

## Das Wie ist wichtiger als das Was

Büchi Stefan, Studer Karl

### Interview mit Prof. Dr. med. Stefan Büchi, Ärztlicher Direktor und Leiter Schwerpunkt psychosomatische Erkrankungen der Privatklinik Hohenegg, Meilen

**Karl Studer:** In Ihren Publikationen sprechen Sie vom «Kontextmodell» und vom «Hohenegger Geist». Was ist damit gemeint?

**Stefan Büchi:** Das Hohenegg-Kontextmodell bezieht sich auf den amerikanischen Psychologen und Psychotherapieforscher Bruce Wampold und ist auf unsere Ansprüche adaptiert. Wampold ging insbesondere der Frage nach, welche Faktoren für den Therapieerfolg ausschlaggebend sind. Die Resultate können wie folgt zusammengefasst werden: Es ist weder die fachliche Kompetenz noch die Methode des Therapierenden, die über den Behandlungserfolg entscheiden. Der Erfolgsfaktor ist die Fähigkeit, mit einer Patientin oder einem Patienten eine aus deren Wahrnehmung gute Arbeitsallianz aufzubauen. Diese beinhaltet drei Faktoren: Der erste Faktor ist die *Beziehung*, der zweite die Expertise – die fachliche Kompetenz, und der dritte ist die Plausibilität des therapeutischen Prozesses. Wir haben in der Hohenegg die gesamte Therapie entlang dieser Qualitäten weiterentwickelt. In Bezug auf die Beziehungsdimension bedeutet dies zum Beispiel, dass beim ersten Standort- und Zielgespräch nach zehn Tagen offen besprochen wird, wie die therapeutische Beziehung erlebt wird und ob ein Therapeutenwechsel gewünscht wird.

Vom Hohenegger Geist wird seit der Gründung der Klinik gesprochen. Ein Geist kann nicht in Worte gefasst oder in Worten erfasst werden. Wir verstehen darunter eine Beziehungsqualität, die Art, wie wir mit Patientinnen und Patienten, den Mitarbeitenden aber auch mit dem Ort bewusst und achtsam in Kontakt treten. Wir sind davon überzeugt, dass diese spezifische Hohenegger Beziehungsqualität auch die Kernessenz des von uns entwickelten Hohenegg-Kontextmodells in sich trägt.

**KS:** Welche Bedeutung hat das Leiden der Patienten und Patientinnen für Ihre Tätigkeit?

**SB:** Leiden, verstanden als ein subjektiver Zustand schweren Distresses bei bedrohter Intaktheit der Person, ist für mich die zentrale Dimension, an der ich meine psychiatrische Arbeit ausrichte. Alle Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, sind in ihrem Sein existentiell verunsichert und bedroht. Ich verstehe die Klinik als

einen Ort, der Sicherheit und Vertrauen ausstrahlt und wo die Patientinnen und Patienten langsam wieder zu einem Selbst-Vertrauen, zu sich selbst als Person finden können. Daraus abgeleitet gilt: Wir behandeln nicht Krankheiten, sondern überforderte und in ihrer Existenz bedrohte Menschen.

**KS:** Welche Behandlungsstufen durchlaufen die Patientinnen und Patienten während der Hospitalisation und wie erfolgt die psychotherapeutische Arbeit?

