

Brauchen wir eine neue Psychiatrie-Re-Evolution?

Interview mit Prof. Daniele Zullino, Service d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève

Zullino Daniele, Studer Karl

Karl Studer: Ich bin in den 70er-Jahren «psychiatrisch aufgewachsen» mit der Antipsychiatrie in England und den USA, der deutschen Psychiatrie-Enquête, der Schliessung der Psychiatrischen Kliniken in Italien, mit der Sektorisierung der französischen Psychiatrie und der allgemeinen Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Schweiz. Die Psychiatrie fand Zugang zu politischen Aktionen.

Es waren turbulente Jahre, die das Fach aus der akademischen Tradition des 19. Jahrhunderts aufgerüttelt haben und die uns an dieser Entwicklung haben teilnehmen lassen. Daneben haben wir vielfältige Sozialpsychiatrie- und Psychotherapie-Methoden kennengelernt und auch die Grenzen der Psychopharmakologie erfahren. In der Zwischenzeit hat sich viel verändert, doch in den letzten Jahren scheint sich ein Stillstand eingeschlichen zu haben.

Ist wieder ein solcher Zeitpunkt der Entwicklung und Veränderung gekommen, nachdem die Neuropsychiatrie ohne wesentlichen Nutzen für die Patienten, die Ökonomisierung der Institutionen und die Delegation der Psychotherapie an andere Berufszweige (weg von den eigentlichen Bedürfnissen der Patienten, der Beziehungsarbeit mit Menschen in Krisen) zu ganz anderen Zielsetzungen geführt haben?

Daniele Zullino: Ich teile grösstenteils Deinen Eindruck eines relativen Stillstandes der aktuellen Psychiatrie. Ich glaube zwar nicht, dass die Neuropsychiatrie gänzlich ohne Nutzen ist. Unser neurobiologisches Wissen ist im Verlaufe der letzten Jahrzehnte exponentiell angewachsen. Zu einer wirklichen Umwälzung der psychiatrischen Praxis, wie es der Fall zur Zeit der Psychopharmaka-Revolution der 60er-Jahre der Fall war, hat dies allerdings nicht geführt. Es wird heute sicherlich besser behandelt als zu Beginn meiner beruflichen Karriere Ende der 80er-Jahre. Dies ist aber wohl kaum der neurobiologischen und pharmakologischen Forschung zu verdanken. Etwas zugespitzt formuliert könnte man sagen, dass heute dieselben alten Mittel einfach besser angewendet werden. Die eigentlichen Innovationen der letzten Jahrzehnte sind sicherlich eher der Sozialpsychiatrie und der Versorgungsforschung geschuldet. Die letzten grossen revolutionären Neuerungen waren, als direkte Folgen der grossen Reformbewegungen der 60er- und 70er-Jahre, Umwälzungen der Angebotsstrukturen und weniger die Einführung revolutionärer therapeutischer Methoden.

Die Psychiatrie ist wohl heute tatsächlich weniger turbulent, als sie während der 70er-Jahre war, vielleicht auch deshalb zuweilen langweiliger und – zumindest für gewisse junge Ärzte – weniger attraktiv.

Die Erkenntnisse aus der Sozialpsychiatrie-Forschung scheinen allerdings auch weniger einfach in die Praxis umzusetzen zu sein als z.B. die Einführung neuerer Medikamente. Hierfür mögen verschiedene Faktoren verantwortlich sein:

Sicherlich fehlt Sozialpsychiatern im Vergleich zu Pharmakologen ein entsprechender finanzieller, logistischer und lobbyistischer Rückhalt. Die Ökonomisierung, und insbesondere die Übernahme der strategischen Verantwortungen durch berufsfremde Personen (die CEOs der deutschsprachigen Schweiz, die Directeurs généraux der welschen Schweiz) hat zudem eher eine Stabilisierung des Status Quo zur Folge. Es fördert vielmehr «Gleiches, aber mit weniger Mitteln», als «Neues ... und wir wissen noch nicht, wie es sein wird».

Ein Grossteil der Kollegen entwickelt das eigene Berufsbild zudem während der Weiterbildung um den klinischen Alltag. Klinische Tätigkeit ist aber grossenteils «algorithmische Tätigkeit», die vorgegebenen Regeln folgt und deren Ziel vorgegeben ist. Innovation bedarf hingegen «heuristischer Aktionen», deren Resultat nicht eindeutig vorgegeben ist. Dies verlangt nach Kreativität und es verlangt insbesondere nach Risikobereitschaft – nicht wirklich Eigenschaften, welche in unseren straff hierarchisch organisierten Institutionen und unserem Weiterbildungsprogramm gefördert werden. Dass derzeit die finanziellen Anreize für die Institutionen eher die Rückkehr zu spitalzentrierten Systemen fördern, dürfte heute allen Psychiatern klar geworden sein.

