

Interview mit Herrn Prof. Dr. Uwe Gonther, Ärztlicher Direktor am Ameos Klinikum Dr. Heines in Bremen durchgeführt von Rose und Hans Schindler

Hans Schindler: Vielen Dank, dass Sie bereit sind, uns etwas über den Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka zu erzählen. Ich habe neulich einmal die These gehört, dass im Prinzip in den letzten 20 Jahren auf diesem Gebiet keine neuen Erkenntnisse zustande gekommen sind. Der bisherige Erkenntnisstand ist höchst unzufriedenstellend. Wie sehen Sie die Situation?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Danke für die Einladung und die Möglichkeit zu diesem Gespräch. Ich kann dem nur zustimmen. Wir betreiben auf der einen Seite intensive Hirnforschung und auch Erforschung an Medikamenten, wo in den letzten 20-30 Jahren auch sehr viele Mittel hineingeflossen sind, und auf der anderen Seite gibt es eigentlich in der klinischen Situation keine wesentliche Änderung im Bereich der Pharmakotherapie. Dies wird zwar im Rahmen von Werbeveranstaltungen immer wieder mal behauptet, aber in der Realität haben wir nach wie vor mit den ganz ähnlichen, etwas variierten Substanzen zu tun, wie wir sie vor über 20 Jahren auch schon hatten, und diese Substanzen sind eben ziemlich problematisch.

Doch mittlerweile stellen wir innerhalb der Psychiatrie/Psychotherapie jetzt gerade eine deutliche Ernüchterung fest, was die Versprechungen der angeblichen Heilkraft angeht. Und da werden dann eben – das betont auch zum Beispiel Peter Lehmann immer wieder – die Argumente der Kritiker wieder laut, die es alle in den 60er-, 70er- und 80er-Jahren auch schon gegeben hat, die aber eine Zeit lang wie ausradiert schienen.

Hans Schindler: Ist es sinnvoll, die verschiedenen Bereiche zu unterscheiden, also Antidepressiva und Neuroleptika, oder sind diese mehr oder weniger gleich problematisch?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Meiner Ansicht nach ist es auf jeden Fall sinnvoll, sie zu unterscheiden, weil sie auch klinisch unterschieden werden. Chemisch sind die sogenannten Antidepressiva und Neuroleptika zwar heterogene Gruppen, aber eine Differenzierung ist trotzdem sinnvoll, weil wir ganz unterschiedliche Zulassungsindikationen usw. haben, um dies zu unterscheiden. Grundsätzlich kann man sich sehr spezifisch die einzelne Substanz beim einzelnen Menschen anschauen und dann sehen, was die Vorteile und was die Nachteile sind. Man kann aber auch eine grundsätzliche Kritik an der Psychopharmakotherapie formulieren und ich glaube, beides ist notwendig.

Vielleicht fange ich mal mit dem Grundsätzlichen an: Das grundsätzliche Problem ist, dass wir alle in den letzten Jahren – oder viele von uns – uns diesen Schritt zu leicht gemacht haben, aus einem psychopathologischen Konstrukt, wie zum Beispiel Depression, was ja allein aufgrund von sprachlichen Kategorien gebildet ist, so zu tun, als hätte es eine wirklich messbare biologische Grundlage. Dass man ein solches Konstrukt zum Anlass nimmt, eine hypothetische, biologische darunterliegende Störung dann mit Medikamenten zu behandeln, von denen man aber gar nicht weiß,

- 1.) was diese Störung genau sein soll
- 2.) und auch nicht genau weiß, was die Medikamente eigentlich alles anrichten. Je genauer man sich die immer wieder behauptete Spezifität biochemisch anguckt, desto weniger bleibt davon übrig.

Praktisch keine der Substanzen ist wirklich ausschließlich in einem Transmitterhaushalt und auch nur in einer spezifischen Region des Gehirns aktiv, sondern man kann das auch „Schrotschussverfahren“ nennen, was man da mit den Medikamenten macht.

Das wäre erst mal allgemein das Problem. Wenn man sich das also theoretisch anguckt, können das gar keine kausalen Heilmittel sein, weil sie auf etwas Einfluss nehmen, von dem wir gar nicht wissen, was es biologisch eigentlich ist.

Etwas spezieller müssen wir dann schauen: Wie ist das bei der einzelnen Substanz, für welche Störungen gibt es wirklich welche Effekte. Außerdem aus meiner Sicht – ich bin ja in dem Sinne kein Wissenschaftler, sondern klinischer Praktiker – stellt sich immer wieder die Frage, was hat das Medikament eigentlich bewirkt oder wie hat sich das über die Zeit weiterentwickelt. Das bespreche ich auch immer mit Patientinnen und Patienten, wenn sie sich überlegen, wie lange sie das Medikament jetzt schon nehmen und wofür sie das mal genommen haben. In einem solchen Gespräch kommt man von ganz alleine zu einer kritischen Haltung bezüglich der Medikamente, weil es fast niemanden gibt, der uns erzählen wird: *„Ja prima, dieses Medikament hat mir geholfen, ich bin wieder ganz gesund geworden. Dann habe ich es abgesetzt und konnte lustig weiterleben.“* Zumindest begegnen mir in einer psychiatrischen Klinik solche Verläufe nicht, sondern eher die Menschen, bei denen man den Eindruck hat, dass sie zu ihrem psychischen Problem durch dauerhafte Medikamenteneinnahme noch ein körperliches dazubekommen.

