

Viele Möglichkeiten, viel Veränderungsbedarf

Undine Lang, Karl Studer

Prof. Dr. med. Undine Lang wird auf der Website der UPK Basel mit dem Statement zitiert, das Hauptanliegen aller fachwissenschaftlichen Bestrebungen sei für sie stets die Sorge um den einzelnen Menschen selbst und sein individuelles Schicksal. Im SANP-Interview erläutert sie ihre Position und berichtet über die aktuellen Herausforderungen in ihrem Berufsalltag.

Karl Studer: Was bewegt Dich derzeit bei Deiner Tätigkeit als Klinikdirektorin der Erwachsenenpsychiatrie und Privatklinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel?

Undine Lang: Ich erlebe in der Klinikleitung und in Kommissionen bei der Einstellung von Professoren immer wieder das Problem der Vereinbarkeit von Forschung, Lehre und Dienstleistung. Der exzellente Forscher hat wenig klinische Praxiserfahrung, dem exzellenten Kliniker fehlt das Verständnis für hochkarätige Forschung, die oft nicht direkt anwendbar ist. Als Klinikdirektorin vermittele ich eine Haltung, die in meinem Falle eine Priorisierung einer hervorragenden klinischen Versorgung für jeden eintretenden Patienten ist. Das bedingt, dass die Gestaltung und Durchführung von Forschung durch Mitarbeiter gestützt werden muss, die dann klinisch entlastet werden. Hier habe ich grosses Glück, da wir kompetente Forscher an den UPK haben. Mich beschäftigt trotzdem die Verbindung aus Klinik und Forschung, damit das, was wir in der Klinik an Innovationen entwickeln, auch publiziert werden kann und publizierbar ist.

Viele psychiatrische Lehrstuhlinhaber, insbesondere in Deutschland, sind unter dem wissenschaftlichen Leistungsdruck in Themen präsent, die eher theoretisch und nicht anwendungsorientiert sind und damit einen hohen wissenschaftlichen Output ermöglichen, woraus allerdings nicht zwangsläufig eine Verbesserung der klinischen Versorgung resultiert.

Psychotherapieforschung etwa, die Einführung und Testung neuer Medikamente und Behandlungsmethoden oder sozialpsychiatrische Forschung, d.h. wie wir Menschen innovativ in die Gesellschaft einbetten können, wie wir Menschen auf Augenhöhe besser abholen können, sind schwieriger publizierbar, werden kritischer beurteilt und schlechter gefördert. Es ist wenig Veränderung im klinischen Alltag der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten spürbar. So sind nach wie vor von 400 deutschen psychiatrischen Kliniken 380 ge-

schlossen. In der Schweiz sind mir nur zwei offene Kliniken bekannt. Das stigmatisiert die Psychiatrie und sorgt dafür, dass viele Menschen unbehandelt bleiben, da sie Angst vor der Behandlung haben. Ich selber konnte meine Artikel zu Behandlungsvorteilen einer offenen Psychiatrie kaum unterbringen, was für jedes Bildgebungs- und Biomarker-Paper kein Problem darstellte.

KS: Was wäre in dieser Situation Deiner Meinung nach notwendig, um wieder Bewegung in die Entwicklung zu bringen?

UL: Ich sehe in der Schweiz sehr positive Entwicklungen und im Zentrum vieler Bemühungen das Bestreben, die alltägliche Versorgung der PatientInnen deutlich zu reformieren und stetig zu verbessern. Mehrere Kliniken arbeiten an einem Öffnungsprozess, Zwangsmassnahmen werden öffentlich gemacht und damit wird daran gearbeitet, sie zu reduzieren, das ist so in keinem anderen mir bekannten Land bisher erfolgt.

In der Schweiz entwickeln eine Menge Leute aus grossen Versorgungskliniken wissenschaftliche Aktivitäten zur konkreten Verbesserung von Behandlungskonzepten; zum Beispiel arbeiten wir hier mit Andres Schneeberger aus Graubünden zusammen, Urs Hepp aus Königsfelden, oder Robert Maier aus Kilchberg und vielen anderen.

KS: Wie viele Betten sollten Deiner Meinung nach in der Regelversorgung der Bevölkerung genügen?

