

Diskussionsveranstaltung der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (BGSP) im Pinellodrom

Chance oder Desaster – Neuroleptika in der Diskussion

Mittwoch, 28.11.2007, 19:00 Uhr

Abschrift des Audiomitschnitts von Astrid Delkamp

Diskussion

Einleitung:

Dr. Dieter Lehmkuhl

„Ja, vielleicht ganz kurz noch, ich bin doch ein bisschen überrascht, es hat ja nicht so viel Widerspruch gegeben (...) Herr Galinat hat darauf verwiesen, dass manche der Studien, auf die Herr Aderhold sich berufen hat, doch nicht die strengste Evidenz aufweisen. Ich bin deswegen überrascht, ich glaube, die Psychologen nennen das kognitive Dissonanz, weil Herr Aderhold ja weit reichende Thesen über die Praxis vorgetragen hat und nach meinem Kenntnisstand die Praxis doch dem diametral entgegensteht. Und deswegen so wenig Widerspruch, das irritiert mich. Doch jetzt die Wortmeldungen und ich hoffe auf eine lebendige und kontroverse Diskussion.“

„Ja, ich heiße **Theiss Urban**, bin Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. (...) Ich wollte noch mal ausdrücklich Volkmar Aderhold danken, dass er diesen Mut hat so in die Öffentlichkeit zu gehen, nachdem er es ja mit den Papieren schon seit längerem versucht hat und wohl auch, wie er sagt, nicht die Resonanz gekriegt hat. Es sind doch so weit reichende Dinge, die er sagt, dass ich mich auch, so wie Sie, sehr wundere, wenn man sich die Praxis anguckt, zu mindestens die Praxis in Deutschland (...). (Applaus) . Ich möchte vor allen Dingen noch mal betonen, dass es leider

ja sehr verbreitet ist bei uns in Deutschland über Psychopharmakotherapie zu sprechen, ohne sie zwingend in den Kontext aller anderen möglichen Interventions- und Behandlungsverfahren zu stellen. (...) Aus eigener Erfahrung sage ich das so deutlich, weil ich in Gütersloh eine Abteilung geleitet habe, die sich sehr stark bemüht hat, mit Pflichtversorgung natürlich, (...) wichtige Gedanken der Soteria Konzeption dort zu integrieren, also drei Akutstationen. (...) Wir konnten finden nach einiger Anlaufzeit, dass wir, verglichen mit der Parallelstation, die für einen anderen Sektor die gleiche Pflichtversorgung machte, Akutpsychiatrie, deutlich weniger Psychopharmaka gebraucht haben, deutlich weniger, also bis zu 90% weniger Gewaltmaßnahmen, also durchweg offene Türen, 90% weniger Fixierungen und auch 90%, das war auch so in dem Dreh, Gewaltmedikation, Zwangsmedikation. Allerdings war die Verweildauer der Leute bei uns. Der Patienten, länger. Das ist ja eins der Essentials der Soteria, der Patient bestimmt, wie viel Zeit er braucht und nicht die Krankenkasse. Und da bin ich beim zweiten Punkt, wir werden solange diskutieren können, wenn wir uns nicht die Strukturen des für meine Begriffe überholten und veralteten Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland angucken, und die nicht auch auf's Korn nehmen, und wenn wir die nicht kritisieren, wenn wir nicht zu einer bedürfnisangemessenen oder bedürfnisangepassten Intervention kommen, einer optimalen und nur an den individuellen Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Intervention einschließlich Familie, dann werden wir hier immer nur reden und es geht aber darum, gerade bei diesen Befunden, die Volkmar Aderhold hier zitiert hat, dass wir etwas verändern.“

