

[Interview mit Dr. med. Patrick Perrenoud und lic.phil. Renate Gasser, Aare Praxis in Aarau](#)

Zusammenarbeit zwischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen und der zentralen Psychiatrischen Klinik

Patrick Perrenoud, Renate Gasser, Karl Studer

Nach einer institutionellen Laufbahn in leitender Position im Psychiatriezentrum Oberwallis und in der Psychiatrischen Klinik Marsens ging der Psychiater Patrick Perrenoud vor zehn Jahren in die eigene Praxis. Zusammen mit Renate Gasser, Psychologin und Psychotherapeutin, gründete er 2016 die «Aare Praxis» in Aarau, eine Gemeinschaftspraxis mit zwölf Mitarbeitern.

Karl Studer: Was ist Ihnen bei Ihrem psychiatrisch-psychotherapeutischen Umgang mit den Patienten wichtig, welches Menschenbild haben Sie?

Patrick Perrenoud/Renate Gasser: Im Behandlungsalltag sind Selbstbestimmung, Freiheit, Verantwortung, Verwirklichung, Kreativität, Respekt, Ethik – kurz: alles, was dem humanistischen Ideal entspricht, als Menschenbild präsent. In der Umsetzung folgen wir den systemischen Grundsätzen, die Haltung, Denken und Handeln bestimmen: Kommunikation, Beziehungen, zwischenmenschliche Interaktionen, Zirkularität, Vernetzung, «Ökologie» im weiteren Sinn.

KS: Worin besteht der Unterschied zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapie?

PP/RG: Zuallererst sind es die unterschiedlichen Studiengänge – Medizin und Psychologie. In der Folge – und prägender – unterscheiden

den sich die postgradualen Ausbildungen der beiden Berufsgruppen. Ärzte* verfolgen eine längere berufliche Tätigkeit in Institutionen in einem hierarchisch geprägten Milieu, während Psychologen diverse Praktika in Institutionen und Praxen absolvieren. Dieser Unterschied in der Sozialisation hat einen Einfluss auf Blickwinkel und Stil der Therapeuten, obwohl die psychotherapeutische Ausbildung an sich die gleiche ist.

KS: Welche Funktion haben Sie als Gemeinschaftspraxis in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungs-/Versorgungskette?

PP/RG: Wir arbeiten in der Grundversorgung, d.h. wir behandeln akute Krisen, sorgen für Konstanz und Kontinuität, koordinieren die Behandlungen, die zum Teil auch Langzeitbehandlungen sind. Da Angehörige und Arbeitgeber einbezogen werden und wir mit psychosozialen Akteuren (Spitex, IV, Gemeinde, Beistand etc.) zusammenarbeiten, sind wir die Hauptansprechpersonen. So gesehen hat ein ambulanter Therapeut, indem er behandelt und die Behandlungen koordiniert, eine ähnliche Rolle wie ein Haus- oder Familienarzt.

Im Gegensatz zu Therapeuten im stationären Setting haben ambulante Therapeuten einen besseren Überblick über längere Entwicklungen. Patienten erleben wir in unterschiedlichen Lebensphasen, in verschiedenen psychischen Zuständen, in ihrem Alltag und in ihrem sozialen Kontext. Wir sind «näher am Menschen» und seiner Lebenswelt.



Renate Gasser

KS: Wie erleben Sie heute die grosse Zentralklinik, zum Beispiel die Psychiatrische Klinik in Königsfelden? Ist sie noch zeitgemäss im Vergleich mit den somatischen Kliniken, die ja grossen Wert auf «ambulant vor stationär» legen?

