

## Kontinuität in der ambulanten Behandlung

Norbert Mönter

Der Einladung zu einem Impulsreferat zur Beziehungskontinuität in der ambulanten Behandlung bin ich mit der Erfahrung einer über 30jährigen Tätigkeit als niedergelassener Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut sehr gerne gefolgt.

Manches / vieles ist ja langzeitigen zwischenmenschlichen Beziehungen der unterschiedlichsten Art gemeinsam. Insbesondere haben natürlich therapeutisch definierte Beziehungen eine Interaktionsdynamik und auch eine Anforderung an die eigene therapeutische Grundhaltung, die über viele verschiedene berufliche Bereiche hin deckungsgleich sind. Neben dem Allgemeinen gibt es aber auch das Spezielle und ich werde die Aspekte der ärztlich-psychiatrischen Behandlung herauszustellen versuchen und dabei auch auf den grundlegenden Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Psychiatrie kurz eingehen.

Das Wichtigste zuerst:

*Die Menschen sind sehr unterschiedlich; das gilt allemal auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen.*

Diese Erkenntnis gehört in der Psychiatrie natürlich zum Standardwissen ... mittlerweile, denn ich kann mich sehr wohl erinnern an die gängigen, nivellierenden wie stigmatisierenden Kategorisierungen wie Epileptiker oder Psychopath. Und auch heute wird beispielsweise bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen noch immer viel zu selbstverständlich von dem oder der Schizophrenen gesprochen. Dabei gibt es weder *die* Schizophrenie wie schon E. Bleuler wusste und schon gar nicht gibt es *den* Schizophrenen ... wie es ja auch nicht *den* Russen, *den* Juden und *den* Araber gibt.

*Also nochmals: Menschen mit psychischen Erkrankungen, Störungen sind sehr unterschiedlich.*

Viele von ihnen, nicht alle suchen Hilfe bei einem Psychiater. Viele, nicht alle finden dort Hilfe.

Einigen geht es besser ohne Psychiater. Auch das sollte man nicht vergessen.

Ich spreche nachfolgend über die Patienten, die mit dem Angebot eines Nervenarztes/Psychiaters irgendwie etwas anfangen können und das sind ja nicht wenige: In Berlin sind es geschätzte gut 100 000 Menschen, die pro Quartal von einem Nervenarzt/Psychiater behandelt werden ... so viel wie bei keiner anderen Berufsgruppe und in keiner anderen Institutionsform bzw. mehr als bei allen anderen Psycho-Berufsgruppen zusammen. Diese quantitative Versorgungsdimension sollte bei allen Strukturüberlegungen gerade im sozial- bzw. gemeindepsychiatrischen Kontext nicht vergessen werden.

Einige Patienten möchten am liebsten zwei Mal pro Woche zum Psychiater kommen, andere allenfalls zwei Mal im Jahr oder eben nur dann, wenn es Ihnen nicht gut geht und sie spezielle Hilfe benötigen.

Wie oft und wie lange, über welchen Zeitraum jemand zu einem Facharzt für

Psychiatrie geht, hängt von vielen Faktoren ab, sicher nicht nur von seiner Diagnose. Es hängt ab von seinem familiär-sozialen Kontext, von seinen persönlichen Stilen insbesondere seinen Problemlösungsstilen und natürlich vom Vorhandensein anderer Hilfe-Angebote. Selbstverständlich hängen die Frequenz und auch die Kontinuität der Behandlung von dem Psychiater ab und manchmal vor allem von seiner Sprechstundenhilfe. Nicht nur psychiatrische Patienten, auch Psychiater sind sehr unterschiedlich und manchmal auch sehr speziell. Und wir wissen, dass jede Praxis, jeder Psychiater ein eigenes Patientenprofil hat. Leider hat die freie Arztwahl durch die oft kapazitätsbedingten Aufnahmebeschränkungen der Praxen nicht mehr den Stellenwert, der ihr zustehen sollte; dies gilt vor allem für strukturschwache, bevölkerungsarme Regionen.