„Ja, mein Name ist **Carmen Eger**, ich bin BGSPLerin und ich denke, wir haben einen großen Fehler gemacht in der Vorbereitung, wir haben nämlich die Krankenkassen nicht eingeladen. Genau, das können sie ja in der Charité dann tun, werden sie auch tun, denke ich. Wenn ich höre, Wirklatenz 22-28 Tage, ja und demgegenüber dann sehe, drei Wochen Liegezeit, dann kann das schon mal nicht hinhalten, a, b, wer sieht Langzeitverläufe im ambulanten Bereich sehen wir ganz, ganz viel über lange Zeit Entwicklung, wir sehen überdosierte, hoch dosierte Klienten, mit denen ich nichts anfangen kann, weder soziotherapeutisch noch tiefenpsychologisch orientiert, weil die nämlich in der Antriebsproblematik so schwer zu handeln sind, ja, dass sie gar nicht mehr können. Das ist ein Problem und ich denke, das ist nicht nur ein Problem der Neuroleptika Dosierung, sondern es ist ein Problem der Kommunikation zwischen ambulant und stationär. Und da sehe ich ne ganz ganz große Hürde im Moment noch, vor allem hier in Berlin, und da denke ich, da ist ein großer Nachholbedarf. Herr Aderhold, sie sagten vorhin öfter das Stichwort „gutes Milieu“, was macht ein gutes Milieu aus und vor allem mit welchen Kosten ist es verbunden? (...)

Und dann haben wir natürlich Ersterkrankte, also ich habe Eine Klientin, die ist mit 14 erstmalig erkrankt, mit 24 Jahren ist es dann erstmalig gelungen, sie stationär zu behandeln und auch zu medizieren, die hat es sehr gut, sie hat gut angesprochen auf Medikamente, und die sagt mir heut´ : „Frau Eger, warum hat mich vorher keiner behandelt, sie haben mir Lebenszeit geklaut“. Und unsere Erfahrung ist: Wenn ein Medikament gut wirkt, dann nehmen die Klienten die auch. Und wenn die überdosierte sind oder die selbst merken, das ist nicht mein Medikament. Wir wissen alle, in der Klinik muss erstmal raus gefunden werden, welches Medikament passt zu wem? Und das ist auch noch mal ne Diskussion, die auch noch mal geführt werden sollte-meine Bitte einfach: Ich kenne sowohl den stationären als auch den ambulanten Alltag, bitte kooperieren sie mehr miteinander, denn ich denke, dann kann auch viel in der Praxis besser laufen.“

Dr. Peter Stolz:

„Ich kann eigentlich an diesem Abend gar nicht sachlich bleiben und Sachlichkeit ist eigentlich angesagt und mehrfach eigentlich gefordert worden. Der Abend wühlt mich ungeheuer auf. Wenn ich bedenke, ich bin Psychiater und seit 30 Jahren, an der Psychiatrie, der 150 jährigen Geschichte beteiligt. Wenn ich bedenke, was ich alles in meinem Leben angerichtet habe mit den Neuroleptika, ohne auch nur eine Spur davon zu wissen, dann beschämt mich das zutiefst und ich habe ein ganz schlechtes Gefühl, weil ich eigentlich weiß, aus meinen historischen Studien, die heute Abend natürlich gar nicht zur Sprache kommen konnten, der ganze historische Kontext der Psychiatrie, weil ich weiß, das die Psychiatrie eigentlich ´ne Geschichte der Quälerei ist. `Ne Geschichte der Quälerei, des Zwanges, ´ne Geschichte der Selektion, ´ne Geschichte von schockierenden Ereignissen, die man Patienten gegenüber ins Werk setzt von Schocks, ´ne Geschichte von Einsperren, ´ne Geschichte von Anpassung, ´ne Geschichte von so schockierenden, unerhörten Taten, die wir in der Psychiatrie Patienten gegenüber angedeihen lassen, immer in bester Absicht und zum Guten des Klienten.