PP/RG: «Ambulant vor stationär» gilt auch in der Psychiatrie. Bei einer stationären Behandlung stellt sich die Frage, ob diese in einer grossen zentralen Klinik oder in einer kleineren regionalen Einheit durchgeführt werden soll. Der kürzlich eröffnete Neubau in der Klinik Königsfelden ist unserer Meinung nach ein politischer Fehlentscheid. Akute psychiatrische Situationen könnten in regionalen Zentren behandelt werden, zum Beispiel in einer integrierten psychiatrischen Abteilung in somatischen Spitälern. Eine zentralisierte Behandlung ist nur sinnvoll für spezialisierte stationäre Behandlungen (z.B. für Suchtkrankheiten oder für forensische Behandlungen). Unseres Erachtens wird heute die Spezia-



Patrick Perrenoud

lisierung zu sehr betont und gefördert (Spezialabteilungen für alle möglichen Diagnosen schiessen wie Pilze aus dem Boden). Positiv ist in Königsfelden unter anderem die gut organisierte und unkomplizierte Notfallaufnahme und die gut funktionierende Kriseninterventionsstation zu erwähnen.

Die Ideen der 60er- und 70er-Jahre einer Gemeinde- oder Sozialpsychiatrie sowie der Annäherung an die somatische Medizin (in der Schweiz sind dies z.B. das «Briger-Modell», die psychiatrische Versorgung im Kanton Bern oder das Spital Affoltern a.A.) sind aus vermeintlich ökonomischen Gründen einem zentralistischen Denken gewichen. Glücklicherweise lassen sich in den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG) und in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden auch Bemühungen für eine Umkehr erkennen. Hier wird eine aufsuchende Behandlung (Home-Treatment) angeboten, Ambulatorien und Tageskliniken wurden ausgebaut.

Es besteht leider immer noch ein hohes Mass an «Hospitalozentrismus». Wird ein Patient hospitalisiert, entsteht eine Zäsur. Die Kommunikation ist auf die üblichen Einweisungs- und Austrittsberichte beschränkt. Ein echter Austausch zu diagnostischen und therapeutischen Fragen, eine enge Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen und des Patienten findet selten statt. Der Grundsatz «ambulant vor stationär» ist im Klinikalltag nicht präsent. Angehende Psychiater beginnen ihre Laufbahn in der Klinik und haben noch keine Erfahrung in der ambulanten Behandlung, Oberärzte sind hauptsächlich im stationären Milieu grossgeworden. In der Klinik werden die akuten Fälle behandelt, was anspruchsvoll, herausfordernd und spannend sein kann, das Behandlungsteam fühlt sich im Zentrum der Psychiatrie-Welt. Was vor und nach der akuten Intervention passiert, interessiert wenig. Die Klinik ist eine eigene, in sich geschlossene Welt. Für die Patienten ist sie ein temporärer Rückzug, ein intensiver Behandlungsort, manchmal ein Gefängnis, zu oft aber auch eine Oase.

KS: Welche Rolle spielen in dieser Institution die Ärzte und Therapeuten in der Hierarchie und welche Rolle spielt dort im Therapieprogramm das kollektive Denken?

PP/RG: Diese Frage können wir in Bezug auf die Klinik Königsfelden nur bedingt beantworten, es sind Eindrücke aus punktuellen Kontakten mit Mitarbeitern der Klinik. Wie in anderen Spitälern ist die Psychiatrische Klinik Königsfelden hierarchisch organisiert.

Unklar sind die Rollen in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen von Pflege, Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern. So erklärt sich beispielsweise ein fallverantwortlicher Psychologe für die Planung des Austritts für «nicht zuständig».

Kollektives Denken und Handeln braucht Raum und Zeit, Vertrauen, Wertschätzung und weniger Hierarchie.

KS: Könnten Sie sich andere Modelle der intensiven Behandlung vorstellen?

PP/RG: Intensive Behandlungen können auch ein Stück weit ambulant durchgeführt werden, in unserer Praxis eine Realität. Wir behandeln zum Beispiel auch suizidale Krisen. In akuten Situationen ist der Einbezug der Familien und des Umfeldes hilfreich, dafür sind wir systemische Therapeuten speziell ausgebildet.

Im stationären Setting könnte zum Beispiel eine ausgebildete Therapeutin auf der Station für die Familiengespräche zuständig sein, die dann – wenn nötig oder hilfreich – regelmässig während des Aufenthalts stattfinden. Die ambulanten Therapeuten könnten zu Angehörigen- oder zu Standortgesprächen in die Klinik eingeladen werden.