UL: Ich kenne aus Berlin die Situation, wenn im Nachtdienst von 10 Patienten, die aufgenommen werden wollen, 8 nach Hause geschickt werden müssen, Wartezeiten für Entzugsbehandlungen 8 Monate dauern, spezialisierte psychotherapeutische stationäre Konzepte nicht mehr existieren, weil Stationen nur noch für untergebrachte und schwer suizidale Patienten vorbehalten werden können und die ambulante Versorgung dort, wo soziale Not herrscht, verlassen

wurde, da schlicht kein Psychiater dort arbeiten will. Es klingt vielleicht altmodisch, aber ich halte Betten, wenn sie intensive, innovative therapeutische Konzepte vorhalten und allumfängliche Betreuung ermöglichen, für eine gute und gerechte Sache. Da 90% der Basler Patienten proaktiv und freiwillig in die stationäre Behandlung kommen, wäre eine Bettenreduktion in Basel möglicherweise an mancher Stelle mit Ärger und Enttäuschungen verbunden.

KS: Wie könnte die regionale Zusammenarbeit verbessert werden?

UL: Ich erlebe in Basel ein extrem gutes Zusammenarbeiten von Zuweisern und Klinik. Ich bekomme viele Rückmeldungen von niedergelassenen Kollegen, welche Angebote wir verbessern sollten; immer wieder erhalte ich dazu Anrufe und bin in der Fachgruppe der niedergelassenen Psychiater, wo ich sehr viel Feedback hole. Zwischen den Kantonen sieht es manchmal vielleicht ein wenig unkoordiniert aus.

KS: Welche Rolle sollten die Universitären Psychiatrischen Dienste spielen?

UL: Die Universitäten sollten fachliche Inspirationen liefern, das Image des Faches befördern, Innovation und eine klinische Ausbildung auf Topniveau gewährleisten und Spezialisierung in der Behandlung gerade auch für Grenzfälle der Versorgung auf höchstem Niveau ermöglichen. Eine Herausforderung der Universitäten ist die Verbindung zwischen Forschung und Klinik, die Translation. Würde man Klinik von Forschung trennen, wird psychiatrische Forschung inexistent, da Psychiater mit dem wissenschaftlich-theoretischen Niveau von Neurobiologen, Psychologen und heute Mathematikern nicht mehr mithalten könnten und diese wiederum psychiatrisch-klinische Themen oft nicht kennen bzw. auch nicht thematisieren.

Die psychiatrische Forschung hat aus meiner Sicht ein sehr hohes wissenschaftliches Niveau erreicht, hochkarätige psychiatrische Publikationen aus der klinischen Forschung sind heute an der Tagesordnung, gerade hat unsere Suchtabteilung beispielsweise im «Lancet» publiziert zur Behandlung der Kokainabhängigkeit, was zu Beginn meiner Karriere in der Psychiatrie praktisch nicht denkbar war. Herr Kawohl aus Zürich hat mir erzählt, dass derzeit ein psychiatrisches Paper über Suizidalität der meistzitierte und meistbeachtete aktuelle Artikel der ganzen Universität Zürich ist. Solche Entwicklungen helfen unserem Fach, ein modernes und spannendes Image zu behalten. In der Erwachsenenpsychiatrie in Basel haben wir die Forschungsleistung in den letzten Jahren stark erhöht

auf ca. 150 Publikationen in 2015, die insgesamt 450 «impact points» generiert haben. Besonders froh bin ich, dass mindestens die Hälfte dieser Papers konkrete klinische Fragestellungen und Neuerungen thematisieren, wie die Evaluation neuer Psychotherapiekonzepte, die wir eingeführt haben, bei chronischer Depression, Traumatisierung und Altersdepression (Cognitive Behavioral Analysis System Psychotherapy, Interpersonal Therapy), bei Persönlichkeitsstörungen (mentalisierte basierte Therapie), bei akuten Psychosen (metakognitives Training), bei Suchterkrankungen (Seeking Safety) oder bei Angststörungen und Depression (Acceptance Commitment Therapie). Auch haben wir den Einsatz neuer Medikamente und Therapieverfahren getestet wie Ketamin, Cortisol, virtuelle Realität und Sport, Licht und Ernährung.

