

Interview mit Prof. em. Dr. med. Dieter Bürgin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychoanalytiker SGPsa/IPA, Basel

# Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Quo vadis?

Dieter Bürgin, Karl Studer

Wo steht die Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie heute und wohin geht der Weg?

**Karl Studer (KS): Sie sind seit mehreren Jahren als Chefarzt und Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Basel emeritiert. Wie gestaltet sich Ihr «Ruhestand»?**

Dieter Bürgin (DB): Als Chefarzt hatte ich stets das Prinzip, immer ein Kind, einen Jugendlichen und zwei Analysanden selbst zu betreuen und zu behandeln, um psychotherapeutisch «à jour» zu bleiben. Heute bin ich mit meiner Praxis, mit Vorträgen und Supervisionen im internationalen Bereich voll ausgelastet und will diese Tätigkeit weiterführen, solange es mir wohl dabei ist und ich meine Arbeit selbstkritisch hinterfragen kann.

**KS: Wie sehen Sie die Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) im Rückblick und im Ausblick auf die Zukunft?**

DB: Die KJP ist ein junges medizinisches Fachgebiet. Es existiert offiziell erst seit 1957. In den letzten Jahren wurden viele neue ambulante und stationäre Angebote eingerichtet, neue Behandlungsmethoden eingeführt, eine eigentliche Blüte dieses Faches.

Doch ich werde den Eindruck nicht los, dass sich die KJP – und möglicherweise auch die Erwachsenen-Psychiatrie – langsam selbst abschaffen könnte. Ich vermute, dass dies mit dem Selbstbild der Psychiater zu tun hat, das sich nicht auf ein sicheres Konzeptualisierungsmodell abstützen kann. Wohl besteht ein dichtes Netz von ambulanten und stationären Einrichtungen und von der Praxistätigkeit kann jeder Psychiater sein Auskommen haben, wenn auch am Ende der Ärzte-Einkommensskala, doch bleibt der fachliche Nachwuchs zunehmend aus.

Wir haben uns von der restlichen Medizin – oder durch uns selbst? – ein Randdasein zuweisen lassen, wobei wir doch ein äusserst spannendes Fach mit Überlappungen in andere humane Fächer (naturwissenschaftliches, psychologisches, soziales und pädagogisches Gedankengut) vertreten. Von aussen betrachtet sieht es oft so aus, wie wenn wir nichts zu bieten hätten.

**KS: War das schon immer so?**

DB: Nein. Ich habe oft erlebt, dass wir, wenn wir unsere Tätigkeit, unsere Aufgabe, unsere therapeutischen Möglichkeiten den anderen medizinischen Kollegen gezeigt haben, auf viel Interesse und Verständnis sowie auf Unterstützung gestossen sind. Es braucht allerdings Menschen, die diese Brückenfunktion der Vermittlung zu ihrer Sache machen und nicht einsam in ihren Büros arbeiten. Dies betrifft auch die erwähnten Fachbereiche, zu denen ein dauernder Austausch stattfinden muss, eine permanente Diskussion erfolgen sollte.

Heute versuchen viele Kollegen, dies alleine über die naturwissenschaftliche Schiene zu tun, um im Bereich der Medizin mehr Akzeptanz zu erlangen. (In der Forschung stehen z.B. die bildgebenden Verfahren und der Neuro-Stoffwechsel im Vordergrund.) Das alleine entspricht aber selten der Problematik und den Bedürfnissen unserer Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien. Die Komplexität unseres Faches ist gross, es hat bedeutend mehr zu bieten.

**KS: Wie steht es denn mit der Forschung in der KJP?**

DB: Für viele junge Schweizer Kollegen ist Forschung ein Fremdwort. Sie wollen so schnell wie möglich in die Praxis gehen. Ganz allgemein fehlt es in der KJP an systematischer universitärer Nachwuchsförderung und an den notwendigen Investitionen. Durch den Nationalfonds werden vor allem die naturwissenschaftlichen Untersuchungen gefördert. Wir verfügen über viele fähige Kollegen aus dem nahen Ausland, doch diese benutzen ihre Positionen immer wieder als Sprungbrett, um auf Posten in ihrem Herkunftsland gelangen zu können. Die Besetzung einzelner Lehrstühle in der Schweiz bleibt somit schwierig. Die KJP ist in den Fakultäten oft mit zu wenig Nachdruck vertreten. Es fragt sich aber überhaupt, ob heutzutage in diesem Fach nicht eine grundsätzliche Neustrukturierung zwischen Klinik und Forschung sinnvoll wäre, z.B. je eine

klinische und eine Forschungsprofessur pro Universitätsklinik, mit der Verpflichtung zu einer engen, sich ergänzenden Zusammenarbeit.