Rose Schindler: In meiner klinischen Praxis habe ich häufig erlebt, dass die Problembereiche zusätzlich zur Medikation anderer Dinge bedürfen: wie Sozialberatung, Sozialarbeiter, Psychologen, Tagesstruktur, Bewegung und einen Sinn bzw. eine Aufgabe im Leben, etwas, wofür es sich zu leben lohnt. Bei einer solchen Herangehensweise vergeht meistens mehr Zeit als beim Verschreiben von Medikamenten. Ich kann Hausärzte gut verstehen, die hilf-

los sind und keine schnelle Lösung haben und dann das Leid durch die Verschreibung von Psychopharmaka versuchen zu lindern. Ich hatte in der Klinik nicht den Eindruck, dass wir mit den Medikamenten die größte Wirkung erzielt haben, sondern dass eher die Strukturen auf der Station ganz viel zur Entlastung beigetragen und Möglichkeiten geschaffen haben, sich mit Themen zu beschäftigen, um etwas zu verändern.

Hans Schindler: Als ambulanter Psychotherapeut habe ich noch nie die Idee an meine Klienten herangetragen, dass sie Psychopharmaka nehmen sollten. Einige kommen mit Medikamenten zu mir, andere bekommen im Laufe der Zeit Medikamente, weil sie auch noch ambulant psychiatrisch versorgt werden wollen oder wegen Krankenschreibungen müssen. Im Prinzip kann ich nur sagen, dass dies wenige positive Konsequenzen gezeigt hat. Nach meinem Gefühl hat das manchmal eher einen Placebo-Effekt. Aber im Prinzip sind das Wesentliche die Veränderung der Situation und die Wahrnehmung der eigentlichen Situation, die letztendlich bei den sogenannten depressiven Klientinnen und Klienten am ehesten dazu führen, dass ein Leben nach der Depression denkbar wird.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Ich stimme Ihnen beiden zu, mit dem was Sie sagen. Das entspricht auch meinen Erfahrungen, dass die Medikamente für eine bestimmte Zeit eingesetzt werden sollten, dass dann Psychotherapie, Soziotherapie und Bewegungs-, Kunst- oder Musikanteile einsetzen sollten. Das wäre dann sicher eine schöne Sache. Aber häufig läuft es ja genau anders herum, nämlich dass anstelle dieser die Depression wirklich günstig beeinflussenden Veränderungen Medikamente gegeben werden und dann kann es, glaube ich, zu keiner wirklichen Verbesserung führen. Wissenschaftlich ist das eine schon lange geführte Diskussion: Wie groß ist der Placebo-Effekt?

Darüber streiten sich die Gelehrten ein bisschen, aber klar ist, dass er sehr groß ist. Man kann aber eigentlich gar nicht so richtig von einem Placebo sprechen, weil es sich um Medikamente handelt, die eine Wirkung haben. Sie greifen in den Hirnstoffwechsel und auch in andere Stoffwechselbereiche ein wie beispielsweise das Verdauungssystem usw. Die Menschen merken, dass sich etwas ändert, und verbinden mit dieser erheblichen Veränderung des körperlichen Empfindens natürlich dann stark die Hoffnung, dass es ein sehr potentes Mittel sei, was ihnen die Veränderung beschert, beispielsweise einen ganz trockenen Mund, Durchfall oder Verstopfung. Bei solchen deutlichen Veränderungen durch ein Medikament erwarten die Betroffenen dann, dass jetzt auch etwas anderes passiert, wie es auch vorhergesagt wurde: *So in 2-3 Wochen werden sie es merken* – und das ist ja eine sehr starke Hoffnung, die ihnen da gemacht wird. In diesem Sinne haben Heilerinnen und Heiler immer versucht, gerade auf das, was wir jetzt „die Psyche“ nennen, mit anderen hypnotherapeutischen Verfahren Einfluss zu nehmen, etwa mit magischen Ritualen usw. Ich finde das auch gar nicht so verkehrt, wenn man sich dessen bewusst wäre, was man da tut. Wenn

man sich genau Rechenschaft darüber ablegt, wo die Risiken und Nebenwirkungen sind, eben nicht von Placebos, sondern solcher Substanzen, die allerlei im Organismus verändern können, und dann wird es schon kritisch: Weil das natürlich keiner macht. Es sagt ja niemand: *Ich gebe Ihnen jetzt Medikamente, da werden Sie Ihr blaues Wunder erleben und hinterher geht es Ihnen vielleicht auch besser*, sondern es wird eben als punktgenaues Heilmittel eingesetzt und meiner Meinung nach liegt in diesem Bereich ganz viel Problematik. Man müsste den Leuten „reinen Wein“ einschenken, was man da eigentlich mit den Medikamenten macht. Dann würden sehr viele höchstwahrscheinlich sagen: Ich möchte es doch lieber anders.

Ich kenne auch Patientinnen und Patienten, die dann erst recht sagen: *„Ja, das möchte ich“*, weil es das Problem von depressiven Menschen ist, dass sie sich so erleben, dass es nicht mehr weitergeht. Sie haben eigentlich schon alles versucht, in der Regel mit der Familie, mit verschiedenen Freunden, vielleicht auch schon mal mit heilpraktischen oder auch therapeutischen Behandlern gesprochen. Sie haben das Gefühl, es geht ihnen trotzdem nicht besser, und dann kann so etwas, was das Ganze auf eine körperliche Ebene hebt oder senkt – je nachdem wie man es sieht –, natürlich eine damit verbundene Erleichterung sein.

