

„Viel zu wenig Zeit für Gespräche“

■ Fachtag diskutierte Psychiatrieprobleme – und Auswege

Welche Alternativen gibt es zur medikamentösen Therapie in der Psychiatrie und wie aussichtsreich sind sie im Vergleich dazu? Mit dieser Fragestellung beschäftigten sich rund 250 Teilnehmer am 7. April auf einem interdisziplinären Fachtag zur Psychiatrie im Klinikum Bremen-Ost. Neben Vorträgen zum kritischen Neuroleptikaeinsatz und der Vorstellung neuer Therapiemodelle bei Menschen mit Psychosen gab es dort eine Podiumsdiskussion.

BREMEN. Der Impuls für den Fachtag ging von zahlreichen kooperierenden Organisationen der Psychiatrieszene in Bremen aus. Unter dem Motto „Pillen-Reden-Therapie... Vernetzte Psychiatrie?!“ hatten neben dem gastgebenden Klinikum Bremen-Ost auch die Bremer Werkgemeinschaft e.V., die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), Experten Partner-

schaft, die Gesellschaft für Ambulante psychiatrische Dienste GmbH und die Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. eingeladen. Zu der überraschend großen Zahl an Teilnehmern gehörten u.a. Ärzte, Psychotherapeuten, Betroffene, Angehörige, Vertreter von Krankenkassen und Verbänden.

In seinem Vortrag „Pharmakotherapie der Psychosen – warum weniger mehr ist?“ referierte Dr. Volkmar Aderhold ein weiteres Mal über Möglichkeiten zur Reduktion von Neuroleptika. Im Anschluss stellten die Oberärztin Dr. Christine Gabriel und Magdalena Grossniklaus von den Havellandkliniken in Nauen den dortigen, neuen Behandlungsansatz für Menschen mit Psychosen vor (siehe Kasten). Die aktuelle Situation in der Praxis und die Aussicht auf neue Lösungen in der Behandlung wurden anschließend in großer Runde diskutiert. „Eine gute Therapie gelingt nur durch eine konstante Behandlung“, sagte Dr. Martin Heinze, leitender Arzt der Psychiatrischen Behandlungszentren Mitte/West am Klinikum Bremen-Ost. Das Problem bestünde jedoch in den ständigen Brüchen etwa zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Oft werde der Patient während akuter Phasen in der Klinik hoch dosiert mit Neuroleptika behandelt und die Medikation auch nach der Entlassung fortgeführt, obwohl eine Reduktion möglich wäre. Die Frage, ob es zu wenig Zeit für den Austausch mit dem Patienten gibt, wurde von mehreren bestätigt. „Das Problem besteht oft darin, wie man die Zeit heute gut auf die Zahl der Patienten verteilt“, meinte Joachim Loch-Falge, niedergelassener Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Für einen Psychosepatienten blieben ihm innerhalb von einem Monat oft nicht mehr als 15-20 Minuten Zeit. Andernfalls sei ange-

sichts der hohen Gesamtzahl an Patienten keine akzeptable Versorgung zu gewährleisten. Kliniker und Betroffene bemängelten übereinstimmend, die Rolle der Diagnosestellung werde überbetont. „Die Auswahl der Neuroleptika ist je nach Diagnose teilweise sehr unterschiedlich“, so Dr. Volkmar Aderhold. Andererseits sei die Verlaufsbeobachtung ebenso wichtig bei der Medikamentenwahl. „Für die Verlaufsbeobachtung benötigt man viel Zeit, die in unserer technisierten und schnelllebigen Zeit oft nicht vorhanden ist“, beschrieb Heinze die Situation. Mehrfach wurde in diesem Zusammenhang die Frage nach der richtigen Ressourcenverteilung zwischen ambulanter vs. stationärer me-

Gute Behandlung braucht Zeit

dikamentöser Versorgung und gegenüber alternativen Behandlungsformen diskutiert. „Neuroleptika sind keine Zuckertabletten“, unterstrich Heinze. Wegen der Nebenwirkungen gelte es, eine Behandlung sehr gut abzuwägen. Andererseits gäbe es durchaus Fälle, bei denen man um eine Neuroleptikabehandlung nicht herum käme. „Inhaltlich ist es in vielen Fällen besser ambulant zu arbeiten, aber wirtschaftlich ist es für die Kliniken schwierig, denn jedes belegte Bett bringt Geld“, verdeutlichte Dr. Christine Gabriel von den Havellandkliniken den Konflikt in