**KS: Wie sollte denn die Forschung in der KJP in der Schweiz organisiert sein?**

DB: Viele Forscher arbeiten international an ähnlichen Themen. Was oft fehlt, ist eine ausgewogene Vielfalt und Originalität der zu beforschenden Inhalte. Statt kleiner, rivalisierender Forschungsgruppen könnte – im Sinne einer übergeordneten Gesamtforschung eines so kleinen Fachgebietes – auch an ein Kooperationsmodell der Universitätskliniken gedacht werden. Es könnten z.B. klinikübergreifende Forschungsteams gebildet werden, die einander methodisch ergänzen und die Problematik unserer Patienten in den Vordergrund rücken würden.

Ähnlich liessen sich durch die Unikliniken – statt alles selbst leisten zu wollen – auch schweizweit gemeinsame Spezialsprechstunden zu einzelnen Themen einrichten. Hierbei wäre allerdings eher an ein Kooperationsmodell statt an ein Konkurrenzmodell zu denken. Die entsprechenden erfahrenen Spezialisten müssten mobil sein, rotieren und bei Bedarf angefordert werden können. So liessen sich auch genügend grosse Fallzahlen zusammenbringen. Die Schweiz ist zu klein, als dass alle alles machen sollten.

Bei jungen Forschern ist die Neugier, wie Menschen bio-physiologisch funktionieren und wie sie in kulturellen und gesellschaftlichen Interaktionen ihr Leben gestalten (oder eben es nicht schaffen, diesen Anforderungen gerecht zu werden), ins Zentrum zu stellen. Hieraus ergeben sich unendlich viele spannende Fragen. Man kann die Komplexität der menschlichen Möglichkeiten doch als Bereicherung und Herausforderung sehen. Es gibt kaum ein anderes medizinisches Fach, das den Menschen und ihren Problemen so nahesteht. Studierende und junge Kollegen sind doch von Natur aus neugierig und interessiert.

**KS: Wäre das der Schlüssel zur Rekrutierung akademischer Lehrer?**

DB: Es dürfen nicht nur die Impact-Faktoren, d.h. die Forschungs- und Publikationsaktivitäten, ausschlaggebend sein für die Wahl von Professoren, sondern auch ihre menschlichen, didaktischen und Führungskompetenzen. Bei für den akademischen Beruf geeigneten jungen Kollegen kann mit einer vorläufigen Ernennung eine dreijährige Probezeit (tenure track) eingebaut werden, um herauszufinden, ob es sich um die richtigen Leute zur Ausbildung junger Ärzte, der Leitung einer Klinik und der Organisation von Forschung handelt.

So, wie es zur Zeit läuft, ist es für Studenten offenbar wenig attraktiv, sich mit Psychiatrie und KJP zu befassen. Demzufolge interessieren sich auch zu wenig Kollegen aus der Schweiz. In unserem reichen Land bildeten wir zu wenig Ärzte aus und importierten lieber im Ausland ausgebildete Kollegen mit anderem kulturellen Hintergrund. Dies ist für uns zwar eine «solution de facilité», für die anderen Länder hingegen oft schlimm. Hier sind einmal mehr die Politiker und die Universitäten gefragt.

**KS: Ein grosser Teil der KJP-Patienten wird in den Praxen der Freipraktizierenden behandelt. Wäre allenfalls hier eine Synergie möglich?**

DB: Die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und den Praktikern wird vielfach vernachlässigt. Es bestehen beidseits grosse Vorurteile. Der «Arroganz» der akademischen Lehrer steht eine Abwehr der Praktiker gegenüber. Auch hier bedarf es eines anhaltenden Brückenbaus, da beide Seiten für die Versorgung der Population zuständig sind. Eine enge Kooperation wäre nicht zuletzt auch sicher deshalb sinnvoll, weil die Forschung so unterstützt und die Weiterentwicklung des Faches gefördert werden könnte.

**KS: Worin besteht denn letztlich der Auftrag an die Kliniken?**

DB: Die Kliniken müssen, entsprechend der Komplexität der Fragestellungen, für ihren grossen Aufwand eine Mehrleistung anbieten, wie z.B. die Präsenz rund um die Uhr und multidisziplinäre Teams. Ihre Aufgaben verlangen eine hohe Kompetenz aller Mitarbeiter und Berufsgruppen für eine integrierte Teamarbeit, die laufend reflektiert und ausgewertet werden muss. Die Patienten sollen als Individuen von dieser Integration profitieren können.