Rose Schindler: Man kann dadurch auch etwas Verantwortung abgeben. Ich habe häufig bei Patienten erlebt, dass sie dadurch entlastet waren, dass sie nicht in der Verantwortung stehen, als erstes selber etwas zu tun, sondern *es passiert etwas in meinem Körper und ich gewinne Kräfte, um mich dann mit mir zu beschäftigen*. Das ist der Vorteil von der Arbeit in einer Psychiatrie, wo ich diesen Verlauf als Psychotherapeutin begleiten kann. Als Psychotherapeutin und als Psychiater ist man ganz nah dran an der Situation. Schwierig finde ich die „Allein-daheim-Versuche“, wo die Person massive Medikamentennebenwirkungen haben kann und dies alleine durchstehen muss. Ich hatte eine Freundin, der dies passiert ist. Sie wurde von der Medikation körperlich so schwer beeinträchtigt, dass sie kaum noch aufstehen konnte.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Ich glaube, wir drei an diesem Gespräch Beteiligten und viele andere, die ich kenne, die in dem Feld tätig sind, merken, dass es mit dieser direkten Übersetzung eines psychischen Problems in eine körperliche Behandlungsmethode eigentlich gar nicht funktionieren kann. Das erleben wir im Alltag immer wieder. Betroffene kommen und wollen Medikamente und dieser Wunsch wird nicht kritisch reflektiert. In der kritischen Reflexion würde auch eine große Chance von Stärkung der Betroffenen, von Empowerment und Weiterentwicklung liegen. Aber wenn die Patienten einfach nur in ihrem Wunsch nach Lösung von außen durch so eine und dann möglicherweise auch sogar noch gefährliche Kur bestärkt werden, ist das etwas, was auch eine uralte Kritik von psychologischer Seite an solchen Behandlungsverfahren hervorruft. Gerade von der psychologischen Seite her,

wurde das als Attribuierungsfehler formuliert, den die Leute machen. Das ist nicht nur mal eben so „*Ach schade, jetzt habe ich es falsch gemacht, jetzt mache ich es anders*“, sondern das schreibt ja im Grunde genommen die eklatante Hilflosigkeit weiter fort. Wenn man selbst nichts dafür tun kann, um aus der Depression herauszukommen, sondern darauf warten muss, dass einem die richtige Substanz vom richtigen Wundermann verordnet wird. Die noch krassere Variante davon ist die Elektrokrampftherapie.

Hans Schindler: Sie sprechen implizit noch ein anderes Thema an. Wir können feststellen, dass sogenannte Komorbidität immer weiter um sich greift. Das heißt, dass die Medikamente nicht nur nicht punktgenau wirken, sondern dass, wenn dies die einzige Therapie ist, Menschen auch noch andere Auffälligkeiten zeigen als die, die sie zu Beginn hatten. Ab einem bestimmten Zeitpunkt werden immer mehr Doppel- und Dreifachdiagnosen gestellt und dann folgen auch Doppel- und Dreifachmedikationen, also das genaue Gegenteil von punktgenauer Medikation.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Ja, das ist ein Riesenproblem und der Anlass, von dem aus man die Diskussion auf jeden Fall mindestens zurzeit wieder aufrollen kann. Soweit ich weiß, wird im Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen (GBA) darüber beraten, was man effektiv dafür tun kann, die in der Psychiatrie so weit verbreitete Polypharmazie zu beschränken und möglicherweise sogar zu verbieten. Denn gerade diese Kombinationen, die Sie ansprechen, wo oftmals ein Phasenprophylaktikum, Neuroleptikum, mehrere Antidepressiva und dann vielleicht noch Tranquilizer und eventuell noch Schlafmittel, in denen Pregabalin, also gegen angebliche Schmerzen, enthalten ist, sind durch nichts zu rechtfertigen. Außer auf dem Umweg über diese Vielfachdiagnosen, die dann auch wieder alles andere als spezifisch sind. Irgendwann hat jeder aus jedem Hauptkapitel des ICD seine Einträge. Dagegen will, soweit ich weiß, der Gemeinsame Bundesschuss jetzt angehen. Es wird in den nächsten 2-3 Jahren überlegt, wie man das möglicherweise sogar verbieten kann, weil es dafür tatsächlich keine Grundlage gibt, so dass die verschiedenen Kliniken und niedergelassenen Verschreiber wesentlich mehr in die Argumentationsverpflichtung genommen werden, um so etwas zu rechtfertigen. Dies kann man im Grunde genommen jetzt durch das Aneinanderreihen von Diagnosen begründen: Das brauchen wir dafür, dass dafür usw. Diese Kombinationen sind jedoch nicht in ihrer Wirksamkeit und schon gar nicht in ihrer Gefährlichkeit überprüft worden.