Und dann höre ich jetzt, das wir ein besseres Mittel gefunden haben, und das habe ich ja auch hochdosismäßig, wie ich schon gesagt habe, mitgemacht, und dann höre ich jetzt, dass das, was wir vor 30 Jahren als Ventrikelerweiterung gesehen haben, als Erweiterung von Gehirnräumen, die wir der Krankheit zugeschrieben haben, dass aufgrund der Erkrankung, (...) dass dann einfach das Gehirn von Patienten abnimmt und das kann man sehen an der Erweiterung der Hirnräume. Wenn ich das jetzt heute höre, dass das Folgen sein können zumindest, ich bin ganz vorsichtig und unpolemisch, Folgen sein können auch ´ner langjährigen Neuroleptikatherapie, dann weiß ich eigentlich nicht, was wir betreiben. Wir haben uns dran gewöhnt glaube ich, dass die Medikamente, die Neuroleptika uns unsere eigentliche Arbeit abnehmen. Nämlich- Sie haben das gesagt- Beziehungsarbeit, wir haben uns daran gewöhnt, dass wir ´ne ruhige Klientel haben, als ich angefangen habe, sah das noch ganz anders aus. Wir haben uns dran gewöhnt, dass Beziehung, Geduld, Gespräch, Zuhören, nich´ das Zentrum sind und das nehmen uns die Medikamente fatalerweise ab. Und wir haben uns ´ne Sprache angewöhnt, auch der Vortragenden heute Abend. (...) wenn Herr Aderhold hier so knapp sagt, irgendein Teil des Gehirns feuert die Schizophrenie.

Verdammt noch mal, das ist Quatsch. Das Gehirn feuert keine Schizophrenie. Das Gehirn feuert alles. Das Gehirn feuert mich jetzt, wie ich hier mit Ihnen rede, das Gehirn feuert, wenn ich mit meiner Frau im Bett liege und lese, alles feuert das Gehirn, aber das sagt doch gar nichts aus. Dieser verdammte Reduktionismus, der auch Herrn Aderhold dann passiert in der Sprache. Also ich habe mich eher darauf verlegt, Sprache zu analysieren, als Moleküle zu zählen. Oder irgendwie da im Hirn zu gucken. Das ist auch ´ne wichtige Arbeit, zu sehen, wie wir in der Psychiatrie miteinander sprechen. Die verdammten Diagnosen, die wir gebrauchen sind keine medizinischen Diagnosen, sind soziale Diagnosen. Es geht nur um Verhalten. und dann wird es elaboriert aufgemotzt, im IDC (...) aufgemotzt und elaboriert mit vielen, vielen Worten, werden die Störungen beschrieben. Die Theorie, die Theorie fehlt in der Psychiatrie, die Theorie des Subjekts, die Theorie der subjektiven Wirklichkeit von Menschen (Bravorufe, Applaus) und das, was wir hören, da kann man sich mit habilitieren, (...) ich denke nicht, dass es so einfach ist, sich mit dem Gegenbeweis jetzt, das Gespräch und das Zuhören, dass das miteinander kommunizieren im Dialog, damit kommt man eigentlich nicht in eine Laufbahn in der Psychiatrie und wird nicht Chef einer psychiatrischen Klinik in Deutschland. Man wird Chef, indem man eine von diesen verdammten Studien macht, ich sage verdammt, weil ich gar nicht mehr kontrollieren kann, was methodisch exakt und nicht exakt ist. Die Wissenschaft ist so weit fortgeschritten mit ihrer Argumentation, dass sie eigentlich jede neue Studie wi-

derlegen kann aufgrund methodischer Mängel. Diese methodische Exaktheit, dieser methodische Perfektionismus ist eigentlich nur dazu da, dass der eine den anderen widerlegen kann. Es gibt überhaupt keine Möglichkeit, man weiß nur, dass man sagen kann, man weiß es nicht, was eigentlich genau passiert mit diesen Neuroleptika. (der Wecker klingelt)

Man weiß nicht genau, was das Outcome ist, man weiß nicht genau, welche Nebenwirkungen, das ist ja schon ein euphemistischer Ausdruck, welche schlimmen Wirkungen die Neuroleptika eigentlich haben. Darüber weiß man eigentlich ganz wenig. Und das wirklich zu sagen, das bringt in der Gemeinschaft der Psychiatrie, der Psychiater, der Professionellen, in der Forschergemeinschaft, wenn man das da sagt, wird man geächtet. Mich wundert es überhaupt nicht, dass Herr Aderhold tot geschwiegen wird. Mich wundert es nicht. Was er erzählt hat, ist ja totschweigen. Er kriegt keine Antwort auf seine Argumente, und wenn er Antwort kriegt, dann ist es die übliche Antwort: methodische Mängel. Die Studien, die er zitiert, haben methodische Mängel. Wir haben uns leider daran gewöhnt, dass wir dieses unzureichende Mittel, dieses unzureichende Medikament haben. Und ich bin froh, dass die Charité zumindest das erkannt hat: (Der Wecker klingelt das 2. Mal) Das Sprechen ist das Zentrale.“