Daneben brauchen die Kliniken Schnittstellen zur Ambulanz, zu Tageskliniken und Beratungsstellen aller Art, um den Fluss der Behandlungen nicht abbrechen zu lassen. Die Leitung hat die Aufgabe, diese Dynamik zu ermöglichen und Kohärenz zu schaffen, die Teams integrativ zusammenzuschweissen.

So müssen sich die Kliniken immer neu definieren, die Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter und Berufsgruppen synergistisch nutzen, damit das Innenleben der Patienten, das sich im stationären Bereich auf die verschiedenen Mitarbeiter einer Klinik auffähert, durch diese zusammengefügt und in seiner Komplexität erfasst werden kann. Nur auf diese Weise, d.h. durch die Teamleistung, erfährt letztlich der Patient einen Gewinn. Aber gerade hier beginnt die Identitätsproblematik junger Ärzte.

**KS: Worin besteht diese Problematik hier?**

DB: Die somatische Medizin hat mit dem naturwissenschaftlichen Modell grosse Fortschritte gemacht. Im Unterschied dazu bestehen in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP drei Modelle, die es zu integrieren gilt: einerseits ebenfalls das naturwissenschaftliche Modell mit der Neurophysiologie des ZNS, dann das psychotherapeutische (d.h. psychodynamisch-familiale oder verhaltenstherapeutische) Modell, das die innerpsychische Dynamik abbildet, in der Ausbildung aber zu wenig berücksichtigt wird, und letztlich das soziale Modell, von dem in der ärztlichen Ausbildung zu wenig die Rede ist. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung muss immer alle drei Modelle berücksichtigen. Das bedeutet allerdings eine grosse Anstrengung und hat mit langer, intensiver Persönlichkeitsbildung zu tun, die oft aufwändig und unbequem ist. Aber nur durch Kompetenz auf allen drei Ebenen können wir der Realität unserer Patienten gerecht werden und gezielt behandeln. Entspricht das nicht dem heute vielzitierten Begriff der «Ganzheitlichkeit»?

**KS: Welche Rolle spielt das edukative Moment in der Tätigkeit der KJP?**

DB: Das edukative Modell ist kein eigenes Modell. Es gilt bei allen erzieherischen Fragen, den jeweiligen Entwicklungsstand der einzelnen Patienten zu berücksichtigen. Denn es sind nicht einzelne pädagogische Handlungsanweisungen zu berücksichtigen, sondern es geht um die Erfassung des intrapsychischen Zustandes jedes einzelnen Patienten in seiner Interaktion mit dem entsprechenden Umfeld.

**KS: Welche Bedeutung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit haben die verschiedenen Psychotherapie-Ansätze?**

DB: Die Verhaltenstherapie ist dem medizinischen Modell am nächsten: Symptome sollen therapeutisch eliminiert werden. Für den psychoanalytisch-psychodynamische Ansatz stellen Symptome Indikatoren für eine spezifische Störung der Innenwelt eines Individuums dar und müssen als solche reflektiert werden. Beim systemischen Denken sollen die intrafamilialen Beziehungen oder die Umgebung neu strukturiert werden, um Bedingungen für eine heilsame Entwicklung der Betroffenen zu ermöglichen. Eine multi faktorielle Herangehensweise ist sicher oft angemessen, braucht jedoch eine sorgfältige Klärung und Gewichtung der einzelnen, oft wenig kompatiblen Schritte und damit noch vermehrt forschungsgesicherte Erfahrung in den nächsten Jahren.

**KS: Was möchten Sie den Lesern dieser Zeitschrift noch auf den Weg geben?**

DB: Die Erwachsenenpsychiatrie und die KJP sind Teile der Medizin, stehen aber etwas marginal und müssen sich mit vielen anderen Fachgebieten verzahnen. Dies schafft Identitätsprobleme und verunsichert die Vertreter des Faches. Neben einer sorgfältig abgewogenen Anwendung einer hilfreichen Pharmakotherapie ist der psychotherapeutischen Unterstützung des Einzelnen und seines Umfeldes grösste Beachtung zu schenken. Die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Freipraktizierenden ist essentiell und hat auf gleicher Augenhöhe zu erfolgen. Stationäre und halbstationäre Behandlungen sollten – entsprechend der hohen Kosten – eine spezifische Legitimierung ihres Mehrwertes gegenüber ambulanten Angeboten nachweisen können. Für die Forschung brauchen insbesondere die Universitätskliniken der KJP eine grössere Grundausstattung.

**Korrespondenz:**

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