Rose Schindler: Ist es mehr ein Ausdruck von Glauben an die Wirksamkeit der Medikamente oder mehr der Überforderung, nicht zu wissen, was ist das, was am Ende hilft? Ich probier's erst mal mit allem! Was würden Sie sagen?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Also, ich denke, es ist tatsächlich auch ein Ausdruck der Hilflosigkeit von denjenigen, die verschreiben. Das sieht man auch bei den Verschreibenden, dass dieser Attribuierungsfehler Folgen hat. Weil man nämlich erwartet, *wenn man doch nun schon so genaue Diagnosen macht*, diese aber leider gar nicht genau sind, weil man vier oder fünf davon angibt, *dann muss man dem doch auch jeweils als Antwort etwas biologisch entgegensetzen* und dann landet man bei diesen Kombinationen. Anstatt sich noch einmal, bevor man einsteigt in dieses Karussell, Gedanken zu machen: *Was ist das an Leid bei dem jeweils mir begegnenden individuellen Menschen, der als Klient oder Patient zu mir kommt? Was ist das für eine Geschichte? Wie kann derjenige selbst durch eine Besinnung darauf reagieren, was kann und will er oder sie im Leben ändern? Wie kann daraus eine Handlungsverabredung erfolgen?* Dann kann man sich möglicherweise überlegen, ob dies zeitweise auch durch Substanzen hilfreich begleitet werden kann, wobei solche Untersuchungen nach meiner Kenntnis bisher noch gar nicht gemacht wurden. Man sollte also den Schwerpunkt auf die psychosoziale Therapieplanung setzen und dann überprüfen, ob die Menschen begleitend etwas zur Beruhigung brauchen, damit sie schlafen können und überhaupt in ein solches Programm hineingehen können. In Ansätzen gibt es so etwas in Finnland von Jaakko Seikkula zum Open Dialogue. Die zeigen genau das: Wenn es uns gelingt, uns im Hilfesystem mit den Betroffenen und ihren Familien gut abzusprechen, auf Augenhöhe zu beraten, wie es eigentlich weitergehen soll, sinkt nicht nur der Medikamentenverbrauch, sondern auch die Anzahl der Diagnosen. Von daher gibt es schon wissenschaftliche Ansätze, die das stützen.

Rose Schindler: In Deutschland machen wir dieselbe Erfahrung in den Soterias. Ich habe vor kurzem einen Vortrag zu Modellprojekten in Berlin und Hamburg gehört, in denen die Medikamenteneinnahmen gesunken sind.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Das finde ich gut, wenn dies bei denen tatsächlich so ist. Bei uns in der Klinik zum Beispiel sind wir jetzt im 3. Jahr dabei, den Medikamentenumsatz zu senken.

Rose Schindler: Wobei dies immer noch Ausnahmen sind.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Genau, ich glaube, dass der Wind sich dreht, aber nicht mit einem Schlag. Weil nach wie vor die Gewöhnung vorherrscht. Man braucht nur die die Bevölkerung beratenden Zeitschriften wie die Apotheken-Umschau, Fernsehmagazine oder anderes zum Thema Depression verfolgen. Da wird immer noch weiter verbreitet, dass man die Depression spezifisch pharmakologisch behandeln kann. Die meisten der psychiatrischen Ordinarien würden, so wie ich das einschätze, diesen Standpunkt auch weiter vertreten. Dass sich trotzdem etwas verändert, sieht man zum Beispiel daran, dass die weltpsychiatri-

sche Assoziation WPA dieses Jahr in Deutschland einen Kongress durchführt, und da wird ein Hauptsymposium das Thema „Reduzieren und Absetzen von Langzeit-Psychopharmaka-Therapie“ haben. Dort sind dezidierte Kritiker wie Peter Lehmann und Volkmar Aderhold eingeladen, dieses Symposium zu gestalten. Und darin sieht man, wenn man mal über Deutschland hinausguckt, dass es weltweit eine verstärkte Kritik an diese Heilserwartungen in Bezug auf die Medikamente gibt, und auch an dem Verschließen der Augen vor den Risiken und Nebenwirkungen dieser Therapien.

Hans Schindler: Sie sagten gerade, dass Sie jetzt im 3. Jahr in der Klinik dabei sind, die Medikamente zu reduzieren. Dies ist ja vermutlich nur die eine Seite. Es muss ja auf der anderen Seite dafür etwas anderes vermehrt angeboten werden, damit konstruktive Verläufe bei den Klientinnen und Klienten angestoßen werden können. Was sind da die Veränderungen im klinischen Alltag?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Das Wichtigste aus meiner Sicht ist unbedingt Psychotherapie. Bei Psychotherapie wissen wir ja auch gar nicht so genau, was da eigentlich wirkt. Aber es ist auf jeden Fall das, was wir „die therapeutische Beziehung“ nennen. Was da wirksam ist, ist das Ernstnehmen und das Unterstützen. In der Klinik gibt es verschiedene psychotherapeutische Ansätze. Das beanspruchen natürlich fast alle Kliniken für sich, und das ist gut so und sollte auch so geschehen. Aber wenn man dem traut, zum Beispiel einem Ansatz von kognitiver Verhaltenstherapie bei den sogenannten Angststörungen, dann kann man und sollte dies auch gegenüber den Kostenträgern so darstellen. Dann kann man das schon ohne Medikamente versuchen, weil es gerade hier, was die wissenschaftliche Basis anbelangt, erfolgreicher und längerfristig erfolgreich ist, das ohne parallele Medikation zu machen.

Ansonsten ist für unsere Klinik – ich will jetzt hier keine Werbung für unsere Klinik machen – ein Weg, wo die Wissenschaftlichkeit manchmal ein bisschen an ihre Grenzen kommt, aber von dem ich zum Beispiel überzeugt bin: die Kunsttherapie. Ich denke, Musiktherapie ist genauso wichtig. Musiktherapie ist eher etwas, was einen auch ein bisschen verwöhnt, selbst wenn man selber nicht viel Musik machen kann. Die rezeptive Therapie mobilisiert sehr viele positive Regungen im Menschen, das kennen wir schon aus dem Alten Testament. Aber die Kunsttherapie scheint mir besonders wichtig, weil sie bildliche Elemente beinhaltet und die Menschen dadurch wieder herangeführt werden, sich mit dem auseinanderzusetzen, was eigentlich in ihrer Psyche, in ihrer Seele los ist, für das sie aber (noch) keine Worte haben. Dafür kenne ich kaum etwas, was so hilfreich ist. Selbst schon Strichmännchen malen kann man gar nicht, ohne etwas von seiner inneren Welt mit auf das Papier zu bringen. Insofern ist das meine Erfahrung, aber auch meine Überzeugung, dass Kunsttherapie und alles Ausdruck Fördernde sehr hilfreich ist. Wir machen auch beispielsweise Tanztherapie, damit die Menschen überhaupt in diese Reflexion hineinkommen: *Was ist das in*