Dr. Jürgen Galinat

„Ja, vielleicht ganz kurz zu diesem Beitrag. Was jetzt die Gehirnvolumetrie betrifft, das wurde ja auch von Herrn Aderhold erwähnt, und der Gehirngröße und den Ventrikelräumen usw., da wird immer die Bildgebung sehr stark zitiert, dass die sozusagen sehr beweiskräftig sei, und dafür gibt es hunderte Studien mittlerweile. Bei Schizophrenie, wo man noch gar nicht so klar nachgewiesen hat, dass wirklich das Gehirn so viel kleiner ist bei Patienten mit Schizophrenie gegenüber gesunden Kontrollen. Wir haben selber so eine Studie durchgeführt, aber nicht bei Patienten sondern bei Gesunden, nämlich haben wir Raucher und Nichtraucher verglichen und haben zum Beispiel dort auch gefunden, dass Raucher in manchen Bereichen des Gehirns kleinere Volumina haben als Nichtraucher. Ja, und da können sie sich vorstellen, viele Patienten, die z.B. rauchen, möglicherweise also ist dieser Effekt nicht nur durch die Erkrankung, sondern eben auch durch solche Faktoren bedingt. Der Ernährungszustand hat einen Effekt usw. Es gibt dann diese tollen Studien, wo gesagt wird, pro 2 Jahre oder pro 4 Jahre wird sich das Hirnvolumen bei Patienten z. B. um 4 oder 7 % vermindern in bestimmten Bereichen.

Da können sie sich selber ausrechnen, dass nach 10 Jahren da gar nichts mehr da ist, das kann ja nicht sein. Und das sind auch z.B. Punkte, die sind nun mal methodisch. Da muss man methodisch sehr exakt sein und diese Feinheiten, feinen Tomographen sind bei weitem noch nicht fein genug, um solche Effekte wirklich auszuschließen, und was mein Vorredner sagte, kann ich leider nicht helfen. ...aber das ist immerhin auch ein Argument gewesen und man hat mit diesen Untersuchungen nicht die Beweiskraft, wie sie jetzt auch hier sozusagen vorgestellt werden und das ist auch ein Aspekt, den sollte man erstmal wahrnehmen.

Und was die Menschen angeht, was ich eben auch hier mehrfach kritisiert habe ist, es ist richtig, die Dosierungen sind sehr hoch im Moment wieder. Ich verstehe das nicht, es wird wieder zunehmend Neuroleptika kombiniert, obwohl es dazu keine Studien gibt, die methodisch gut sind, und damit ist das, ich sag jetzt auch mal ganz provokativ, aus der wissenschaftlichen Perspektive irrational, das so zu machen. Ich kann jetzt nur für mich selbst sprechen, ich versuche so was auch nicht zu machen auf meiner Station, aber es wird immer wieder vorkommen, das scheint tatsächlich ein neuer Usus zu sein. Aber auch dafür gibt es im Grunde niemanden, der dafür

echt sprechen kann und ich spreche mich auch dagegen aus. Ein Neuroleptikum, da wo es notwendig ist, ist sinnvoll, zwei oder drei ist nicht rational. Das ist der Punkt, da sind wir uns sogar glaub´ ich einig, ja. Viel wichtiger ist die Frage, ob Neuroleptika überhaupt auf Dauer einen Benefit haben.

Da wurde noch mal das Thema Diabetes angesprochen. Ja, Diabetes tritt häufiger auf, z. B. unter Olanzipin oder unter Chlozapin, aber es gibt Medikamente, wo das nicht der Fall ist. Diabetes kommt häufiger bei Patienten mit Schizophrenie, die niemals neuroleptisch behandelt wurden, das wusste schon Kraepelin, das ist auch zum Teil krankheitsimmanent, aber diese Neuroleptika, die ich eben erwähnt habe, verstärken das, das ist richtig.