**SB:** Zwei Drittel unserer Patientinnen und Patienten werden bei uns zum ersten Mal stationär psychiatrisch behandelt und befinden sich daher erstmals in einer zutiefst verunsichernden existentiellen Krise. Bei diesen Patienten sehen wir drei Behandlungsphasen mit unterschiedlichen Schwerpunkten vor. In der Einstiegsphase, die durch starke Symptome, aber auch durch Unsicherheit bezüglich der Klinik gekennzeichnet ist, geht es darum, Beschwerden, wie zum Beispiel Schlafstörungen, zu behandeln und wieder einen «gesunden» Rhythmus von Aktivität und Entspannung zu finden. Neben den Psychopharmaka sind hier die körperbetonten Therapien sowie handlungsorientierte Zugänge wie die Gestaltungstherapie sehr wichtig. In der zweiten Phase, die wir Vertiefungsphase nennen, steht die bewusste Auseinandersetzung mit dem auslösenden Problem im Fokus. Es geht hier um ein lebensgeschichtliches Verständnis von dem, was Probleme auslöst, aber auch um eine Reflexion von lebensübergreifenden Schemata. Als systemisch orientierte Klinik versuchen wir – wenn immer möglich – auch das soziale Umfeld wie Ehepartner/innen oder die Familie aktiv in den Prozess einzubeziehen. In der abschliessenden dritten, sogenannten «Transferphase» fokussieren wir auf die Verankerung oder Überführung des Gelernten in den Alltag zu Hause. Systemorientiert heisst für uns auch, dass wir in engem Kontakt zu den nachbehandelnden Fachpersonen stehen. Zudem klären wir die Arbeitsfähigkeit und setzen uns – wenn immer möglich – für eine differenzierte Information des Arbeitgebers ein.

**KS:** Achtsamkeit spielt im therapeutischen Prozess eine grosse Rolle. Warum und wie wird sie eingesetzt?

**SB:** Achtsamkeit, verstanden als übende Wahrnehmung und Präsenz in der Gegenwart, ist die Basis unserer therapeutischen Arbeit. Sie ist für uns also viel mehr als ein isoliertes Therapiegefäss wie beispielsweise die Achtsamkeitsmeditation.

Wir sind davon überzeugt, dass die bewusste Wahrnehmung von sich selbst, das heisst die

**Correspondence:**  
Dr.med. Karl Studer, Praxis  
im Klosterhof, Klosterhofstrasse 1, CH-8280 Kreuzlingen,  
karl.studer[at]blue-mail.ch

Wahrnehmung der eigenen körperlichen und emotionalen Prozesse, grundlegend für einen nachhaltigen Lernprozess in unserer Klinik ist. Nur wer die Symptome von überforderndem Stress wahrnimmt, kann in Zukunft frühzeitig und konstruktiv damit umgehen. Das Ziel der Behandlung ist also immer auch ein Sensibilisieren für das «Danach» und führt über die Zeit der stationären Behandlung bei uns hinaus.

**KS:** *Welches ist Ihre Rolle als Chefarzt?*

**SB:** Gute Frage .... Im Kern liegt meine Aufgabe darin, das grosse Ressourcenpotential meiner Mitarbeitenden zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Meine Rolle besteht somit darin, ein Spielfeld zu schaffen, in dem klare – und auch umgesetzte (!) – Regeln dazu führen, dass sich die Spieler individuell und frei entfalten können. In meinem Verständnis ist psychiatrische Psychotherapie etwas zutiefst Persönliches, und nur wenn sich Mitarbeitende sicher und getragen erleben, können sie sich authentisch und kraftvoll in den heilsamen Therapieprozess mit ihren Patientinnen und Patienten einlassen.

Auch wenn es das Individuelle braucht – ein therapeutischer Gesamterfolg ist nur möglich durch ein konstruktives Zusammenspiel aller Beteiligten. Es reicht in einer Klinik nicht aus, sich nur um «seine» Patienten zu kümmern. Respekt vor der Arbeit der Pflege, den Spezialtherapeutinnen, der Arbeit von Administration und der Rezeption, nicht zuletzt auch der Küche und daraus folgend eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe – dies lebe ich vor und erwarte es auch von meinen therapeutisch mir unterstellten Psychiatern und Psychologen.

**KS:** *Die Hohenegg führt auch frauenspezifische Angebote. Gibt es eine frauenspezifische Psychiatrie und Psychotherapie?*

**SB:** Wie in anderen Kliniken auch liegt der Anteil von Patientinnen bei über 60%, zudem hat die Hohenegg eine lange Tradition als «Frauenklinik». Deshalb erscheint es uns wichtig, geschlechterspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Dies betrifft einerseits den Einsatz von Psychopharmaka, andererseits aber auch eine Fokussierung auf Aspekte, welche häufiger von Frauen erlebt werden, wie etwa sexuelle Traumata oder Essstörungen.