mir, was jetzt eigentlich nicht mehr so stimmt? Wo ich innerlich quasi gegen eine Wand laufe. Das ist oft das Problem bei psychischen Krankheiten: dieses Nicht-mehr-Weiterkommen! Jemand der zuhause seine Probleme hat und diese auch in der ambulanten Therapie bearbeiten kann, der wird in der Regel nicht in die Klinik gehen. Die, die wirklich das Gefühl haben, es geht nicht mehr weiter, z. B. bei Suizidalität, wo man wirklich denkt: *es geht nicht mehr, es ist vorbei*, da ist aus meiner Sicht gerade das Ausdruckfördernde enorm wichtig. Da ist es aber mit dem wissenschaftlichen Nachweis bislang noch etwas schwierig.

Hans Schindler: Wie weit ist die Einbeziehung der Familie oder anderer sozialer Rahmenbedingungen mit im Programm?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Dies ist unbedingt wichtig. Doch obwohl wir alle so vernetzt sind und elektronisch kommunizieren, scheitert leider rein praktisch die Einbeziehung von Angehörigen oder des Arbeitgebers ganz häufig einfach daran, dass während einer Behandlungsdauer von 4–6 Wochen kein Termin gefunden wird, wo die Behandelnden und die Umfeldpersonen zusammenkommen. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, Familiensitzungen durchzuführen, so dass zu den vereinbarten Terminen die Angehörigen dazukommen können und man gemeinsam bespricht, worum es geht. Wenn wir richtig gut sind, werden wir uns dahingehend weiterentwickeln, dass wir Behandlungskonferenzen und auch Netzwerkgespräche zum Standard machen. Gewünscht ist dies auch jetzt schon. Wir haben mittlerweile auch eine regelmäßige Angehörigengruppe für alle verschiedenen Stationen der Klinik eingeführt. Dies wird auch ganz gut angenommen. Dort muss man wieder hinkommen. Als ich die Psychiatrie in den späten 80er-Jahren kennengelernt habe, hatte fast jede Station eine Angehörigengruppe, in denen 10–12 Leute 1x die Woche zusammenkommen. Dies ist dann aber in den 90er- und 2000er-Jahren wieder völlig verschwunden, so dass man kaum noch Angehörigengruppen findet.

Hans Schindler: Haben Sie eine These, warum das rückläufig ist? Hat das mit dem Glauben an die Medikamente zu tun?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Dies würde zumindest passen. Dass man nicht mehr in manchmal quälenden Stunden zusammensitzt und rätselt, *woran liegt es nun und was können wir verändern*. Sondern dass man gemeinsam darauf achtet, dass die Medikamente rechtzeitig eingenommen werden, und immer wartet, dass sich jetzt irgendwann auch eine Wirkung zeigt, dass es besser wird.

Ich glaube aber, dass auch viele andere Dinge mit hineinspielen. Früher waren die Angehörigengruppen sehr stark darauf orientiert, dass die Teilnehmer Informationen haben wollten, weil gar nicht so viele verbreitete Informationen im Umlauf waren. Heute kann man sich

relativ seriös über Wikipedia über alles Mögliche informieren, oftmals mehr, als die Behandler selber wissen. Früher war es so, wenn man mal eine Broschüre in die Info-Stunde mitgebracht hat, rissen einem die Leute die aus der Hand und waren sehr interessiert. Heute ist es so, dass das Informationsmaterial ständig überall verfügbar ist, so dass der Antrieb an dieser Stelle nicht mehr so da ist.

Ich glaube, dass es sinnvoll sein wird, für die Begegnung wieder Räume zu schaffen, auch wenn es jetzt *e-mental health* gibt und es da möglicherweise, gerade was Frage- und Antwortspiele anbelangt, einiges geboten wird. Auch die Selbstorganisation und Vernetzung läuft jetzt teilweise elektronisch, was nicht verteufelt werden muss. Bis zu einem gewissen Umfang ist dies o.k. Aber der direkte Kontakt, dass etwas passiert, wenn Menschen zusammen in einem Raum sind, gerade der Austausch über seelische Themen ist etwas ganz anderes, das wird jeder bestätigen, als wenn man dieses über den Bildschirm versucht zu regeln.

Hans Schindler: Ich weiß nicht, ob Sie die Projekte kennen, die es vor ein paar Jahren gegeben hat, als sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von den Stationen eine systemische Grundausbildung bekommen haben. Dort wurde von der Überlegung ausgegangen, dass eben nicht nur die psychotherapeutische Sitzung mit der/dem Psychotherapeut/in hilft, sondern dass der gesamte Umgang der Mitarbeiter mit dem Klientel auf der Station heilsamer oder weniger heilsam sein kann. Wie schätzen Sie dies ein?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Das finde ich sehr gut. Das Ganze geht in Richtung *need adapted treatment* und hier gibt es unterschiedliche Ansätze. Es ist super, wenn wir es im Hilfesystem schaffen, auch institutionsübergreifend genau solche Ansätze zu verfolgen. Hier hat es in Bremen Bemühungen gegeben, die es auch weiterhin gibt. Ich wünsche mir für den Betrieb, in dem ich arbeite, dass wir uns da zukünftig mehr daran beteiligen. Da ist einfach noch einiges zu tun.

