

Dr. med. Heiner Lachenmeier, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Affoltern am Albis

Überlegungen zur Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Arbeit mit neurotischen Patienten

Ein Plädoyer für Videoeinsatz

Im Zusammenhang mit der Weiterbildungs- und Fortbildungsordnung müssen die Möglichkeiten zur Qualitätssicherung evaluiert werden. Speziell im psychotherapeutischen Bereich ist dies eine lohnende Chance zur regelmässig notwendigen, kritischen Überprüfung der eigenen Position. Der vorliegende Artikel beschränkt sich auf die Qualitätssicherung der Behandlung neurotischer Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeiten des Videoeinsatzes.

1. Manifestation einer Neurose

Bei Neurosen handelt es sich um menschliche Leiden, bei denen erstens neurotische Symptome auftreten können (z.B. Phobien, Panikattacken, Zwangssymptome, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, funktionelle Beschwerden usw.) und zweitens eine grundlegende Störung besteht, die sich in verschiedenen Charakterzügen mit unbewusster Selbstsabotage zeigt (z.B. habituelle Provokativität, nörgelnde Vorwurfshaltung, starres unnahbares oder hilflos jammern abhängig Verhalten, die zu Beziehungsstörungen führen; Blockierung der eigenen Fähigkeiten z.B. im beruflichen Umfeld; Unfalltendenz usw.).

Über die Ursachen dieser neurotischen Manifestationen bestehen verschiedene Modellvorstellungen, die verschiedene Therapietechniken bedingen. Die Diskussion darüber wird hier bewusst nicht geführt, da sie den Rahmen der anstehenden Diskussion sprengt.

2. Zum Qualitätsbegriff bei Psychotherapie

Die Qualität einer Psychotherapie zeigt sich hauptsächlich am Resultat, aber auch am Prozess. Die Orientierung am Resultat ist merkwürdigerweise nicht Allgemeingut; gelegentlich vertreten einzelne Berufskollegen die Auffassung, das oberste Ziel sei, dass sich Therapeut und Patient während der Sitzungen wohl

fühlten; der Weg sei wichtiger als das Ziel. Aus ärztlicher Sicht sollte sich die Therapiequalität an folgenden Grundsätzen ausrichten:

1. Die Symptome sollen so vollständig wie möglich in ihren Ursachen zum Verschwinden gebracht werden.
2. Die selbstsabotierenden, in den Charakter eingebundenen neurotischen Verhaltensweisen sollen in Verbindung mit ihren Ursachen so weit wie möglich aufgelöst werden, damit der Patient frei über sein Potential für Beziehungen und alle anderen Lebensbereiche verfügen kann.
3. Punkt 1 und 2 sollen so schnell wie möglich erreicht werden.
4. Die Therapie soll keine negativen Effekte provozieren (z.B. Auslösen einer massiven Krise, Abhängigkeitsentwicklung usw.).

Das Bestreben nach Schnelligkeit einer Therapie wird von manchen Kreisen in negativem Sinn mit Begriffen wie Machbarkeitswahn, Leistungsdruck u.ä. disqualifiziert. Die Ansicht, dass nur eine lange Therapie grundsätzlich wirksam sein kann, wird vielfach kritiklos zum Axiom erhoben. Folglich wird das Streben nach Verkürzung als Verwässerung der therapeutischen Bemühungen abgetan. Aus diesem Grunde erläutere ich diesen für die Qualität einer Therapie wichtigen Punkt eingehender:

- Je schneller eine Therapie erfolgreich abgeschlossen werden kann, desto kürzer ist die Leidenszeit des Patienten, desto länger kann der Patient von einer erhöhten Lebensqualität profitieren. Die von gewissen Therapeuten portierte Haltung, das Leiden habe einen «Sinn» und solle «akzeptiert» werden, ist in diesem Zusammenhang unsinnig: sie unterstützt lediglich die Selbstsabotagetendenz des Patienten, fixiert also die Pathologie. Zudem hat sie durch ihren therapeutischen Nihilismus wesentlich zum schlechten Ansehen der Psychotherapie beigetragen.
- Je länger eine Therapie dauert, desto länger dauert die neurotische Charakterpathologie an. Mit ande-

ren Worten zwingt die Selbstsabotage den Patienten weiter dazu, sein Leben zu behindern. Ein schnelles Auflösen dieser Strukturen bedeutet dagegen eine Prophylaxe gegenüber dem Etablieren neuer, negativer Realitäten durch die Selbstsabotage (z.B. Selbstsabotage durch Abbruch einer Beziehung, die eigentlich eine gute Basis hat; Erzeugen einer Schwangerschaft in einer pathologischen Beziehungssituation; Induktion eines beruflichen Ruins; körperliche Schädigung durch Weiterführung schädlichen Verhaltens; Suizid usw.).