Aber es tun eben nicht alle. Und vorhin bei Herrn Aderholds Vortrag ist mir das auch ein bisschen zu kurz gekommen, da kam so rüber, ja, Diabetes ist eins der Probleme, die alle Neuroleptika machen, das ist eben tatsächlich nicht bei allen so. Und da eben brauchen wir tatsächlich Entscheidungen aus Studien, um differenzierter behandeln zu können, um diese Dinge verbessern zu können. Plötzlicher Herztod, wichtiges Thema, hat man angefangen zu forschen, woran liegt denn das eigentlich? Und man macht jetzt immer diese EKG Untersuchungen, weil man weiß, dass die Verlängerung des QT Intervalls im EKG in gewisser Weise vielleicht vorhersagen kann, ob irgendwann mal eine solche Komplikation eintreten kann. Das ist übrigens ´ne Idee, die von einer Pharmafirma aufgebracht wurde, um die Konkurrenz auszuschalten. Also, hier ist der Wettbewerb vielleicht von einem gewissen Benefit, weil dann wiederum, dieser Aspekt in die Psychiatrie getragen wurde, und auch nicht alle Neuroleptika bewirken diese Veränderungen, das sind auch nur wieder bestimmte. Das hat man erst in den letzten Jahren zunehmend erforscht oder eben auch entdecken können, dass das eben einen Zusammenhang mit der Prognose diesen plötzlichen Herztodes gibt. Das heißt, ich plädiere hier auch weiterhin dafür, Studien zu machen. Natürlich, mein Vorredner hat Recht, man kann mit der einen Studie die andere wieder beweisen oder umgekehrt, oder man beruft sich auf methodische Fehler. Aber sorry, so ist es nun mal. Wir können uns nicht hin stellen und sagen, so ist es, weil wir haben nämlich keine Rationale dafür. Wir können diese Rationale nur dadurch bekommen, indem wir gute Daten erheben, und auch da gibt es eine Entwicklung. Die Methoden und die Studien werden immer besser. Das heißt, man kommt schon immer weiter an die entsprechenden Gewissheiten heran, aber eine absolute Gewissheit können wir natürlich jetzt auch nicht liefern. Trotzdem entbindet das uns nicht davor, dort weiter gewissenhaft zu forschen.“

Mein Name ist **Ruth Luschnat**, ich bin Einzelfallhelferin und Homöopathin und arbeite seit 1999 mit Menschen, die das psychiatrische System, je nach dem, erleiden oder nutzen, was auch immer. Ich finde, dass es sehr wichtig ist, was heute hier geschehen ist, und ich finde auch nicht, dass der Herr Aderhold irgendwie widerlegt worden ist in seiner Zuspitzung, und es ist überhaupt noch nicht erforscht worden, wie viele Leute durch die Gabe von Neuroleptika in psychiatrische Karrieren hinein gebracht werden. Das wird nämlich auch nicht erforscht. Und dass es aber ein soziales Geschehen ist, ist ganz wichtig. Ich habe auch Klienten gehabt, die das nutzen wollen und eben nicht absetzen wollen, weil sie zu viel Angst haben. Das gibt es natürlich auch, und da kann ich ja auch nichts dagegen sagen. Die haben aber enorme Angst vor der Krankheit, und die Leute merken es, wenn sie fett werden. Und die merken es, dass sie fett werden, nachdem sie die Neuroleptika gekriegt haben. Man soll da nicht irgendwie darum reden. Das ist Quatsch. Was ich sagen wollte ist, dass das alles ganz stark ein soziales Geschehen ist. Und es gab auch, das wissen wir ja, eine soziale Krankheit, mit wissenschaftlicher Begründung gemassenmordet haben und das war für sie ein ethisch wertvolles Handeln, hat der Harald (...) her-

