu schulen im Hinblick auf psychiatrische Diagnostik (also psychische Störungen zu erkennen) und auf Zuweisungsfähigkeiten (mit aufkeimenden Widerständen umgehen zu können, Patienten für eine Parallelbehandlung, ein Konsilium oder eine Zuweisung zu gewinnen)? Oder sollen die Bestrebungen vermehrt auch dahin gehen, dass Hausärzte psychische Kranke, wo indiziert, auch selbst verbessert psychiatrisch behandeln können? Die Rolle des Hausarztes wird unterschiedlich interpretiert. Nicht zuletzt wegen deren Heterogenität, die unterschiedliche Interpretationen innerhalb eines gewissen (Kriterien-)Rahmens auch zulassen soll.

Ebenfalls kontrovers wurde der Sinn von Listen der Psychotherapeuten, aus denen deren Behandlungsmethodik, -schwerpunkte und -kompetenzen ersichtlich werden, diskutiert. Die einen gaben zu bedenken, dass mit der Problem-Indikation-Methodenwahl eine Scheinobjektivität eingeführt werde, die so nicht von besonderer Relevanz sei und dass Psychotherapie in erster Linie etwas mit Beziehung und Wissen und erst in zweiter Linie mit der einen oder anderen Methode zu tun habe. Insbesondere sei für den Patienten und für den Hausarzt hier kaum eine effektive Orientierung zu gewinnen.

Von Hausarztseite wird dies anders beurteilt: Sie wünschen mehr Transparenz darüber, wer was speziell kann. Sie möchten darüber informiert werden, wo sie einen Patienten mit einer speziellen psychischen Störung sinnvollerweise zuweisen können.

Es handelt sich auf den zweiten Blick um eine tiefgreifende und wichtige Kontroverse. Diese Kontroverse wird auch innerhalb der Psychiatrie geführt und es ist wichtig, dass man nicht in ein entweder-oder hineingerät. Es gibt keinen Grund, die Bedürfnisse der Hausärzte abzutun und es ist auch nicht so, dass es keine Schwerpunkte, unterschiedliche Kompetenzen und auch verschiedene für unterschiedliche Situationen zweckmässige Methoden gibt. Auf der anderen Seite spielt die Beziehung, spielen Erfahrung und die therapeutische Haltung eine zentrale Rolle in therapeutischen Prozessen, die über einzelne Spezialmethoden wirksam sind. Diese sind aber nur schwer in einer Liste darstellbar (eine einfühlsame hilfreiche Haltung ist auch eine sehr spezialisierte Fähigkeit). Auch wenn die Wünsche von somatischen Ärzten vielleicht nicht 1:1 erfüllt werden können und sollen (manchmal ist ein Gespräch mit einem psychotherapeutischen Kollegen sinnvoller als eine Liste, weil dieser bei unklarer Indikation dem Arzt helfen kann, überhaupt zu klären, welches Angebot sinnvoll ist), sind die Wünsche prüfenswert. Die Psychiatrie und insbesondere die niedergelassenen Psychotherapeuten sollten sich dieser Herausforderung nicht verschliessen.

7. Zusammenfassende Bewertung der Lösungsskizzen

Anhang 1: Zuweisungsempfehlungen

Die vorgeschlagenen Zuweisungsrichtlinien sind die folgenden:

- Der Hausarzt ist sich bewusst, dass eine psychiatrisch / psychotherapeutische Intervention eine zeitliche Struktur aufweisen muss mit regelmässigem Terminrhythmus, einer ungestörten Gesprächsatmosphäre, minimaler Intensität, allenfalls Einbezug von Partnern / Familienmitgliedern. Eigene Intervention ist also nicht nur eine Frage der eigenen Qualifikation, sondern auch eine Frage der Praxisstruktur.
- Es kann zwischen Konsilium, Parallelbehandlung und Zuweisung zur Psychotherapie oder psychiatrischer Behandlung unterschieden werden.
- Es ist für eine gute Zusammenarbeit von grossem Nutzen, wenn der Hausarzt festlegt, was er primär vom Psychiater will. Rät ihm der Psychiater zu einem anderen Setting, so soll das besprochen werden.