- Wenn unnötig viel Zeit gebraucht wird, können Lebenschancen endgültig verpasst werden (z.B. die Chance, mit den Eltern Frieden zu finden, wird verpasst durch zwischenzeitlichen Tod der Eltern; durch fortschreitendes Alter kann die Möglichkeit verloren gehen, selbst eine Familie zu gründen; Verpassen einer beruflichen Ausbildung bzw. Karriere usw.).
- Je kürzer eine Therapie dauert, desto geringer ist die Gefahr einer Abhängigkeit vom Therapeuten und damit die Gefahr des Missbrauchs durch den Therapeuten.
- Wirtschaftlich bedeutet eine lange Therapie höhere direkte Therapiekosten. In unbekanntem Ausmass fällt auch die mögliche Einschränkung der Produktivität eines Patienten durch seine Neurose ins Gewicht. Andererseits muss klar festgehalten werden, dass eine Therapie, die ihre Kürze aus der Beschränkung auf Symptommilderung zieht, aber Charakterstörung und Ursachen unbehandelt lässt, auf lange Sicht wegen hoher Rückfallgefahr sehr teuer werden kann [1].

Aus ärztlich-therapeutischer Sicht scheint mir der wirtschaftliche Aspekt im Vergleich zu den anderen Punkten erst in zweiter Linie wichtig.

3. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung bedeutet sicherzustellen, dass die oben aufgeführten Ziele so gut wie möglich erreicht werden. Ich unterscheide folgende Ansatzpunkte:

1. Ausbildung (im Sinne der Weiterbildung zum Spezialarzt/-ärztin)
2. Forschung
3. Fortbildung
4. Eigenkontrolle
5. Patient als Evaluator

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit beleuchte ich diese Bereiche eingehender. Ich beschränke mich auf einige wichtige Punkte und die Chancen des Videoeinsatzes.

3.1 Ausbildung (im Sinne der Weiterbildung zum Spezialarzt/-ärztin)

Die Grundlage der beruflichen Qualität wird in der Ausbildung gelegt. Die neu formulierten Richtlinien

der SGP für die Erreichung des Spezialarzttitels für Psychiatrie und Psychotherapie [2] versuchen, dem auf verschiedene Art Rechnung zu tragen. Ergänzend dazu einige Gedanken:

Ein wesentlicher Bestandteil jeder medizinischen Ausbildung ist das direkte Beobachten der Lehrmeister in der Arbeit mit dem Patienten, inklusive dazugehöriger Erklärungen. In der Ausbildung für Neurosethapien ist diese Möglichkeit heute nicht gegeben. Zusammenfassende Berichte über Therapien können naturgemäss das effektive Vorgehen und Verhalten des Therapeuten nicht wirklichkeitsnah wiedergeben. Ein wesentlicher Teil des praktischen, vorbildmässigen Lernens bleibt aus. Umgekehrt sehen die Vorgesetzten nicht, wie der Assistent konkret mit Patienten in den Therapiesitzungen umgeht. Sie kennen höchstens dessen (adäquate oder inadäquate) Schilderung aus der Supervision.

Über das effektive therapeutische Tun besteht also in beiden Richtungen ein Unwissen. Die Rückschlüsse aufgrund der Schilderungen sind mit grossen Unsicherheiten behaftet. Zum Vergleich stelle man sich eine Chirurgieausbildung vor, bei welcher der junge Assistent seine Vorgesetzten nicht bei der Arbeit beobachten darf und umgekehrt die Vorgesetzten lediglich die Ops-Berichte des Assistenten kennen, die Operationen zu beobachten aber für beide Seiten tabu ist.

Dieses Manko an (für eine hohe Ausbildungsqualität notwendigem) Wissen kann der konsequente Einsatz von Video aufheben. Verhaltensweisen des Patienten und seine Reaktionen auf therapeutische Interventionen (verbal, a verbal, intellektuell und emotional) können genau studiert werden. An Videos seiner Vorgesetzten kann der Assistent auf ideale Weise, ohne mit Patienten experimentieren zu müssen, die diagnostische und therapeutische Arbeit mit verschiedenen Patienten kennenlernen. Dieser vorbildhafte Teil des Lernens existiert bis heute praktisch nur als Teil der sogenannten Selbsterfahrung (Therapie von Therapeuten). Deren offensichtlicher Nachteil in diesem Zusammenhang liegt darin, dass man nur das Vorgehen eines einzigen Therapeuten kennenlernt, und dies nur bei einem einzigen Patienten, nämlich sich selbst.