KS: Wie stellen Sie sich eine optimale Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Therapeuten und der Klinik, den Tageskliniken, einer möglichen Hospitalisation à domicile und anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen vor?

PP/RG: Wir würden uns mehr persönlichen Kontakt wünschen. Übergänge wie der Wechsel vom ambulanten zum stationären Setting und umgekehrt sind sensible Phasen. Schriftliche Kommunikation (Zuweisungsbericht und Austrittsberichte) genügen nicht, ein mündlicher Austausch ist erforderlich. Zusammenarbeit ist aber mehr als nur Informationsaustausch.

KS: Wie könnten sich die niedergelassenen Psychiater/Psychotherapeuten in den Prozess des zunehmenden Hospitalozentrismus einbringen?

Wir können uns als niedergelassene Therapeuten aktiv einbringen und den Kontakt herstellen. Wünschenswert wäre aber, dass dieser Prozess auch in der umgekehrten Richtung erfolgt. Grundsätzlich müsste eine neue Kultur gefunden werden, möglicherweise durch Änderungen gewisser Strukturen in der Klinik oder durch neue Akzente im Studium und in der Ausbildung. Krankenkassen müssten bereit sein, die Leistungen der ambulanten Behandler zu honorieren. Der Kontakt zwischen ambulant und stationär sollte die Regel

sein, wenigstens zu Beginn der Hospitalisation und in der Planung des Austritts. Auch diagnostische Überlegungen oder therapeutische Optionen sowie das weitere Prozedere können gemeinsam besprochen werden. In komplexen Situationen kann auch – wie oben bereits erwähnt – eine gemeinsame Sitzung zur Standortbestimmung organisiert werden, gegebenenfalls unter Einbezug der Angehörigen.

KS: Wie erleben Sie derzeit das politische und öffentliche Interesse an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung?

PP/RG: Das Interesse ist gross, nicht erst seit der Covid-19-Pandemie. Psyche und Psychiatrie haben ein grosses öffentliches Interesse. In der Pandemie ist die Notwendigkeit ambulanter Behandlungsplätze in den Vordergrund getreten, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Auswirkungen der Pandemie auf psychische Störungen werden jedoch unseres Erachtens in der Öffentlichkeit und in den Medien verzerrt und zum Teil falsch dargestellt.

KS: Was möchten Sie gerne den Lesern der «Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy» noch sagen?

PP/RG: Die niedergelassenen Therapeuten leisten einen grossen Beitrag in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung – ein Beitrag, der nicht genügend anerkannt wird. In unserer Praxis behandeln wir im ambulanten Setting oft schwierige, komplexe und auch akute Situationen. Niedergelassene Therapeuten sind nicht alle «psychiatres des beaux quartiers», wie sich ein Institutionskollege etwas abschätzig geäussert hatte. Die Zusammenarbeit zwischen ambulant, teilstationär und stationär soll verbessert und intensiviert werden. Es besteht die Tendenz, stationäre Behandlung überzubewerten. In den Köpfen vieler im psychosozialen Bereich tätigen Fachpersonen existiert die Vorstellung: «stationär = intensiv = wirksamer». Die Indikationen werden unsorgfältig gestellt, Burnout- und Privatkliniken sind bestrebt, ihre Betten zu füllen und für die Krankenkassen ist es schwierig, die Indikationen zu überprüfen. Erfreulicherweise gibt es auch Ansätze für Verbesserungen, z.B. die «Home Treatment»-Bewegung. Eine Rückbesinnung auf Konzepte der 60er- und 70er-Jahre wäre hilfreich, die Gemeinde- und die Sozialpsychiatrie sollten wieder mehr Gewicht erhalten.

Dr. Karl Studer
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
CH-8280 Kreuzlingen
karl.studer[at]bluemail.ch

* Der Einfachheit halber wird in der Beantwortung der Fragen durchgehend die männliche Form angewendet für weibliche und männliche Therapeut:innen, Patient:innen, etc. gleichermassen.