Die Rolle der Universitäten, und hiermit der Universitätskliniken, ist auch nicht zu unterschätzen. Eine akademische Karriere lässt sich mit einem aufmüppigen, umstürzlerischen Charakter heute kaum noch machen. Dies war ja bereits zu Zeiten von Franco Basaglia kaum möglich. Eine akademische Karriere in der Medizin bedarf heute neben Talent und Ausdauer vor allem der Fähigkeit, sein Denken und seine Arbeiten an vorgegebenen Forschungsachsen auszurichten. «Out of the Box»-Denken welches zum Beispiel bestehende Versorgungsstrukturen in Frage stellen könnte, wird eher nicht gefördert.

Correspondence:
Dr. Karl Studer, Praxis im
Klosterhof, Klosterhofs-
strasse 1, CH-8280 Kreuzlin-
gen, Karl.studer[at]blue-
mail.ch

KS: Was bräuchte es dazu und wo sollten die Schwerpunkte für die nächsten Jahre liegen?

DZ: Die Reformbewegungen der Psychiatrie der 70er-Jahre und jene im Bereich der Suchtpsychiatrie der 90er-Jahre haben gezeigt, dass Innovationen nicht nur Ideen und Risikobereitschaft brauchen, sondern auch den Schwung und das Beharrungsvermögen grösserer Koalitionen. Die sich um Franco Basaglia in den 60er- und 70er-Jahren gebildete Bewegung dürfte hierzu ein gutes Beispiel sein. Jene, welche die innovative Schweizer Viersäulenpolitik im Drogenbereich möglich gemacht hat, ebenso.

Einzelne Chefärzte, und sind sie noch so charismatisch und risikobereit, vermögen heute kaum noch, alleine unkonventionelle Modelle zu erproben. Die Vernetzung von Gleichgesinnten in Vereinen, Verbänden oder auch in informellen Gruppen ist wohl heute eine Grundvoraussetzung, um der doch etwas ermatteten Psychiatrie wieder neuen Schwung zu verleihen. Eine solche Gruppierung ist z.B. die Bewegung «Un pavé dans le Léman», welche in der welschen Schweiz Akteure aus verschiedensten Berufsgruppen vereint mit der Absicht, abseits der Institutionen neue Modelle zu erdenken, neue Utopien zu erträumen.

Ich bin der Überzeugung, dass die in den 60ern und 70ern begonnene Reformbewegung ihre wesentlichen Ziele (Gemeindenaher Psychiatrie, Einbindung der Patienten in die Gesellschaft, Menschenrechte) noch lange nicht erreicht hat. Es sind dies allerdings Themen, die, wie bereits gesagt, angesichts der forcierten Ökonomisierung der letzten Jahre kaum von selbst wieder zum Tagesgeschäft werden. Stellt sich so die Frage nach der besten Methode. Diesbezüglich bin ich ein grosser Anhänger der von Franco Basaglia angewandten Strategie, die darin bestand, Prozeduren und Strukturen, die verändert werden sollten, einfach unmöglich zu machen, ihnen möglichst grosse Hindernisse in den Weg zu legen, um dann auf die Kapazität der Institutionen zu zählen, sich selbst neu zu organisieren. Wollen wir weniger Hospitalisierungen und insbesondere weniger Fürsorgerische Unterbringungen, müssten diese fast bis zur Unmöglichkeit erschwert werden. Dies ist z.B. eine Methode, welche im Service d'Addictologie des Unispitals in Genf seit einigen Jahren angewandt wird. Fürsorgerische Unterbringungen sind hier grundsätzlich untersagt, Ausnahmen müssen während der Kadersitzung gerechtfertigt werden, und insbesondere muss dargelegt werden, welche alternativen Mittel versucht wurden. Dies veranlasst Mitarbeiter, nach neuen, gemeindenahen und häufig nicht-ärztlichen Lösungen zu suchen. Um es kurz zu sagen: Reform braucht Mut und Freunde.

KS: Sind die grossen, meist überfüllten Kliniken mit ihrem kollektiven Denken nicht Anachronismen aus dem 19. Jahrhundert, wo noch wenige Mittel zur Verfügung standen? Werden sie nicht zunehmend ökonomisch optimiert, ohne dass jemand darüber nachdenkt, ob sie in einer modernen, individualisierten Psychiatrie überhaupt noch gebraucht werden?