Umgekehrt können die Vorgesetzten in der Videosupervision minutiös mit dem Assistenten sowohl seine Interventionstechnik, Art der Gesprächsführung und seine emotionale Haltung bearbeiten, wie auch die emotionale Lage des Patienten und dessen Reaktionen auf den Therapeuten. Verlässlicher können therapeutisches Fehlverhalten und therapeutische Fehlhaltungen nicht aufgedeckt und korrigiert werden. Die Gefahr, dass sich solche später schwer zu korrigierenden Fehler unbemerkt festsetzen, wird entscheidend reduziert.

Findet diese Art Supervision in einer Gruppe mit anderen Assistenten statt, kann zusätzlich aus den Qualitäten und Fehlern der anderen gelernt werden. Bedauerlicherweise wird die Gruppensupervision im neu vorgeschlagenen Weiterbildungsmodell nur beschränkt an die Ausbildung angerechnet. Der Einsatz von Video ist im Reglement nicht vorgesehen [2], laut Mitteilung der Präsidentin der SGP soll er in den Ausführungsbedingungen Eingang finden. Es muss darauf geachtet werden, dass dies in ausreichendem Umfang geschieht.

In einem solchen Ausbildungssetting ist für Assistenten und Vorgesetzte der Leistungsdruck höher, sich in der Aktion mit dem Patienten zu bewähren; doch zu Recht. Die konstante Konfrontation mit dem eigenen emotionalen und technischen Verhalten bietet viele Vorteile. Binnen kurzem kann deutlich werden, ob die Arbeit mit dem Patienten beim Therapeuten eigene ungelöste Konflikte und Gefühle mobilisiert; ein Ausweichen ist kaum möglich. Der Assistent ist in dieser Situation klarer emotional gefordert und mit der Frage konfrontiert, ob er aus eigener Kraft bzw. durch eine eigene Therapie diese Bereiche überwinden kann und will, oder ob er allenfalls den Schluss ziehen will, dass psychotherapeutisches Arbeiten für ihn nicht in Frage kommt. Ein rechtzeitiger Ausstieg ist möglich; der Betroffene hat früh genug die Chance, sich anderweitig zu etablieren. Für das Fachgebiet liegt der Vorteil darin, dass es im Vergleich zu heute weniger Gefahr läuft, als Nischenfach von Ungeeigneten missbraucht zu werden.

3.2 Forschung

Je besser die Forschung, desto zutreffender können praktische Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen resultieren. Das systematische audiovisuelle Aufzeichnen von Therapien bietet für Diagnostik, Prozessforschung und ergebnisorientierte Forschung eine Fülle von überprüfbareren Datenmaterial, unabhängig von den blinden Flecken und Gedächtnislücken der Therapeuten. Einzelfallforschung wie statistische Forschung kann davon profitieren. Z.B. können die spezifischen Muster von Angstmanifestationen der Patienten in bezug auf deren Bedeutung für das Ausmass an Angsttoleranz präzise erforscht werden [3]. Haltung und Interventionstechnik der Therapeuten sind in bezug auf Therapieresultat präzise der Evaluation zugänglich usw. Dieses Potential wird heute nur vereinzelt genutzt und kann wesentlich zur Qualitätsverbesserung der Neurosetherapien beitragen.

3.3 Fortbildung

Die Defizite der Grundausbildung in Psychotherapie bleiben im Praxisalltag bestehen: Kein Mensch weiss wirklich, wie die anderen therapieren. Aus selektiven Schilderungen anderer Therapeuten und zufälligen

positiven wie negativen Meldungen von Patienten über andere Therapeuten bildet sich im Lichte eigener Vorstellungen ein Bild, das nüchtern betrachtet kaum ausgewogen sein dürfte. Ein geheimnisvoller Schleier, garniert mit anekdotischen Erzählungen, lässt Raum für alle möglichen Spekulationen. Das heisst, schon der erste Schritt zum systematischen Aufbau der Fortbildung, das «Erkennen eines Defizites an Wissen und Können» [4], gerät mangels erschwelter Selbsteinschätzung im Rahmen des aktuell Möglichen in Schwierigkeiten.

Ein selbstverständlicher Einsatz von Video kann dem abhelfen. Uneingeschränkt gelten hier die Ausführungen von 3.1. Selbst in der Supervision von erfahrenen Therapeuten finden sich immer wieder Diskrepanzen zwischen der Erinnerung an eine Sitzung und den effektiv auf Video festgestellten Verhältnissen. Wenn solche Diskrepanzen nicht korrigiert werden und deshalb im Laufe einer Therapie kumulieren, wirkt sich dies negativ auf Prägnanz und Dauer einer Behandlung aus.

