

Die Besonderheiten und Kompetenzen des APPM-Titelträgers



La version française de cet article a été publiée dans le numéro 23 de «PrimaryCare».

Daniel Widmer¹

Die Jahresversammlung der Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) fand dieses Jahr am Donnerstag, 23. März 2006 in Morges VD statt. Am Morgen wurde die Delegierten-Versammlung abgehalten; der Nachmittag war einem gemeinsamen Treffen mit den APPM-Titelträgern der Region gewidmet. Als Experten zum Tagungsthema «Die Besonderheiten und Kompetenzen des APPM-Titelträgers» wurden Professor J.-N. Despland (Direktor des Instituts Universitaire de Psychothérapie, Lausanne) und Frau Dr. Danièle Lefebvre, Versoix (Allgemeinärztin und Präsidentin des Weiterbildungsinstituts der Romandie für psychosomatische und psychosoziale Medizin) eingeladen. Die Moderation wurde von der Professorin Frau Anne Françoise Allaz (HUG, Genf) wahrgenommen.

Drei unterschiedliche Titelträger

Bei der Definition der Identität des Titelträgers kann der Einbezug im Tarifwerk nicht unbeachtet bleiben. In einer Zeit, in der Santésuisse jede Schnitt-Abweichung minutiös verfolgt, werden Rückforderungen gehäuft bei den Psychosomatikern angedroht. Inzwischen scheinen die Verhandlungen auf gutem Weg, wenn wir die Rechnungen unserer Patienten in drei Patientenkategorien unterteilen: jene, die konventionell allgemeinmedizinisch betreut werden, jene, mit welchen wir praktisch ausschliesslich psychotherapeutisch arbeiten, und schliesslich das Kollektiv, wo wir integriert psychosomatisch vorgehen.

1 Übersetzung: Pierre Loeb

Die Psychotherapie in der Medizin – eine lange Schweizer Tradition

In seinem Referat führte Professor Despland aus, dass Oscar Forel bereits im Jahre 1948 die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Psychotherapie geschaffen und sich damit gegen die Sicht C. G. Jungs gestellt hat, der der Meinung war, dass sich Psychotherapie nicht mit der medizinischen Arbeit vereinbaren lasse. Ende der fünfziger Jahre führte P. B. Schneider die psychotherapeutische Ausbildung der Psychiater ein. Während die medizinische Psychologie sich in den Fakultäten entwickelte, begann man gleichzeitig die ambulante Psychotherapie in den Polikliniken anzuwenden. Der FMH-Doppeltitel «Psychiatrie und Psychotherapie» wurde erst 1961 in der Schweiz eingeführt. Zum Vergleich: In Frankreich musste man die Gesetzesänderung von Accoyer abwarten (24. September 2003), bis die Psychotherapie als eine eigenständige, Fachleuten reservierte Behandlungsmethode anerkannt wurde.

Wozu soll der APPM-Titelträger «Psychotherapie» beanspruchen?

Die medizinische Psychotherapie und die medizinische Psychologie basieren auf psychopathologischen Modellen, die sowohl ein Verständnis der Krankengeschichte als auch der Beziehung zwischen Therapeut und Patient erlauben. Über einen Krankheitsfall oder die Arzt-Patient-Beziehung nachzudenken, ist nicht der Psychotherapie vorbehalten, unterstreicht Professor Despland und hinterfragt, weshalb die APPM die Psychotherapie für sich beansprucht. Birgt dies nicht ein politisches Risiko?

Was macht eine Psychotherapie zu einer Psychotherapie?

Es ist einfacher, den Psychotherapeuten als die Psychotherapie selbst zu definieren. Der Psychotherapeut übt seine Tätigkeit professionell aus. Dazu wählt er eine angemessene Methode, die einer anerkannten psychologischen Schule entspringt. Mit seinem Patienten, der an umschriebenen Beschwerden leidet und sich für die Behandlung entschieden hat, schliesst er einen so genannten Therapievertrag ab.

Ist die Psychotherapie wirksam?

Forschungsarbeiten dazu gibt es aus den 70er Jahren, und die erste Meta-Analyse stammt von 1979. Aus diesen Studien kann die absolute Wirksamkeit der Psychotherapien (Vergleichsgruppe Patienten von der Warteliste) mit dem NNT (number needed to be treated) nachgewiesen werden. Für die Depressionsbehandlung beträgt der NNT-Wert 5, während für die Vorbeugung von Magenblutungen z.B. bei geeigneter Behandlung ein NNT-Wert von 25 gefunden wird. Hingegen lässt sich kein Unterschied für die Art der Psychotherapie ausmachen. Es gibt auch keine direkte Verbindung zwischen der Technik und dem Ergebnis. Aber dann ...

Was beeinflusst das Ergebnis in einer Psychotherapie?