Die grösste Freude habe ich persönlich an unserem erfolgreichen Prozess der Türöffnung, den wir nach 4 Jahren (ausserhalb der Alterspsychiatrie) letzten Sommer erfolgreich abgeschlossen haben, und der mehr Patientenzufriedenheit, eine niederschwelligere Versorgung, weniger Zwangsmassnahmen, weniger Therapieabbrüche, weniger Verlegungen, eine bessere Stationsatmosphäre und eine andere Haltung bedingt hat, was der Psychiatrie und ihrer Aussenwahrnehmung aus meiner Sicht gut tut.

«Die grösste Freude habe ich persönlich an unserem erfolgreichen Prozess der Türöffnung.»

Tatsächlich zeigte sich in einer Bevölkerungsbefragung in Basel, dass die meisten Basler (90%) Zwangseinweisungen nicht gutheissen und eine Behandlung auf offenen Abteilungen als weniger stigmatisierend erleben. Für solche Evaluationen braucht man meines Erachtens eine Universität, zum Beispiel haben wir in Kooperation mit einem grossen Datenverbund in Deutschland herausgefunden, dass in offenen Versorgungskliniken nicht mehr Suizide und Entweichungen auftreten und Behandlungskomplikationen seltener sind, dafür aber trotz verringerten Zwangsmassnahmen mehr Patienten medikamentös erfolgreich behandelt werden. Diesen Befund haben wir in einer grossen Fallzahl bei einer Fachzeitschrift in Revision und im Falle einer Publikation können wir vielen Psychiatern, die für mehr Patientenautonomie kämpfen, Rückendeckung geben.

KS: Was ist Dir in der Klinikkultur wichtig?

UL: Mir sind flache Hierarchien wichtig, auch wenn die Grösse und Historie unserer Institution das teilweise erschwert bis verunmöglicht. Es braucht Zeit. Inno-

vation ist mir wichtig, also unkonventionelle patientennahe Konzepte und Menschen, die auch mal was ausprobieren und ihren Job mögen und mutig und fröhlich unterwegs sind.

KS: Gibt es für Dich einen Unterschied zwischen psychiatrischer und psychologischer Kompetenz?

UL: Das Wichtigste ist die Haltung zu den Patienten, und die sollte berufsübergreifend auch bei der Pflege ressourcenorientiert und wertschätzend sein. Wichtig ist, dass die Verantwortung für den Patienten und sein Problem gesehen und übernommen wird und dieses in seinem Sinne gelöst wird, ohne zu bevormunden oder übergriffig zu sein. Ärzte und Psychologen haben durch die Ausbildung eine unterschiedliche Sozialisierung und ergänzen und bereichern einander.

KS: Warum sind derzeit die Psychiatrischen Kliniken überfüllt?

UL: Die Anzahl der psychisch kranken Menschen steigt und auch die Inanspruchnahme von Therapie, was ja eigentlich gut ist. Die Liegedauer hat sich stark verringert, gleichzeitig ist es zu einer Verdichtung der Angebote gekommen. Die Qualität der stationären Angebote verbessert sich stetig, es werden komplexe diagnosenspezifische Psychotherapiekonzepte vorgehalten und medizinische Abklärungen und Behandlungsstrategien auf hohem interdisziplinären Niveau.

Manchmal werden soziale Probleme medizinalisiert, und die psychiatrischen Kliniken werden zu Auffangbecken unklarer Behandlungsaufträge zum Beispiel bei familiären Konflikten. Oder es gibt gutgemeinte Ansprüche an Sicherheit und Wohlbefinden, die nicht im Sinne der Patienten sind und nicht eine psychiatrische Therapie beinhalten (zum Beispiel einen suchtkranken Menschen «einfach mal eine Weile wegzusperren und zu einer Abstinenz zu zwingen»). Da ist es an der Psychiatrie, sich nicht allmächtig zu fühlen, sondern auch Eigenverantwortung an die Menschen und die Gesellschaft zurückzudelegieren, das gehört zu einer Behandlung auf Augenhöhe. Dazu denke ich, Psychiater müssen als Anwälte der Patienten fungieren und deren Bedürfnisse verteidigen, auch wenn es dem Umfeld nicht immer passt.

KS: Was sind Deine Anliegen zur Weiterbildung von Ärzten und Psychologen?