Der Videoeinsatz kommt neben der Supervision auch für Seminare und Vorlesungen in Frage. Selbstredend dürfen nur autorisierte Personen teilnehmen, und es dürfen selbstverständlich nur Videos von Patienten gezeigt werden, die mit der Präsentation einverstanden sind. Meiner Erfahrung nach ist eine Vielzahl von Patienten (und beileibe nicht nur «Narzissen») unter diesen Voraussetzungen bereit, dass die Videos ihrer Therapien zu Fortbildungszwecken von Fachleuten herangezogen werden.

In der praxisbezogenen Fortbildung spielt die Intervention mit Berufskollegen (ebenfalls mit Video) eine spezielle Rolle für die Qualitätssicherung. Sie ermöglicht besonders intensiv, das eigene psychotherapeutische Handeln im Detail zu evaluieren und die individuelle berufliche Kompetenz zu steigern. Es ist darauf zu achten, dass diese zeitaufwendige Art der Fortbildung bei den noch zu formulierenden Fortbildungsverpflichtungen berücksichtigt wird.

3.4 Eigenkontrolle

Neben dem Nachdenken über Patienten und Therapien sowie dem emotionalen Nachklingen-Lassen der Sitzungen bedeutet in der täglichen Arbeit auch das Video ein unersetzliches Mittel zur Eigenkontrolle und damit zur Qualitätssicherung. Sowohl bei positiven wie bei schwierigen Therapieerläufen findet sich dabei immer wieder zusätzlich Entscheidendes, um adäquater auf den individuellen Patienten einzugehen.

3.5 Patient als Evaluator

Nicht zu unterschätzen ist die Rolle, die Patienten bei der Qualitätssicherung spielen können. Besteht bei Nachkontrollen sogar die Möglichkeit, gemeinsam ein Video aus der Therapiezeit zu betrachten, kann der

Patient nicht nur hilfreiche Kommentare zur Interventionstechnik des Therapeuten machen, sondern sieht sich auch nochmals mit seiner damaligen eigenen Verhaltensweise konfrontiert. Ausmass und Art der Änderung kann ohne Illusion wahrgenommen, die Qualität der geleisteten Arbeit erfasst werden [5].

4. Worin liegen die Einwände zum Videoeinsatz begründet?

Der Einsatz von Video benötigt Zeit. In der Privatpraxis ist die Honorierung der Videoarbeit explizit von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen [6]. Für die einkommensmässig in der ärztlichen Population ohnehin am untersten Rand angesiedelten Psychiater bedingt er deshalb eine wesentliche Einkommensreduktion durch nicht verrechenbaren Zeitaufwand. In psychiatrischen Institutionen bedeutet die personelle Unterdotierung ein Hindernis für den konsequenten Videoeinsatz.

Eine wichtigere Rolle spielt wohl, dass die Sozialisierung des Psychotherapeuten in bezug auf Neurosetherapien einer merkwürdigen Spaltung unterliegt: Auf theoretischer Ebene existiert ein reger Austausch mit jeder nur denkbaren intellektuellen Auseinandersetzung, die praktische Arbeit wird demgegenüber in einer Atmosphäre des Heimlichen vollzogen. Des Meisters Tun ist mystisch entrückt. Selbst ist man mit wenigen Ausnahmen nie damit konfrontiert, seine psychotherapeutische Arbeit auf eine Art offenzulegen, die die eigenen bewussten wie unbewussten Verzerrungen konsequent dokumentiert und aufdeckt. Dadurch nimmt mit zunehmender Dauer der beruflichen Sozialisierung die Angst zu, sich mit der ungeschminkten Aufzeichnung der eigenen Arbeit zu konfrontieren, geschweige denn sich damit Kollegen gegenüber zu exponieren.

Häufig wird argumentiert, die Videoaufzeichnungen würden die Vertraulichkeit des Gesprächs mit dem Patienten zerstören. Dies ist nur bei einem Missbrauch des Videos, also einem Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, der Fall. Es ist klar, dass ein Missachten der Schweigepflicht auch ohne Video möglich ist. Wird das Video dem Patienten als selbstverständliches Mittel zur Therapieoptimierung erläutert, wird es problemlos akzeptiert. Auch bei Nachkontrollen bestätigten Patienten immer wieder, dass das Video keine Einschränkung der Vertraulichkeit bedeutet hatte.