Zuweisungen zum Konsilium:

- Vor dem Entschluss zu einer längeren Psychopharmaka-Medikation
- Bei rezidivierenden seelischen Problemen
- Bei deutlichen Überlagerungen seelischer und somatischer Aspekte (symbolische Handlung)

Zuweisung zur Parallelbehandlung:

- Bei somatoformen Störungen, die zur Chronifizierung neigen, dann möglichst in einem frühen Stadium
- Bei psychosozialen Belastungssituationen von gewisser Dauer und Intensität, die sich u.a. in gesteigerten Konsultationen niederschlagen

Zuweisung zur Psychotherapie / psychiatrischen Behandlung:

- Bei entsprechendem Wunsch des Patienten
- Bei seelischen Problemen und einer guten Motivationslage des Patienten
- Aufgrund Konsiliumsrat

Sonderfall Sucht:

- Parallelbehandlung mit der Suchtberatung ist Standard. Das Erstgespräch findet in der Arztpraxis statt, daraufhin finden regelmässige gemeinsame Sitzungen in der Hausarzt-Praxis je nach Fortgang der Parallelbehandlung statt.

Anhang 2: Beispiel einer Zusammenarbeitsvereinbarung

Voraussetzungen

Ein Hausarzt sollte mit mindestens 5 maximal 10 Psychiatern und Psychologen in Praxis eine analoge Zusammenarbeitsvereinbarung haben

Damit sich die einzelnen Beteiligten nicht auf ganz verschiedene Kommunikationswege und -erwartungen einstellen müssen (Pannen vermeiden), soll möglichst eine einheitliche Form praktiziert werden.

Gegenstand der Vereinbarung

Vereinbart werden Zuweisungswege und die verschiedenen Formen der Rückmeldungen von Terminanfragen, Konsiliumsberichte, Behandlungsrückmeldungen

Zuweisungswege

Alle Terminanfragen erfolgen schriftlich per Fax. Dazu wird ein einheitliches Zuweisungsblatt benutzt, auf dem die Krankengeschichte in kurzen Zügen dargestellt wird und Fragestellung und erbetene Leistung (Konsilium, Behandlung) sowie der Zeitraum, in der die Leistung erbracht werden sollte, enthalten ist. Die Anfrage geht gleichzeitig an 5-10 PsychiaterInnen / PsychologInnen.

Rückmeldungen Termin (in beiden Richtungen)

Alle angefaxten KollegInnen sind verpflichtet, innerhalb 24 Stunden ¹¹⁾ per fax zu antworten, ob ein Termin offeriert werden kann und falls ja, wann. Sind mehrere möglich, kann das ebenfalls mitgeteilt werden. Fällt die Rückmeldung wegen Ferien oder Krankheit aus, wird darum gebeten, den Grund des Ausfalls nach der Rückkehr per Fax mitzuteilen (Vertauensbildung)

Der HA ist verpflichtet, den termingebenden KollegInnen innert 48 Stunden zu antworten, ob der Termin berücksichtigt wird oder nicht, je rascher, desto besser. Damit ist das Zuweisungsprocedere Abgeschlossen.

Rückmeldung nach erstem Termin

PsychiaterInnen / PsychologInnen verpflichten sich, dem Hausarzt nach der ersten Konsultation kurz zu berichten. Dieser Bericht kann von ganz kurzen Sätzen bis zu einem mittelgradig ausführlichen Bericht ausfallen.

Weitere Rückmeldungen

Die Hausärzte wünschen, regelmässig über den Verlauf einer psychiatrischen Betreuung oder Psychotherapie informiert zu werden. Wir empfehlen, die nach einer hausärztlichen Zuweisung nach ein bis zwei Monaten ein weiteres Mal in angemessener Form zu tun und alle weiteren Rückmeldungen von der Art der Problematik, dem Patientenwunsch und insbesondere der Übertragungssituation der Therapie abhängig zu machen. Offizielle Papiere wie Klinikeinweisungen, Krankenzeugnisse, IV-Berichte sollten dem Hausarzt in Kopie zugänglich gemacht werden. Auch hier braucht es vorgängig der Absprache mit dem Patienten.