Der Vorteil, der aus einer Beziehung zum *selbstgewähltem* Psychiater erwächst, kann allerdings nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es geht hier um die Passung oder auch Affinität hinsichtlich bestimmter Merkmale wie Verlässlichkeit, Korrektheit, Pünktlichkeit, persönlicher Stil bis hin zur Kleidung, nicht zuletzt Freundlichkeit oder auch Humor. So habe ich erlebt, dass Patienten schwer überbrückbare Antipathien zu sogenannten Pullover-Psychiatern pflegten. Und der sogenannte mündige, aufgeklärte Patient wird einen anderen Psychiater (Typus) präferieren als der an paternalistischem Verhältnis innerlich gebundene Patient. M. E. ist es von nicht zu unterschätzender Bedeutung, dass ein Patient in Deutschland seinen Psychiater auch wechseln kann und der Alltag zeigt allemal, dass so etwas wie Passung möglich ist. Diese gefundene Passung wie auch die zumeist jahrzehntelange Präsenz vor Ort sind natürlich ganz wesentliche Positiv-Faktoren hinsichtlich der Beziehungskontinuität.

Nun ist Passung in der therapeutischen Beziehung viel weniger als im sonstigen Leben z. B. bei der Partnerwahl oder in der Familie ein schwer beeinflussbares Naturphänomen *sui generis*, sondern Passung in der psychiatrischen Behandlung ist abhängig von der Haltung des Psychiaters und seinem Beziehungsangebot. Psychiater sollten es – soweit möglich – passend machen können!

Diese Tagung befasst sich in besonderer Weise mit Behandlungsqualität. Als über zehn Jahre für die Kassenärztliche Vereinigung (KV) tätiger Qualitätszirkel (QZ)- Tutor und Ausbilder der Berliner vertragsärztlichen Moderatoren von QZ möchte ich hinsichtlich der Qualität drei entscheidende Faktoren anführen, die einen guten Psychiater ausmachen:

1. Gute Psychiater sollten kompetent unterschiedliche Therapieoptionen anwenden/verordnen (somatische wie z. B. die Pharmakotherapie, oder nicht somatische Optionen wie Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Pflege, Familienintervention etc.) und
2. sie sollten eine tragfähige Beziehung anbieten.
3. Sie sollten sowohl unterschiedliche Therapieoptionen (ihr Know-how) als auch ihr Beziehungsangebot differenziert an der individuellen Person und am jeweiligen Rahmen ausrichten und somit reflektiert variieren können.

Ich komme noch darauf zurück, was das konkret heißt und möchte zunächst eine Anleihe bei einer Nachbardisziplin, der Psychotherapie, machen.

Die Psychotherapieforschung hat sich im letzten Jahrzehnt viel mit den Wirkfaktoren der Psychotherapie befasst und diese haben auch für die Frage der Kontinuität psychiatrischer Behandlung grundlegende Bedeutung.

Ich rufe sie gerne ganz kurz in Erinnerung:

- Wirkfaktor *Ressourcenaktivierung*: Gemeint ist individuelle Merkmale und Eigenschaften, die Patienten in die Therapie einbringen, als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen zu nutzen. Psychotherapie nutzt also zur Problembewältigung vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten.
- Dann gibt es den Wirkfaktor *Problemaktualisierung*, womit gemeint ist die Probleme methodisch geleitet, ggf. auch methodenspezifisch konkret in Angriff zu nehmen: Z. B. werden reale Situationen aufgesucht oder hergestellt (Verhaltenstherapie), Personen in die Therapie einbezogen, die an den Problemen beteiligt sind (u. a. Familien-, Paartherapie), oder die therapeutische Beziehung und die in ihr auftretenden Konflikte und Gefühle genutzt (psychodynamische/ psychoanalytische Therapie).
- Wirkfaktor *Problembewältigung*: Patienten werden im Rahmen von Psychotherapie mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen oder konfliktorientierten Beziehungsangeboten aktiv handelnd oder emotional verstehend darin unterstützt, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung zu machen.
- Wirkfaktor *motivationale Klärung*: Therapien fördern mit geeigneten Maßnahmen das Ziel, dass Patienten Einsichten in ihr konflikthafte Erleben und Verhalten gewinnen (z. B. Förderung von Introspektion und Selbstreflexionsfähigkeit, Konfrontation mit und Deutung von Abwehrmechanismen, Hinweis auf und Veränderung von dysfunktionellen Kognitionen und Beziehungsmustern).
- *Und als übereinstimmend für alle Therapieschulen und Methoden wird als wichtigster Wirkfaktor die therapeutische Beziehung gesehen.*