DZ: Auch hier kann ich nur mit Dir einverstanden sein. Psychiatrische Kliniken sind – wie von Michel Foucault eindrücklich aufgezeigt – ein Relikt aus der Gründungszeit der Psychiatrie. Sie sind unter anderem dem Modell der Leprakolonien und den mittelalterlichen Hospizen nachempfunden, d.h. Institutionen, in denen bis zum

Lebensende hingesiecht wurde und die dazu dienten, die Stadt vor der Seuche zu bewahren. Sicherlich kein Modell, welches zur heutigen Auffassung psychiatrischer Störungen passt. Es gibt wohl kaum medizinische Gründe im engeren Sinne für die Existenz psychiatrischer Spitäler. Die Infrastruktur einer Intensivstation steigert z.B. die Überlebens- und Heilungschancen im Falle eines Herzinfarktes deutlich. Gleiches kann von der psychiatrischen Klinik in Bezug auf psychiatrische Störungen kaum einmal behauptet werden. Alles, was in einem psychiatrischen Spital an Behandlungen, Pflege, Betreuung angeboten wird, kann gemeindenah ebenso gut angeboten werden, inklusive Hotellerie und zeitweise Distanzierung vom Lebensumfeld. Dass dies möglich ist, ist in mehreren Städten Europas bereits aufgezeigt worden, z.B. in Lille (Frankreich) oder Triest (Italien). Die psychiatrische Klinik in ihrer auch heute noch weiterbestehenden Form, ist primär das Produkt sozialer, politischer und juristischer Prozesse.

KS: Was ist mit dem Schlagwort der Sanitätsdirektoren von vor mehr als zehn Jahren «ambulant vor stationär» passiert? Ging es vergessen oder entspricht es doch nicht den Bedürfnissen der Patienten? Wo sind die therapeutischen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte geblieben?

DZ: Ich glaube nicht, dass das Prinzip vergessen gegangen ist. Aber es ist ein Prinzip, welches vom Tagesgeschäft verdrängt wird. Es lässt sich mit dem «Virage ambulatoire» weder sichtbar Geld, noch kurzfristig Politik machen, und ich meine das in keiner Weise polemisch. Es müssen für dies eben ständig langfristige strategische Vorhaben gegen kurzfristige Bedürfnisse abgewogen werden. Entwicklungen, welche von der derzeitigen Finanzierung nicht gerade gefördert werden, kosten nicht nur Arbeit und politisches Engagement, sondern kurzfristig auch Geld. Die jährliche Budgetierung einer Institution oder des Kantons sind wohl eher der eigentliche Bremsklotz als ideologische Überzeugungen.

KS: Braucht es überhaupt noch Psychiater? Du kennst ja die Weiterbildungsordnung der SGPP. Ist sie noch aktuell, um den Nachwuchs an Psychiatern und Psychotherapeuten sicherzustellen, oder sterben die Psychiater durch Überalterung langsam aus und überlassen das Feld anderen Berufen?

DZ: Selbstverständlich braucht es weiterhin Psychiater. Und es braucht Psychiater aller Couleur: gute «reine» Therapeuten, selbstverständlich in der Praxis verankerte Forscher, aber auch Psychiater, welche sich der sozialen Rolle der psychiatrischen Diagnose und der psychiatrischen Institutionen bewusst sind, und diese Rolle mitgestalten wollen. Es braucht risikofreudige und gleichzeitig risikobewusste Psychiater.

Lässt sich der Psychiater durch andere Berufe ersetzen? Ich glaube kaum. Die als Student und junger Arzt gemachten Erfahrungen angesichts sämtlicher Leidensformen ist wohl durch nichts zu ersetzen. Das Miterleben von körperlichem Leiden und von «fassbar» lebensbedrohenden Zuständen macht einen wesentlichen Unterschied. Leben, Lebensziele, Lebenspläne werden von einem Arzt in einer Art und Weise verstanden, welche eben dieses «Miterleben» braucht.