Rose Schindler: Es gibt auch Fachpflegerausbildungen. Die interessierten Pflegekräfte treffen sich aus ganz Deutschland, um eine Gruppe für die Fachpflegerausbildung zu bilden. Wenn sich nur eine Pflegekraft aus dem Team auf diese Art und Weise fortbildet, stellt sich die Frage: *Wie gebe ich die Information an andere weiter? Wie definiere ich mich und meine Rolle jetzt? Wie arbeite ich jetzt im Gegensatz zu meinen Kollegen als Fachpfleger?* Da ist das ganze Team gefragt, Strukturen zu schaffen, in denen dies funktioniert.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Unbedingt, wir benötigen beides: die Diskussion in den jeweiligen Professionen, aber was in Zukunft noch mehr Aufgabe sein wird, gerade in den Netzwerken, aber auch in den Institutionen, wird das Wiederfinden einer gemeinsamen Sprache sein. Schon zwischen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psycho-

therapeuten gibt es manchmal sprachliche Grenzen, wo gar nicht mehr versucht wird, diese zu überwinden. Auch zwischen medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen und dann gibt es noch die Sozialdienstler und Spezialtherapeuten. Darum finde ich es auch nach wie vor sehr wichtig, dass es, wie zum Beispiel von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) organisiert, berufsgruppenübergreifende Fortbildungen für gemeinsame Themen gibt und man an einer gemeinsamen Sprache weiterarbeitet, weil wir gemeinsam für dieselben Nutzerinnen und Nutzer im Einsatz sind.

Man könnte auch die These aufstellen: Die Mittel, die in Deutschland zur Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgewendet werden, sind gigantisch. Soweit ich weiß, gibt es in keinem anderen Land vergleichbare Ressourcen, die eingesetzt werden, und trotzdem sind wir jetzt nicht gerade ein Land, das dafür berühmt wäre, dass hier eine besonders hohe psychische Gesundheit existieren würde. Dies könnte eben auch damit zusammenhängen, *dass so viele aneinander vorbeiwinkeln* und keine Anreize und auch keine Verpflichtungen bestehen, die Leistungen miteinander zu koordinieren.

Rose Schindler: Ich habe vor kurzem von einem Konzept gehört, das vorsieht, an den Kliniken Außenteams zu installieren. Die Medikamenteneinnahmen sollen dadurch reduziert werden, indem man möglichst frühzeitig und möglichst langfristig mit langzeiterkrankten Patientinnen und Patienten Kontakt hält und in Krisensituationen frühzeitig Zugang findet, damit dann nicht mit großen Medikamentendosen geschossen werden muss. Stattdessen soll ein einfacher Einstieg gefunden werden, um miteinander Krisen zu überwinden. Kennen Sie solche Konzepte?

Prof. Dr. Uwe Gonther: Ja, so etwas gibt es. Dies wird zurzeit diskutiert, beispielsweise mobile Kriseninterventionsteams und stationsäquivalente Leistungen. In Gegenden, wo es gar kein ambulantes Versorgungsnetzwerk gibt, ist dies bestimmt unbedingt notwendig. In Gegenden, wie z.B. Bremen oder auch Bremerhaven, wo es dies alles aus meiner Sicht schon doppelt und dreifach gibt, sollte man sich wirklich mehr Gedanken darüber machen, wie alle die, die schon mit im Spiel sind, auch mal zusammenkommen können – natürlich einzelfallbezogen – da man nicht den ganzen Tag in Konferenzen sitzen kann. Ob jetzt tatsächlich in solchen dicht versorgten Regionen die Kliniken noch zusätzlich zu den sozialpsychiatrischen Diensten ausschwärmen müssen, dem betreuten Wohnen, der ambulanten Pflege, den ganzen niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzten, halte ich für fraglich. Da wäre es meiner Ansicht nach besser, zu überprüfen welche Versorgung bereits vorhanden ist. Selbst wenn wir uns die schwierigen Fälle ansehen, sind oft schon fünf bis sechs Personen im Hilfesystem auch unter ambulanten Bedingungen mit den Patientinnen/Patienten in Kontakt, aber oftmals reden die Behandler nicht mal miteinander und das, finde ich, kann nicht funktionieren.

Rose Schindler: Auch hier geht es wieder darum, eine gemeinsame Sprache zu finden und auch ein Bewusstsein dafür: *Wen habe ich links und rechts neben mir.*

Prof. Dr. Uwe Gonther: Ich sehe die Gefahr bei den jetzigen Planungen, dass die Kliniken noch zusätzliche ambulante Teams entsenden, jedenfalls in die Regionen, wo es schon viel anderes gibt. Das kann im Einzelfall schön und hilfreich sein, aber es entsteht ein weiteres Hilfesystem, wo auch noch keiner weiß, wie da die ökonomischen Anreize sein sollen. Bisher ist es leider oft so: Die braven Patienten, die sich schön an Programmen beteiligen, bekommen immer mehr Hilfsangebote und die schwierigeren Patienten fallen durch alle Raster durch, bis sie irgendwann in einem geschlossenen Heim oder in der Forensik landen. Es ist quasi unsere Bilanz im deutschen Hilfesystem, dass wir trotz der sich ständig vervielfachenden Bemühungen steigende Raten – vielleicht auch nicht trotz, sondern wegen der Bemühungen – in der geschlossenen Unterbringung und in der Forensik haben. Das ist die Rechnung, die uns nicht auf unsere, aber auf Kosten der Patientinnen und Patienten aufgemacht wird.