**KS:** *Welche Rolle spielen die Psychopharmaka bei Ihrer Tätigkeit?*

**SB:** Der Einsatz von Psychopharmaka ist eine zentrale Säule unserer Behandlungen. Entsprechend dem aktuellen Verständnis von Placebo, aber auch dem ethischen Anspruch an unsere Behandlungen, die Autonomie der Patientinnen zu fördern, setzen wir Medikamente immer in Absprache mit den Patienten ein. Dazu haben wir ein eigenes Medikamentensystem entwickelt, mit dem wir die Patienten in verständlicher Sprache differenziert über die empfohlenen Medikamente informieren. Indem wir die vorgeschlagene Substanz auch physisch als Tablette oder Kapsel dem Patientin zeigen, hoffen wir, die Medikamentenabgabe als Ritual zu verankern und so den Placebo-Effekt zu verstärken. Um die Wirkung der eingenommenen Medikamente zu erfassen, werden diese vom Patienten auf der sogenannten «MediKarte» erfasst und in den therapeutischen Diskurs eingebracht. Unser Medi-System<sup>R</sup> wurde übrigens im letzten Jahr mit einem Innovationspreis

der CSS Krankenkasse ausgezeichnet, was uns sehr gefreut hat.

**KS:** *Wie wird der Erfolg der einzelnen Hospitalisation ausgewertet, und inwiefern fliessen die Ergebnisse in die Weiterentwicklung der Institution ein?*

**SB:** Der empirische Lernprozess der Klinik beinhaltet qualitative und quantitative Aspekte. Qualitativ versuchen wir, von den vielen schriftlichen Feedbacks der behandelten Personen zu lernen, und beschäftigen uns im Rahmen von Intervisionen mit den individuellen Therapieprozessen. Zudem versuchen wir, in der Weiterentwicklung von neuen Angeboten wie beispielsweise dem erwähnten Medi-System<sup>R</sup>, die Patientenperspektive im Rahmen von interprofessionellen Workshops gemeinsam mit unseren Patientinnen zu entwickeln.

Quantitativ arbeiten wir intensiv mit den aus dem Qualitätsmanagement erfassten Daten, wie beispielsweise dem BSC (Brief Symptom Checklist). So konnten wir etwa erfassen, dass die frühzeitige Veränderung des Symptomdrucks in den ersten beiden Behandlungswochen ein Prädiktor sowohl für den Erfolg bei Austritt wie auch für den langfristigen Erfolg (drei bis sechs Monate nach Austritt) ist: Je stärker die frühe Symptomreduktion, desto besser der kurz- und mittelfristige Therapieerfolg. Basierend auf dieser Erkenntnis haben wir uns dafür entschieden, die therapeutischen Personalressourcen stärker in die initiale Therapiephase zu verlagern. Daher besuchen alle Patientinnen und Patienten vier neu entwickelte Einführungsseminare, die von Psychiatern, der Pflege, den Spezialtherapeutinnen wie auch dem Küchenchef und der somatischen Ärztin geleitet werden. Die Patienten werden zudem persönlich über unsere Werte und Behandlungskonzepte informiert. Seither haben wir deutlich weniger Abbrüche in der frühen Behandlungszeit sowie deutlich weniger Unsicherheiten über allgemeine Abläufe und Regeln, die in der Klinik gelten.

**KS:** *Alle angestellten Ärzte und Psychologen sind ausgebildete und erfahrene Therapeuten. Geben diese ihre fachlichen und therapeutischen Erfahrungen weiter?*

**SB:** Sie sprechen einen wichtigen Punkt an. Als Vertragsspital haben wir keinen Weiterbildungsauftrag und arbeiten ausschliesslich mit hochqualifiziertem, erfahrener Fachpersonal. Da wir also keine Assistenzärzte oder Psycholog(inn)en in früheren Ausbildungsphasen bei uns in der Klinik ausbilden, was ich persönlich bedaure, engagieren wir uns in der Ausbildung von Fachärzt(inn)en und Psychologen. Fünf der zwanzig Leitenden Ärzt und Chefärzte sind aktiv im Weiterbildungscurriculum der lokalen Ärztlichen Psychotherapieausbildung (AEP). Und Sebastian Haas, mein Stellvertreter, ist als Co-Leiter des Instituts für Ökologische Psychotherapie in der Ausbildung insbesondere von Psycholog(inn)en engagiert.