Psychiater sind in vielfältiger Weise Brückenbauer, Brückenbauer zwischen verschiedensten Disziplinen, Berufen,

Interessen. Sie verbinden, wie wahrscheinlich kein anderer Berufsweig, die Welt der Geisteswissenschaften mit jener der Naturwissenschaften. Ich bin aber auch davon überzeugt, dass Psychiatrie nur weiter bestehen kann, wenn diese zwei Seiten weiter gepflegt werden. Die Trennung in naturwissenschaftliche, neurobiologische Psychiatrie und geisteswissenschaftliche Psychiatrie ist ein Risiko. Neurobiologische Prozesse zu verstehen ist eben nicht gleichzusetzen mit Menschen zu verstehen, ihre Bedürfnisse zu verstehen. Das Hin- und Herschwingen zwischen diesen beiden Logiken ist eine der wesentlichen Herausforderungen für zukünftige Psychiater.

Die Weiterbildungsordnung (WBO) ist meiner Meinung nach absolut geeignet, diesem Umstand Rechnung zu tragen, und gute und zuverlässige Therapeuten auszubilden. Ich bin aber auch der Überzeugung, dass der WBO nicht mehr abverlangt werden sollte. Jedoch darf sich der Beruf des Psychiaters und vor allem die Rolle des Psychiaters nicht auf diese eine Funktion beschränken. Die Vermittlung strategischen-gesellschaftsrelevanten «Public-Health»-Denkens kommt den Weiterbildungsstellen-Leitern zu, und muss «persönlich gefärbt» sein, um entsprechendes Engagement zu fördern.

KS: *Warum ist die Psychiatrie als medizinisches Fach für junge Schweizer Kolleginnen und Kollegen immer unattraktiv?*

DZ: Dafür sind sicher viele Gründe verantwortlich, und vieles ist bereits diskutiert worden: der vergleichsweise tiefe Lohn, die irriige Idee einer eher esoterischen, wenig auf Konkretem fussendenden Disziplin, die Furcht vor dem Irrationalen etc. Ein wesentlicher Punkt ist aber wohl das Image einer, im Vergleich zu den anderen medizinischen Fachrichtungen, als randständig erlebten Disziplin. Eine Randständigkeit, welche natürlich durch die geographische Isolation der meisten unserer Kliniken noch ausserdem verstärkt wird.

KS: *Gibt es bei all diesen Überlegungen Unterschiede zwischen der welschen und der deutschen Schweiz?*

DZ: Es gibt einiges an Unterschieden, weniger bezüglich der psychiatrischen Praxis an und für sich. Aber in Bere-

ichen wie Debattierkultur und Management von Interessenkonflikten besteht klar ein Röstigraben. Der Kontakt mit der pharmazeutischen Industrie wird z.B. in Lausanne und Genf deutlich strikter geregelt als in der deutschsprachigen Schweiz. Allerdings aufgrund meiner eigenen Arbeitserfahrung in den beiden welschen Unikliniken, als auch jene in verschiedenen Vereinen und Kommissionen der Romandie, kann ich auch sagen, dass die kantonalen Unterschiede häufig mindestens so stark ins Gewicht fallen, wie jene zwischen den Sprachregionen. Was in Genf gang und gäbe ist, muss es nicht unbedingt auch in Lausanne sein. – Elle est belle, la Suisse!

KS: *Du bist ja Chefarzt und akademischer Lehrer und Forscher. Wie soll die praktische Tätigkeit eines regionalen Versorgungsauftrages mit dem Lehrauftrag der Universität in Zukunft verknüpft sein? Wäre hier auch eine Optimierung denkbar?*

DZ: Ich erlebe heute die Rolle im Spital und an der Universität als zwar gegenseitig bereichernd, aber dennoch häufig verschiedenen Gesetzmässigkeiten folgend. Das Universalgenie, welches herausragende klinische Fähigkeiten mit geschäftsführenden Kompetenzen vereint, und gleichzeitig brillierender Pädagoge und international gefeierter Forscher ist, war schon immer Legende und ist in unserer Zeit auch absolut unmöglich. Dem tragen die medizinischen Fakultäten heute bereits Rechnung, indem sie z.B. die Anforderungen für Promotionen der vornehmlichen Ausrichtung der Kandidaten anpassen. Von einem mehrheitlich klinisch tätigen Arzt kann z.B. nicht unbedingt die gleiche Publikationsproduktivität erwartet werden, wie von einem hauptsächlich in der Grundlagenforschung tätigen Kollegen.

KS: *Was wolltest Du den Mitgliedern der SGPP schon immer einmal sagen ?*

DZ: Die psychiatrische Praxis gehört in die Gemeinde, in die Wohnungen, auf die Strasse. Das ambulante Modell sollte nur eine Übergangslösung sein. Und: schafft die Kliniken ab oder versucht es zumindest! Oder um es mit Franco Basaglia zu sagen: «La libertà è terapeutica» – Die Freiheit ist therapeutisch.