Hauptsächlich sind es unspezifische Faktoren wie die Plazebowirkung (4%), die therapeutische Beziehung (6%) und die persönlichen Qualitäten des Psychotherapeuten (9%), welche die Varianz erklären.

Sind die Hausärzte wirksam, wenn sie Psychotherapien durchführen?

Professor Despland zitiert dazu zwei Studien [1, 2]. Die Studie von Ward [1] vergleicht die Behandlung depressiver Patienten durch den praktischen Arzt mit Psychotherapeuten, die kognitiv-verhaltenstherapeutisch vorgehen. Die Therapie durch den Psychotherapeuten scheint kurzfristig zwar wirksamer, aber bereits nach einem Jahr lässt sich kein Unterschied mehr nachweisen. Auch wenn man den Patienten seine Behandlung selbst auswählen lässt, bringt dies keine Besserung. Eine Studie von King [2] untersuchte, in wie weit sich eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzfortbildung von vier Halbtagen bei Hausärzten auf das Outcome auswirkt. Diese Studie zeigte nach 6 Monaten keinen Vorteil für Patienten, die von so instruierten Hausärzten betreut wurden.

Was lässt sich aus diesen Studien folgern? Dass es nichts bringt, Allgemeinärzte auf diese Weise auszubilden, oder dass eine lange Weiterbildung in Psychotherapie notwendig ist?

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung hat einen wichtigen prädiktiven Wert für den Erfolg einer Behandlung, egal ob diese (haus-)ärztlich oder psychotherapeutisch bedingt ist. Die therapeutische Beziehung definiert sich durch folgende drei Dimensionen:

- die affektive Verbindung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten;
- die Klärung des Auftrags und des Therapieziels;
- die Übereinkunft über die Vorgehensweise.

Die Kompetenz allein beeinflusst das Ergebnis nicht, aber es scheint, dass eine therapeutische Beziehung ohne entsprechende Kompetenz nicht möglich ist. Der Arzt baut seinerseits eine Beziehung auf,

indem er stets die Abwehr seines Patienten und dessen intrapsychischen Konflikt berücksichtigt. Die therapeutische Beziehung folgt zweifellos der Tradition der medizinischen Psychologie und wird heute unter dem Begriff *Fertigkeiten* (Skills) gelehrt. Es bedarf einer funktionierenden therapeutischen Beziehung, damit beim Patienten Überzeugungen, Anregungen oder Übertragungen bearbeitet werden und greifen können.

Um die Debatte über die Psychotherapie des Praktikers voranzutreiben, schlägt Frau Dr. Danièle Lefebvre vor, die spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten näher zu betrachten, die es auch dem Grundversorger ermöglichen, im Sinne psychotherapeutischer Interventionen vorzugehen.

Der patientenzentrierte Zugang

Das patientenzentrierte Konzept ist eine der grundlegenden Kompetenzen des Haus- und Familienarztes. Die Vortragende hob diese Dimension nochmals hervor:

- die Krankheit/Beschwerde als gelebte Erfahrung des Patienten verstehen;
- die Person in ihrer Ganzheit erfassen;
- die Schaffung einer gemeinsamen Wirklichkeit;
- der Einbezug von Prävention und Gesundheitsförderung;
- die Stärkung der Arzt-Patient-Beziehung;
- die Förderung des Realitätsbewusstseins anhand von Zeit, Ressourcen und Kosten [3].

Das aktive Zuhören ist wohl das Schlüsselwort im Konzept der patientenzentrierten Betreuung und ermöglicht erst den Aufbau einer nachhaltigen Vertrauensbeziehung sowie ein besseres Kennen und Verstehen der Person, ihres Bezugnetzes, ihrer Anpassungsfähigkeit ihrer Ressourcen und Kompetenzen. Sie erinnert uns auch an die Balintarbeit, wo man lernt, «mit dem dritten Ohr zu hören, mit dem dritten Auge zu sehen».

Wie lässt sich das psychotherapeutische Vorgehen des Grundversorgers beschreiben?

Dies ist die Frage, die D. Lefebvre sich stellt. Und ausserdem: Wie unterscheidet sich ein Grundversorger von einem Grundversorger mit APPM-Fähigkeitsausweis? Wählen sie andere Patienten aus? Verfügen sie über weitere Fertigkeiten, empathische Fähigkeiten oder andere Kompetenzen? Oder ist es die Supervision, die den Unterschied ausmacht, indem die Arzt-Patient-Beziehung vertieft reflektiert wird?

Die Praxis des Hausarztes, ein armes Land?