In der Suizidprävention ist die Hohenegg übrigens sehr stark in die Weiterbildung eingebunden. Unser Mitarbeiter Gregor Harbauer hat PRISM-S, ein neues visuelles Instrument zur Erfassung von Suizidalität, validiert. Dieses Instrument wird in verschiedenen Kliniken der Schweiz und im Ausland erfolgreich eingesetzt. Es freut uns sehr, dass wir in einem von der Luzerner Psychiatrie LUPS initiierten und von der Schweizer Gesundheitsförderung für die Jahre 2021-2024 unterstützten Projekt zur Prävention

von Suiziden, dem Projekt «SERO», sehr aktiv beteiligt sein werden: in der Schulung von Psychiater(inne)n, Psycholog(inn)en, Pflegefachpersonen und Hausärzten. PRISM-S soll das neue Instrument für eine ganze Region werden, um die Kommunikation zum Thema Suizid zu verbessern – Mitarbeitende unserer Klinik werden sich aktiv daran beteiligen.

**KS:** *Ist es für Sie denkbar, dass Ihre Erfahrungen auch in anderen psychiatrischen Kliniken umgesetzt werden könnten, oder bräuchte es einen Paradigmenwechsel in den traditionellen Psychiatrischen Institutionen?*

**SB:** Vorneweg: Ich bin mir unserer privilegierten Ausgangsposition sehr bewusst – bei uns wird keine einzige Patientin gegen ihren Willen behandelt, während die Quote von FU-Patienten in Versorgungskliniken im Kanton Zürich bei deutlich über 30% liegt; das sind fundamental unterschiedliche Behandlungskonstellationen.

Mein Wunsch wäre es, dass wir unsere therapeutischen Erfahrungen im stationären Behandlungssetting mit psychotherapeutisch orientierten Kliniken austauschen und gemeinsam die Kultur einer psychotherapeutischen Grundhaltung in der Akutpsychiatrie weiterentwickeln könnten. Ich glaube, dass wir so die traditionell psychotherapeutisch geprägte schweizerische Psychiatrie-Kultur weiterentwickeln würden.

**KS:** *Findet bei Ihnen auch Forschung statt, und wenn ja, auf welchen Gebieten?*

**SB:** Ja, wir untersuchen seit vier Jahren unter Leitung von Cosima Locher, einer jungen und sehr begabten Psychologin, relevante Aspekte unseres Kontextmodells. Wir haben beispielsweise kürzlich über die höchst faszinierenden individuellen Erfahrungen heilsamer Momente unserer Patienten während der stationären Behandlung publiziert<sup>1</sup>. Eine weitere Studie, die aktuell im Review-Prozess ist, beschäftigt sich mit einer Frage, die mich schon lange beschäftigt: Was macht für Patient(inn)en, aber auch für Psychiater, Pflegende oder Spezialtherapeut(inn)en eigentlich eine «gute Behandlung» aus?

Aktuell versuchen wir in einem Projekt zu überprüfen, wie relevant die Beziehungsnetze zwischen den Patienten, die häufig weit über die stationäre Behandlung hinausreichen, für den langfristigen Behandlungserfolg sind. Ebenfalls planen wir eine Untersuchung zusammen mit den Nachbehandler(inne)n, um zu sehen, welche neuen Formen der Kooperation gewünscht und für das Wohl der Patienten relevant sein können.

### Fussnote

<sup>1</sup>Locher, C., Mansour, R., Koechlin, H. Büchi S. (2020) Patient-appraised beneficial moments during inpatient psychiatric treatment. BMC Health Serv Res 20, 734.