Hans Schindler: Noch mal zum Stichwort Absetzgruppen. Wenn ein so starker hypnotischer Aspekt an den Medikamenten hängt und wenn sie eben auch wirken, bei Überdosierung auch extrem wirken, ist das Absetzen der Medikamente nicht so einfach, wie sich das vielleicht die Menschen vorstellen, die noch nie Psychopharmaka genommen haben.

Prof. Dr. Uwe Gonther: So ist es. Das Absetzen der Medikamente ist, so wie wir es mitbekommen haben, auch wieder eine sehr individuelle Angelegenheit und kann von Mensch zu Mensch, von Substanz zu Substanz, von Dosis zu Dosis sehr variieren. Es gibt dazu bestimmte Beobachtungen. Bei Substanzen, die stark in den Serotoninhaushalt eingreifen, gibt es einen relativ hohen Prozentsatz von Menschen, die davon nicht wieder wegkommen oder nur mit großen Schwierigkeiten. Das hat inzwischen auch das DSM 5 anerkannt. Dies ist eine der neuen Diagnosen im DSM 5, die ich sehr begrüße. Es wird immer geschimpft über die vielen Diagnosen, aber diese scheint sehr berechtigt. Inzwischen gibt es ein Absetzsyndrom von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und das ist nur eine andere Beschreibung für Abhängigkeit. Es gibt einige Menschen, die ich auch kenne, die zu uns in die Klinik kommen und die unter klinischer Begleitung diesen letzten Schritt, von der letzten kleinen Dosis wegzukommen, machen und denen das trotzdem nicht gelingt, weil die auftretenden körperlichen Entzugserscheinungen – charakteristisch ist das Gefühl von Stromschlägen – so unangenehm und schmerzhaft sind, dass die einzige Methode, wie man dies abmildern kann, das Wiedereinnehmen dieser Substanzen ist. Wir müssen davon ausgehen, dass es eine Gruppe von Betroffenen gibt und geben wird, die man prozentual noch gar nicht einschätzen kann, die ihr Leben lang schon alleine deshalb, ganz egal wie sie psychisch beieinander sind, Medikamente werden einnehmen müssen, weil sie rein körperlich

nicht wieder davon wegkommen werden. Das zeigt, dass dies alles andere als *Traubenzucker* ist, womit wir es zu tun haben.

Es gibt auch welche, denen es gelingt. Das hat sicherlich – das sagen auch alle Betroffenen von langjährig eingenommenen Substanzen, die wir aus der Suchtmedizin kennen – ganz viel mit der Motivation zu tun. Nicht eine Motivation im Sinne von „*Druck, Druck, Druck* – *Ich muss etwas ändern*“, sondern eine echte Motivation im Sinne von „*Weil ich mir dies und das in meinem Leben vorgenommen habe und weil dies mit Medikamenten zusammen nicht geht, deshalb tu ich jetzt ganz viel dafür, dass ich davon wegkomme.*“

Und da sind die überzeugendsten Verläufe, die ich kenne, junge Frauen, die schwanger werden möchten. Inzwischen hat sich herumgesprochen, dass da eine Zeit lang auch kräftig gelogen wurde nach dem Motto: „*schöner schwanger sein mit Medikamenten*“, weil man dann keine Stimmungsschwankungen mehr hätte, aber dazu rät zum Glück inzwischen niemand mehr. Die Personen sind gut beraten, vorher einen geordneten Absetzprozess zu machen. Es werden heute schon ganz vielen jungen Menschen mit Prüfungsstress Medikamente mit einer vermeintlichen Nebenwirkungsarmut verordnet, die es tatsächlich nicht gibt, die aber überall propagiert wird, und dann kommen diese jungen Menschen oftmals nicht mehr davon weg. Ich habe oft erlebt, dass z. B. eine gewollte Schwangerschaft oder auch eine plötzlich eingetretene, wo dann die Entscheidung getroffen wird, sie auch auszutragen, ein ganz starkes Motiv ist, um von solchen Medikamenten wieder wegzukommen und auch die Phase zu überstehen, in denen heftige körperliche und psychische Absetzercheinungen auftreten. Nun können nicht alle Menschen schwanger werden und wollen das auch nicht und darum gibt es bei einigen Betroffenen, die ich kenne, die schöne Metapher, dass „*wenn man mit sich selbst schwanger geht*“, dies auch ein starkes Motiv ist, um von der Medikation wieder wegzukommen.

Rose Schindler: Bisher dachte ich, dass Antidepressiva gerade nicht abhängig machen. In den Kliniken habe ich Sätze gehört wie: *Wir haben Sie gerade von dem Benzodiazepin heruntergebracht oder wir wollen dies gar nicht bei Ihnen anfangen. Wenn Sie nicht einschlafen können, machen wir dies mit den nicht abhängig machenden Antidepressiva, die haben eine Schlaf anstoßende Wirkung.* Für mich ist das eine neue Information, dass bei Antidepressiva offenbar doch eine Abhängigkeit entsteht.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Es gibt die Abhängigkeit meist nicht mit dem Verlangen, immer höhere Dosen einzunehmen, wie man das bei Tranquilizern, Alkohol oder in gewissem Umfang bei Opiaten kennt. Da hat dies oft mit der Rauschwirkung zu tun, nach der weiter gesucht wird. Diese Rauschwirkung produzieren Antidepressiva ja nicht. Aber es gibt die körperliche Wirkung, so stark darauf eingestellt zu sein, dass man ohne die Substanz nicht

leben kann und was anderes – außer Abhängigkeit – sollte dies sein? Das ist erschreckend und führt auch zum Beispiel in den USA zu riesigen Diskussionen und hat in Großbritannien zum Beispiel dazu geführt, dass nur ein Bruchteil der Antidepressiva verschrieben wird, obwohl die Menschen dort im Schnitt ja nicht weniger depressiv sind als wir.