UL: Mir ist wichtig, dass die Psychiatrie positiv erlebt und vermittelt wird. Sie ist das komplexeste medizinische Fach, in dem am meisten Innovationen erforderlich sind und die spannendsten Entwicklungen anstehen. Wichtig ist mir, dass die Ärzte und Psycho-

logen vielfältig bleiben, dass keine Grabenkämpfe entstehen zwischen «biologischer Psychiatrie» und «Sozialpsychiatrie», zwischen «Akutpsychiatrie» und «Psychotherapie», tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten, Pflege und Ärzten, Versorgung und Forschung, Forensik und Allgemeinpsychiatrie. Wir schaden unserem Fach enorm, wenn wir die Vielfalt bekämpfen anstatt Synergien zu bilden. In Basel gibt es zum Beispiel sowohl psychodynamische Stationskonzepte wie auch verhaltenstherapeutische. Es gibt viele Kliniker, die dadurch, dass sie mit Forschern zusammenarbeiten, ihre klinischen Erfolge kommentieren können, indem sie biologische Begleitforschung publizieren, und es haben alle Stationen Aufnahmepflicht, nicht nur wenige.

«Patienten sollen immer über Alternativen aufgeklärt werden. Ihr persönlicher Freiraum und ihre Menschenrechte müssen gewahrt und ihre Lebensentwürfe respektiert werden.»

Wichtig in Basel ist mir, die medizinische Angstkultur zu verlassen und damit die Haltung, dass wir als Psychiatrie für alle Aspekte des Lebens unserer Patienten verantwortlich sind und Patienten durch Zwang in ein risikoloses Leben einbetten müssen. Diese Absicherungspsychiatrie führt aus meiner Sicht dazu, dass Menschen die Behandlung meiden, und im Endeffekt zu Nichtbehandlung vieler autonomiebedürftiger Patienten, die durch das Aufzeigen von Alternativen und Möglichkeiten statt Regeln und Vorschriften vermieden werden könnte. Patienten sollen immer über Alternativen aufgeklärt werden. Ihr persönlicher Freiraum und ihre Menschenrechte müssen gewahrt und ihre Lebensentwürfe respektiert werden. Das erfordert einen Vertrauensvorschuss der Ärzte in die Patienten, einen Vertrauensvorschuss von mir in die Ärzte und erfordert auch von meiner Seite bei Komplikationen Souveränität und Gelassenheit. Für Psychologen ist meine Haltung in der Regel nicht neu, sie sind da anders sozialisiert und manchmal sogar progressiver als Ärzte. Diese Kultur entwickelt sich sehr langsam in einer Klinik, aber es macht mir zunehmend Freude, in Basel die ersten Erfolge zu sehen.

KS: Wie wünschst Du Dir die Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Direktion, GL, CEO und VR?

UL: Als ärztliche Direktorin bin ich durch Visiten, in denen ich die Voten der Patienten abhole, meine Vernetzung und Kooperation mit den Zuweisenden und Angehörigen sowie die Rekrutierung von Nachwuchs direkt im operativen Geschäft verankert und kenne die Kompetenzen, Herausforderungen und Chancen in

meiner Klinik sehr gut. Auch kenne ich durch den eng gepflegten Austausch mit anderen Chefärzten in der Schweiz und Deutschland sowie meine kontinuierliche Forschungstätigkeit Trends, Leitlinien und Behandlungsinnovationen in der Versorgung.

Ich wünsche mir vom CEO einen offenen Austausch und eine Unterstützung in der Umsetzung der aus meiner Sicht relevanten Neuerungen oder auch Beratung bei politisch und strategisch relevanten Themen.

Die Geschäftsleitung erachte ich als ein Gremium, in dem jeder Vertreter seine persönlichen Kompetenzen in seinem Bereich einbringt, um am Ende für die Patienten und Mitarbeiter optimale Bedingungen zu schaffen. Idealerweise sollte in der Geschäftsleitung Einigkeit über Prioritäten und Erfordernisse im «Kerngeschäft» bestehen, der Patient und eine erstklassige, konkurrenzfähige medizinische Versorgung sollte an erster Stelle stehen und auch ein gemeinsamer Verzicht auf andere Bedürfnisse möglich sein.