Ob darüber hinaus auf Therapeutenseite eigene ungelöste Konflikte und Ängste zur Ablehnung des Videoeinsatzes beitragen, kann nur vermutet werden. Sicher mobilisiert die häufige direkte Exposition mit dem eigenen psychotherapeutischen Handeln in der Beziehung zum Patienten verschiedene Gefühle, die nicht immer angenehm sind.

5. Schlussbemerkungen

Die vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit, die der Qualitätssicherung geschenkt wird, ist eine Chance, die vor allem im Bereich der Neurosetherapien nicht defensiv vertan werden sollte (es wurde in diesem Zusammenhang bereits despektierlich von «billigen Psychotechnokraten» gesprochen [7]). Auch wenn die Stossrichtung der Diskussion vor allem die praktische fachärztliche Arbeit anpeilt, muss die Qualitätssicherung im Gesamtzusammenhang von Weiterbildung, Fortbildung, Forschung und Selbstkontrolle betrachtet werden. Auf all diesen Ebenen besteht ein Nachholbedarf zur Offenlegung der praktischen therapeutischen Arbeit. Der Einsatz von Video kann dazu Wesentliches beitragen, allerdings ist das Auswerten der Videos eine Kunst, die ähnlich wie das Auswerten von Röntgenbildern gelernt sein will. Auch garantiert der Videoeinsatz alleine noch keine Qualität.

Ausnahmen im Einsatz von Video gibt es schon lange: z. B. erlebte ich als Student in den 70er Jahren Videoseminare bei *Dieter Beck* an der Psychosomatischen Station in Basel. Als Assistent konnte ich *Jürg Willis* Videos von Familiengesprächen sehen. Auch nie werde ich das Video von *Otto F. Kernberg* (USA) mit einer Borderline-Patientin vergessen, das er in den 80er Jahren in Zürich präsentierte. Am systematischsten hat aber wohl *Habib Davanloo* (Kanada) [3] diesbezüglich Pionierarbeit geleistet.

Gesamthaft werden die Chancen der Videotechnik, die seit über drei Jahrzehnten kostengünstig zur Verfügung steht, kaum genutzt (vergleichsweise stelle man sich vor, die Möglichkeiten der Radiologie würden in der Medizin jahrzehntelang ignoriert!). Aus ethischer Sicht betrachte ich es als unverantwortlich, dieses exzellente Mittel zur Qualitätsverbesserung der Psychotherapieforschung, Ausbildung und jeder einzelnen Therapie, weiterhin ungenutzt zu lassen. Leider wird dies in der vorgeschlagenen Weiterbildungsordnung [2] nicht berücksichtigt. Auch müssen strukturelle Schranken, v.a. der Ausschluss der Honorierung der Videoarbeit von der Leistungspflicht der Krankenkassen [6], aber auch Zeitmangel infolge der Unterdotierung im Stellensektor, behoben werden. Aus finanzieller Sicht bedeutet dies kurzfristig einen Mehraufwand. Im Lichte der Tatsache, dass die Kosten für psychotherapeutische Leistungen im Vergleich zu den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen und in Relation zu den grossen Patientenzahlen noch immer relativ bescheiden sind [8], sollte dies keine Rolle spielen. Um so mehr als die bisherigen Erfahrungen mit konsequentem Videoeinsatz den Schluss nahelegen, dass dank der zu erwartenden Verbesserungen und Verkürzungen der Therapien der Mehraufwand kompensiert werden kann. □

Literaturhinweise:

1. *Csontos Istvan* (1995): Psychotherapie und Krankenversicherung. Schweiz. Ärztezeitung 76, 748–750.
2. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie (1995): Entwurf Weiterbildungsordnung.
3. *Davanloo Habib* (1990): Unlocking the Unconscious. Wiley & Sons, Aronson, New York.
4. Verbindung der Schweizer Ärzte (1995): Fortbildungsordnung (FBO). Schweiz. Ärztezeitung 76, 1604–1607.
5. *Lachenmeier Heiner* (1992): Precision, Extension and Timing of Interventions in the Course of IS-TDP. Int. J. of Short-Term Psychotherapy, 7, 211–229.
6. Eidgenössisches Departement des Innern (1994): Verordnung 9 des EDI. Über die Leistungspflicht der anerkannten Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen, 15.
7. *Moser Alexander* (1995): Aufbruch zur Medizin ohne Seele. Schweiz. Ärztezeitung 76, 786–792.
8. *Condrau Gion* (1995): Psychotherapie auf dem Prüfstand. Schweiz. Ärztezeitung 76, 1354–1363.