Die Psychotherapie, wie sie in den reichen Ländern praktiziert wird, lässt sich nicht auf arme Länder übertragen. Auch bei uns profitieren nicht alle Patienten gleichermaßen von einer Psychotherapie. Die WHO hat im übrigen keinen Konsens über die Definition der Psychotherapie [4]. B. Saraceno (Direktor Mental Health WHO) sagte kürzlich, dass man von Ärzten eigentlich eine psychotherapeutische Haltung sowohl im Bereich der mentalen Gesundheit, als auch im gesamten praktischen medizinischen Alltag erwarten könne. Die universellen Kernforderungen dieser Einstellung liegen in der menschlichen Begegnung, dem Zuhören, der gewährten Zeit sowie einer empathischen Unterstützung.

Was tut der Hausarzt

Aufgrund klinischer Beispiele benennt Danièle Lefebvre sieben Ebenen des psychotherapeutischen Vorgehens des Allgemein- oder Familienarztes:

1. Die Basis besteht in der menschlichen Begegnung, dem Zuhören, der gewährten Zeit sowie der empathischen Unterstützung.
2. Beherrschung der Kommunikationstechniken (communication skills) gehört zur elementaren Ausbildung des Grundversorgers (warten, wiederho-

- len, spiegeln, zusammenfassen und empathisch sein) ...
3. Die Kenntnis der Phasen im Kreis der Verhaltensänderung (States of Change nach Prochaska / diClemente) erlaubt, zu verstehen, wo sich der Patient zwischen Veränderungswunsch und Motivation gerade befindet.
 4. Der Arzt wählt, wie er seinem Patienten hilft, seine Ressourcen nutzen zu lernen (stützende Therapie).
 5. Der Arzt kann eine psychotherapeutische Technik im engeren Sinn anwenden, die jedoch Ausbildung und Selbsterfahrung voraussetzt (kognitive Verhaltenstherapie, Körpertherapie, Psychoanalyse, Systemische Therapie).
 6. Der Arzt kann sich einer Supervision unterziehen.
 7. Und schliesslich muss sich der Arzt seiner Grenzen bewusst sein und mit Psychiatern zusammenarbeiten, denen er Patienten zuweist.

Es folgte eine sehr lebhafte und ausführliche Diskussion, die durch Frau Prof. A.-F. Allaz geschickt geleitet wurde und aus der ich versuchen werde, einige Schlussfolgerungen zu ziehen.

Fazit: Der Titelträger macht «psychosomatische Therapie»

Wie soll der Grundversorger für die psychosomatische Arbeit ausgebildet werden? Die Punkte 1 bis 4 von Danièle Lefebvre bilden die Schlüsselemente

einer hausärztlichen psychotherapeutischen Beratung. Professor Despland hat uns daran erinnert, dass eine kurze Fortbildung in psychotherapeutischen Techniken sich nicht bewährt hatte. Wenn man also zu Punkt 5 und 6 von Danièle Lefebvre übergeht, verlangt dies eine zusätzliche Kompetenz, die über die Grundausbildung des Allgemeinarztes hinausgeht. Es gibt gewiss Kollegen, die bereit sind, eine solche Ausbildung zu absolvieren. Hier gelangt man zum Problem der persönlichen Identität und Kompetenz des einzelnen Titelträgers und der Anerkennung durch den Versicherer. Wie Professor Despland bemerkte, hat die Tabelle von Danièle Lefebvre den Fehler, dass eine Hierarchie an Psychotherapiekompetenz eingeführt wird. In seinen Augen würde man jedes Problem vermeiden, indem man den Psychotherapiebegriff weglassen würde und indem wir nur von *psychosomatischer* Behandlung sprechen würden. Demgegenüber fordern jene, die eine eigentliche Psychotherapieausbildung absolviert haben, eine entsprechende Anerkennung. Sind sie mehr (psycho)therapeutisch tätig? Mit Recht verlangen auch die Grundversorger, dass ihnen ihre Betreuung und Konsultationsdauer nicht begrenzt werde, auch wenn sie über keinen speziellen Fähigkeitsausweis verfügen. Die APPM muss somit die *Psychosomatische Therapie* sowohl der Titelträger als auch psychosomatisch arbeitender Kollegen ohne Fähigkeitsausweis vertreten. Wie aber aus diesem Double bind herausfinden? Gibt es eine

andere Lösung, als psychosomatischen Leistungen eigene Tarifpositionen zuzuweisen, die den APPM-Titelträgern vorbehalten sind? Jedenfalls kann die Lösung nicht darin liegen, den Grundversorgern ohne Fähigkeitsausweis eine Zeitbeschränkung aufzuzwingen.

Literatur

- 1 Ward E, King M. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321:1383-8.
- 2 King M, Davidson O. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:947-53.
- 3 Stewart MA. Patient-centred medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
- 4 http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- 5 Pour les documents de cette journée sur le site de l'AMPP: <http://www.appm.ch/afri.php?go=archiv>

Dr. Daniel Widmer
2 av. Juste-Olivier
1006 Lausanne
widmer@primary-care.ch