Diese hohe Wertschätzung und nachgewiesene Prognose-Relevanz der therapeutischen Beziehung, wie sie die Psychotherapieforschung-Forschung herausgearbeitet hat, gilt auch für die psychiatrische Behandlung.

Es gilt zu differenzieren:

Der Erfolg psychiatrischer Behandlung hängt manchmal fast vollständig am Effekt der angewandten Therapie-Option, oft z. B. eines Medikamentes, welches Angst, verzweifeltes Grübeln, Depression und Paranoide Bedrohung verschwinden lässt, aber manchmal hängt der Erfolg psychiatrischer Behandlung fast vollständig an der Beziehung zum Therapeuten, an der vermittelten Hoffnung, am Verstandenwerden, Erklärt-bekommen. Und in der Regel kombinieren sich die Effekte.

Es ist gut, dass die Forschung zu begreifen beginnt, dass für die so oft beschriebene Plazebo-Effekt Wirkung (gilt auch für den Nocebo-Effekt) nicht ein seltsamer,

mit Schmunzeln zu begleitender Artefakt verantwortlich ist, sondern dass die konkrete Arzt-Patienten-Interaktion hier das Entscheidende ist.

Vertrauen und Suggestion, natürlich auch Autosuggestion und Heilerwartung einerseits, Aufklärung, Beteiligung an der Entscheidung und Shared Decision Making (Partizipative Entscheidungsfindung) andererseits sind Pole einer Behandlungsdynamik, die bei individuell gelungenem Mischungsverhältnis zu individueller Behandlungs-Kontinuität entscheidend beiträgt. Welches Mischungsverhältnis als gelungen angesehen werden kann, hängt des Weiteren ab vom Befinden des Patienten und kann intraindividuell auch auf der Zeitachse sehr variieren.

So hilfreich der mündige, der aufgeklärte, mitentscheidende Patient auch für das Gelingen von Therapie ist, so glaube ich doch, dass Behandlungskontinuität und die Forderung nach Aufklärung über Krankheitsursachen, Therapiemöglichkeiten und Prognose ebenso miteinander verknüpft sind wie Behandlungskontinuität und Respekt des Psychiaters vor dem Patienten und reziprok das Vertrauen seitens des Patienten in den Psychiater.

Ein respektvoller Umgang mit dem Patienten schließt heute das Angebot zu weitergehender Information ein.

*Ich komme zurück auf das von einem guten Psychiater zu machende Beziehungsangebot:*

Mir hat in diesem Kontext die Unterscheidung von Gerd Rudolf (RUDOLF g., Strukturbezogene Psychotherapie, 2013, S.127), der sich viel mit den Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose befasst hat gut gefallen:

Rudolf unterscheidet drei hilfreiche Haltungen in der Behandlung:

1. sich hinter den Patienten stellen
2. sich neben den Patienten stellen
3. sich dem Patienten gegenüberstellen

Genau um diese Dimensionen geht es bei der Frage der Behandlungskontinuität, die sich für Behandlungen beim Psychiater gerne auf mehrere Jahrzehnte erstrecken kann. Wie diese Haltungen sich im psychiatrischen Alltag sich in den konkreten Behandlungen auswirken, wurde in einigen Fallvignetten vorgestellt, die aber in diesem Band nicht zum Abdruck kommen können.