¹¹⁾) Für akute Notfälle müssen die Fristen verkürzt eingefordert werden.

Anhang 3: Zuweisungsblatt ambulante Psychiatrie

Patienteninitialen

Geburtsdatum

Stempel HA

Aktuelles Problem:

Kurze Anamnese und sonstige wichtige Hinweise, Verfügbarkeit des Pat.:

Bisherige Therapie / Medikation:

Fragestellung:

Konsilium Behandlungszuweisung
Voraussichtliche Parallelbehandlung

Termin innerhalbTagen

Antwort auf die Anfrage: (so rasch wie möglich, spätestens innert 48 Stunden)

Habe keinen Termin in gewünschter Frist

Pat. kann amzu mir kommen. Alternativen sind:

Stempel Psy.

Rückantwort Hausarzt: (so rasch wie möglich, spätestens innert 48 Stunden)

Termin o.k.

hat sich erledigt, danke

Erste Rückmeldung: (am Tag der ersten Konsultation)

Pat. ist amzum Gespräch gekommen

Konsiliarbericht folgt

Meine erste Beurteilung ist:

Getroffene Vereinbarung / Medikation mit dem Pat.

besten Dank für die Zuweisung

Zweite Rückmeldung bei einer eingeleiteten Behandlung (nach einem bis zwei Monaten)

Sie sollte im Umfang von ½ bis 1 A4-Seite sein und auf die vermuteten Interessen des Hausarztes abgestimmt sein. Der Patient soll damit einverstanden sein. Inhalt: genauere Beurteilung mit Darstellung von Belastungsfaktoren und Hintergründen, geplantes Vorgehen, ggf. Medikation, Frage nach einer Rollenteilung?

Sehr geehrte Hausärztinnen und Hausärzte ¹²⁾

Beiliegend wird Ihnen ein Vorschlag zur Vereinfachung von Zuweisungen zu den psychiatrischen und psychotherapeutischen Spezialisten vorgelegt.

Hiermit möchten wir Sie auf die **Zuweisungsmöglichkeiten an die psychologischen Psychotherapeuten** hinweisen:

KAPAZITÄTEN

- Diese Berufsgruppe mit einer kantonalen Praxisbewilligung hat noch Kapazitäten an qualifizierten Versorgungsangeboten.

BEFÄHIGUNG

- In den meisten Fällen kommt eine Zuweisung genauso in Frage wie an eine psychiatrische Praxis. Ausser bei schweren psychotischen Erkrankungen bestehen keine Unterschiede in der Befähigung zur Therapie.

BEZAHLUNG

- Bei psychologischen PsychotherapeutInnen, die in Delegation arbeiten, ist die Bezahlung geregelt. Aber auch die selbständig arbeitenden können die Bezahlung im Gespräch mit den PatientInnen regeln.

MEDIKATION

- Ist eine parallele Behandlung mit Psychopharmaka indiziert, ist diese in der Zusammenarbeit mit Ihnen als Hausarzt oder mit einem Psychiater durchzuführen.

KOMMUNIKATION

- Überhaupt sind die psychologischen Psychotherapeuten an einer gegenseitigen Kommunikation mit Ihnen interessiert, wie sie im beiliegenden Zuweisungsblatt enthalten ist.

VERZEICHNIS

- Damit Sie auch an befähigte psychologische PsychotherapeutInnen in der Umgebung Ihrer PatientInnen zuweisen können, legen wir Ihnen ein Verzeichnis bei.
- Eine gemeinsame Liste aller PsychotherapeutInnen (psychiatrische und psychologische) wird angestrebt. Eventuell wird sie auf dem Internet abrufbar sein.

THERAPIEPLATZVERMITTLUNG

- Unter der Telefonnummer: 061 / 271 69 08 besteht eine kostenlose Therapieplatzvermittlung.

Im Namen der Arbeitsgruppe „Hausärzte“ der Planungsgruppe „Allgemeinpsychiatrie“ in der Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Baselland: Karl Bruder, lic. phil. I.

¹²⁾) Begleitschreiben zum Zuweisungsblatt

Anhang 4: Konzeptidee Kommunikationskurs für Assistenten im somatischen Spital