Der Verwaltungsrat sollte gut über die Situation in der Institution Bescheid wissen, diese auch im Kontext anderer Kliniken einordnen und vergleichen können und Rückmeldungen geben aus einer quasi externen Sicht auf die Dinge.

KS: Welchen Stellenwert haben die Universitären Dienste in der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie?

UL: Diese sind sicher ausbaufähig und sollten weiter gestärkt werden. Ich selber geniesse den Einsitz im Organisationskommittee des SGPP-Kongresses, wo ich neue inhaltliche, behandlungsrelevante und innovative Themen höre und einbringe, aber auch erfahren kann, was die Kollegen in der Forschung und Versorgung bewegt.

KS: Wie könnte eine intensivere gemeinsame Forschungstätigkeit mit den andern UPD stattfinden?

UL: Die Zusammenarbeit von Forschern muss immer eine Win-Win-Konstellation sein und erfordert damit eine gute Ergänzung von Themen und Kompetenzen einzelner Forscher. Diese sind wiederum durch die Universitäten definiert. Aus meiner Erfahrung kann man Kooperation in der Forschung nicht erzwingen. Um so mehr bin ich froh, dass sich einige Kollegen in Zürich für unser Türöffnungsprojekt interessieren und auch in der Grundlagenforschung ein gemeinsames «Sinergia-Projekt» aus Zürich und Basel beim SNF ein-

gereicht werden konnte. Auch bezüglich Zwangsmassnahmen gibt es ein Projekt in Vorbereitung, das mehrere Universitäten in der Schweiz und unterschiedliche Disziplinen einschliesst.

KS: Wie schaffst Du es, Deine vielen Aufgaben unter einen Hut zu bringen?

UL: Vor allem musste ich lernen, meine eigene Ungeduld zu bändigen und nicht jedes Problem immer sofort lösen zu wollen, sondern die Entwicklung und Ausrichtung der Klinik in Phasen und längeren Verläufen zu betrachten. Es gibt Prioritäten, wie in meinem Falle die Reduktion von Zwang und eine exzellente Behandlung, und diese Haltung muss ich immer wieder aufs Neue signalisieren. Auch ist sicher eine Kernaufgabe, gute Mitarbeiter zu rekrutieren, zu erkennen, zu fördern und ihnen dann etwas zuzutrauen, ihnen Freiräume zu schaffen. Es gibt Zeiten, wo ich mich stärker in der Klinik durch Visiten einbringe, dann kann ich mich, wenn es gut läuft und Leute motiviert sind, wieder ein bisschen herausnehmen. Wichtig ist, zu erkennen, welcher Mitarbeiter was gut kann, zu delegieren und dann auch Vertrauen und Kompetenzen in die Teams zu geben, dass sie Dinge in meinem Sinn und vor allem in Sinn der Patienten implementieren. Ich habe keine Privatambulanz, die Visiten in der Privatklinik mache ich wöchentlich genauso wie Visiten in der Erwachsenenpsychiatrie, die aufgrund der Grösse seltener ausfallen, ausserdem habe ich grösstenteils klinisch begnadete Ärzte, welche die Patienten hervorragend und in meinem Sinn betreuen.

KS: Was willst Du mir zuletzt noch mitgeben?

UL: Psychiatrie und Psychotherapie ist aus meiner Sicht das vielfältigste, spannendste und innovativste Feld der Medizin. Wir sind ein sehr erfolgreiches Fach sowohl in der Therapie als auch in der Forschung und haben noch viel Veränderungsbedarf und Möglichkeiten. In einer Zeit, in der annähernd 50% der Allgemeinbevölkerung unter psychiatrischen Erkrankungen leiden, scheint es wichtig für die psychiatrische Versorgung, einzelne gefährdete Patienten zu erkennen und ihnen Sicherheit und Therapie zukommen zu lassen. Gleichzeitig gilt es, die Masse der Patienten nicht aus den Augen zu verlieren, die durch ebendiese Sicherheitsmassnahmen, wenn sie zu pauschal angewendet werden, vor einer Behandlung in der Psychiatrie zurückschrecken.

Correspondence:
Dr. med. Karl Studer
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
CH-8280 Kreuzlingen
Karl.Studer[at]bluemail.ch