Modellprojekt Havellandklinik

Dr. Christine Gabriel und Magdalena Grossniklaus von den Havellandkliniken Nauen in Brandenburg stellten den dortigen seit 2007 modellhaft angewandten Behandlungsansatz für Psychosepatienten vor. Die interdisziplinär arbeitenden Therapeuten gehen nach einem bedürfnisangepassten Behandlungsprinzip nach finnischem Vorbild vor. In Anlehnung an die klassische Familientherapie setzen sie als Grundprinzip den „offenen Dialog“ zwischen Patient und Therapeut ein. Dazu gehören offene Fragen, die Förderung des Zuhörens und Austausches. Die Hauptaufgabe des Interviewers besteht darin, das Gesagte aufzugreifen und darauf zu antworten. Ziel ist ein gemeinsames Verständnis dieses „reflektierenden Teams“ in einer sicheren Atmosphäre, in der sich jeder angenommen und gleichberechtigt fühlt. Dabei soll die systemisch netzwerkorientierte Haltung in den Alltag übertragen werden. „Behand-



Blick in die Podiumsrunde. Eine Dokumentation des Fachtags soll auf www.izsr.de/aktuelles.php?WEBYEP_DI=3 veröffentlicht werden.

lungskonferenzen“ ersetzen die herkömmlichen Visiten. In Netzwerk- und Familiengesprächen werden auch Angehörige, Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten einbezogen. Ein „mobiles Psychoseteam“, das auf Früherkennung und Krisenintervention abzielt, begleitet den Patienten auch ambulant weiter. Diese kleinen Teams unterstützen zu Hause oder in der Klinik und sichern so die Beziehungs- und Behandlungskontinuität. Wenn nötig sind Netzwerkversammlungen innerhalb von 24-48 Stunden und in täglichen Sitzungen einberufbar. Seit August 2009 ist eine Krisenwohnung für Patienten angegliedert, die keine stationäre Behandlung, aber vorübergehend einen Schutzraum benötigen. Ein Telefon-Krisendienst rund um die Uhr bietet den Patienten zusätzlich einen niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem. Neuroleptika kommen nur so wenig, so gering dosiert und so kurz wie möglich zum Einsatz. (hrh)

dem Kliniker oft stecken. „Für die Gesprächstherapie bekomme ich 60 Euro pro Quartal und Patient, das Budget für eine Medikamententherapie liegt dagegen bei 110 Euro“, berichtete Joachim Loch-Falge aus der Praxis als niedergelassener Arzt. Es gibt viel zu wenig Zeit für Gespräche zwischen Therapeuten, Patienten und Mitpatienten, bemängelte Marion Korek stellvertretend für die Seite der Betroffenen. Bei den Krankenkassen ist die Ressourcen-Problematik bekannt. „Wenn man es im Interesse der Patienten besser machen möchte, müsste man die Kosten anders berechnen und verteilen“, so Olaf Woggan von der AOK Bremen/Bremerhaven. Er signalisierte hier Gesprächsbereitschaft für die Zukunft. Auch das Zusammenwirken der Therapeuten wurde von vielen Podiumsteilnehmern bemängelt. „Mitunter sind 12-13 Leute mit einem Patienten beschäftigt, aber keiner ist wirklich für ihn da“, meinte Aderhold. Für ihn wäre der Kunstgriff einer besseren Psychiatrie eine bessere Zusammenarbeit. Mehrere Psychiatrieerfahrene mahnten dazu an, die Rolle der Patienten stärker zu gewichten und ihr Expertenwissen einzubeziehen: „Was mich betroffen macht ist, dass wir hier darüber diskutieren, welche Therapie am besten hilft. Schauen Sie sich doch den Patienten an, dann sehen sie wie es ihm geht“, meldete sich ein Betroffener zu Wort. „Die Veranstaltung war ein erster Anlass zur Vernetzung der Akteure untereinander und hat gezeigt, dass wir in Bremen auf diesem Gebiet weiter machen müssen“, sagte Hiltrud Kruckenberg vom DGSP-Landesverband Bremen als Resümee zum Abschluss der Fachtagung.

Heidrun Riehl-Halen



Rund 250 Teilnehmer strömten zu der Veranstaltung. Fotos (2): hrh