Rose Schindler: Ich fand beeindruckend, dass dort die Maßgabe ausgegeben wurde, bei einer mittelschweren depressiven Erkrankung keine Medikamente mehr einzusetzen, sondern auf andere Therapieformen zurückzugreifen.

Prof. Dr. Uwe Gonther: So steht es inzwischen auch in den Leitlinien in Deutschland. Dort wird ebenfalls zurückgerudert, was die segensreiche Wirkung der Medikation angeht, die eine Zeit lang so propagiert wurde. Aber es steht eben immer noch bei schweren Depressionen als *evidence-based* drin. Dazu muss man sich die Studien ganz genau ansehen und das machen zum Glück inzwischen Institutionen wie zum Beispiel hier in Bremen das Pharmakologische Institut, aber auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und auf internationaler Ebene die Cochrane-Vereinigung. Wenn man sich damit kritisch auseinandersetzt und deren Studien ansieht, sieht man, dass dort wissenschaftlich unterschieden wird, was eine leichte, mittelschwere und schwere Depression ist. Das größte Problem ist aber, dass die meisten Medikamente auch gegen Depressionen vor allem bei ambulanten Patienten getestet werden. In die Zulassungsstudien geht in der Regel nur eine Vergabe von sechs, höchstens zwölf Wochen ein. Wir haben es aber im Alltag fast nur mit Patientinnen und Patienten zu tun, die die Medikamente oft schon zwei Jahre lang nehmen. Was die langfristige Einnahme mit den Betroffenen eigentlich macht, ist bis auf einzelne Übersichtsforschungsansätze in der Breite überhaupt nicht erforscht.

Mein heutiges Fazit ist: Über den kurzfristigen Einsatz von Medikamenten kann man unterschiedlicher Meinung sein. Dies kann hilfreich sein, aber man darf sowohl die körperlichen als auch die psychischen Nebenwirkungen einer Medikation gegen ein psychisches Problem zumindest nicht unter den Tisch fallen lassen. Man muss selbst darüber nachdenken und auch mit seinen Patientinnen und Patienten darüber sprechen. Aber der Zeitfaktor ist vielleicht das Allerentscheidendste. Dass wir im Grunde nichts Gutes darüber wissen, was mit Menschen passiert, die diese Medikamente langfristig einnehmen. Und dass wir dann sehen, je länger sie diese nehmen, desto stärker werden die Probleme. Daraus resultiert eigentlich die Aufforderung an alle, die solche Medikamente verschreiben und mit solchen Menschen zu tun haben, darüber etwas zu lernen, wie man von solchen Medikamenten auch wieder wegkommen kann.

Rose Schindler: Bei langfristig verschriebenen Neuroleptika fehlen den Patientinnen und Patienten später im Leben ja manchmal Jahrzehnte. Ich habe einen Patienten erlebt, der dies

konkret nachgefragt hat und dementsprechend auch eine Antwort erhalten hat: Wir wissen es nicht genau, aber wir vermuten, ihm geht Lebenszeit verloren.

Prof. Dr. Uwe Gonther: Nach Patientenrechtegesetz sind wir schon seit 2013 verpflichtet, über diese Dinge aufzuklären, dies individuell zu dokumentieren und den Betroffenen die diesbezügliche Aufklärung auch auszuhändigen. Dies gilt sowohl für ambulant als auch stationär Tätige, für die gesamte Medizin und eben auch für die Psychiatrie. Da haben wir alle noch sehr viel zu tun. Es ist nicht so, wie Sie es in Ihrem Beispiel nett andeuten, dass es darauf ankommt, dass die Patienten mal freundlich nachfragen und wir ihnen dann Rede und Antwort stehen, sondern wir als Verschreibende sind verpflichtet, darüber aufzuklären. Darüber, dass eine langfristige Einnahme das Leben verkürzt (bei Männern mehr als 10 Jahre, bei Frauen ungefähr 10 Jahre), dass es bei in den Serotonin-Haushalt eingreifenden Substanzen bei 50 % der Betroffenen zu sexuellen Funktionsstörungen und bei der Einnahme von Neuroleptika zu den bekannten Bewegungsstörungen kommt, bei fast allen Substanzen zu einer erheblichen Gewichtszunahme sowie – dies Thema hatten wir jetzt noch gar nicht – zu einer Zunahme von Aggressivität, also die Möglichkeit unter entsprechenden Medikamenten wesensfremde aggressive und auch autoaggressive Handlungen durchzuführen oder solche Gedanken zu haben. Dies hat auch dazu geführt, dass entsprechende Medikamente bei Kindern wieder aus dem Verkehr gezogen wurden. Wenn wir über dies alles aufklären, bin ich mal gespannt, wie viele Betroffenen dann noch sagen: *ja prima, möchte ich haben*. Und bei denen kann man sich fragen, ob das eine selbstschädigende Äußerung ist.

Hans Schindler: Vielen Dank für das Interview.

Prof. Dr. med. Uwe Gonther, 51 Jahre alt, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, TP und VT, Einzel- und Gruppentherapie, Zusatzbezeichnungen: Ärztliches Qualitätsmanagement, Suchtmedizinische Grundversorgung. Lehrauftrag an der Hochschule für Künste im Sozialen Ottersberg. Seit 2014 Ärztlicher Direktor am AMEOS-Klinikum Dr. Heines Bremen. Publikationen über Kunst und Psychiatrie, aktuell erschienen ist das Schizophrenie-Kapitel von Uwe Gonther in der Neuauflage von „Irren ist menschlich“.