ausgearbeitet, und das müssen wir nämlich auch im Auge behalten. Dass das ein soziales Geschehen ist. Ich kann immer wieder beobachten, das ist nämlich nicht loszulösen, es ist nicht loszulösen. Jemand kriegt ´ne Diagnose und dann tun sie alle so, als wenn sie Antistigmaarbeit machen, ihre Medikamente zu verkaufen, das ist doch quatsch. Man kann sehen, bei bestimmten Leuten, wie in der Kommunikation mit jemandem das klick macht im Kopf, aha, die Person ist ja irgendwie anders als ich, und sofort wird die Kommunikation so, dass das Gegenüber natürlich das merkt und natürlich irgendwie durch die Stigmatisierung die Symptome stärker werden, Und das ist irgendwie so was von deutlich, ganz oft für mich, und dass es ein soziales Geschehen ist, in dem alles mit ´ne Rolle spielt, nämlich auch, dass wir Hartz IV haben, auch, dass die Leute mehr mobben und dadurch mehr krank werden, und diese ganzen Sachen kann man gar nicht auseinander reißen und dann meinen, das wäre Forschung. Was ist das für eine Forschung?

Das ist doch einfach Quatsch. Und diese Forschung, die jetzt sagt, rational, rational, rational, (...) Das sind ganz starke soziale Phänomene, sie wurden ethisch wertvoll, handeln, als sie die Leute gemassenmordet haben und deswegen sind sie nicht als Individuen krank geworden davon, sondern sie waren Teil einer kollektiven Krankheit. Und das zu unterscheiden, wo ist das Phänomen Schizophrenie als soziales Phänomen eine soziale Krankheit, und wo ist es eine individuelle Krankheit und was tun wir eigentlich dazu, diese Krankheit unnötig zu machen als Kollektiv, das ist doch die Frage.“

Hans-Otto Böckheler: „Ja, also erstmal möchte ich sagen, dass ich mich sehr freue, dass die Veranstaltung hier überhaupt stattfindet in unseren Räumen von der Pinel Gesellschaft. Als ich gefragt wurde, habe ich sofort ja gesagt. Und ich möchte besonders Volkmar Dir danken für diese sehr mutige und ja, mit unheimlich viel Wissen angereicherte Darstellung des Ganzen. Und es ist ja wirklich erschütternd. Wir wissen es ja zum Teil, aber es hat bisher keine Konsequenzen. Und ich denke, zu Dir Piet, Volkmar wird schon gehört werden jetzt. Ich danke auch den Organisatoren, das wird jetzt gehört werden, glaube ich. Solange man es nur in einem Artikel bringt ist da niemand jetzt drauf eingegangen, aber wenn man jetzt wirklich an die Öffentlichkeit geht- denn das wurde doch gesagt- wenn man jetzt die Kasse mit einbezieht, ich halte das für ungemein wichtig. Ich denke, man muss sich jetzt nicht selbst beschuldigen, die BGSP, das man das nun jetzt nicht gleich gemacht hat. Das ist ja jetzt ein Start. Ja, und ich denke, das wird hier weiter gehen. Davon bin ich ziemlich überzeugt. Das Interesse hier ja zeigt es ja, um die 100 Leute sind nicht rein gekommen, die haben vor der Tür gestanden.

Also das Interesse auf Anhub ist unheimlich groß und wir müssen die Kassen mit in´s Boot bringen, und wir müssen auch die Politik mit ins Boot bringen. Ich glaube, das ist allgemein gar nicht bekannt, was wir gehört haben, es ist ja gar nicht teurer. Es kostet nicht mehr, wenn man es so macht. Und wir wissen ja auch, wie es gehen müsste im Grunde. Aber die Politik antwortet darauf nicht und die Kassen auch nicht und wenn die integrierte Versorgung jetzt angesprochen wurde, nich´, sie hatten es ja angesprochen, Herr Benesch, und ich bin ja selber da beteiligt mit Pinel für die Verhandlergruppe für die DAK, aber da ist ja der komplementäre Bereich, der psychosoziale Bereich, der ja von Dir, Volkmar, mal so angesprochen wurde ganz speziell, der ja sehr wichtig ist. In der Integrierten Versorgung ist der nicht wirklich Vertragspartner. Wir sind assoziiert, aber wir sind nicht wirklich Vertragspartner. Ich denke, es wird sich dahin entwickeln, davon kann man ziemlich sicher ausgehen. Aber erst, wenn sämtliche Angebotsbereiche, sämtliche Bausteine integriert zusammen wirken. Und da ist eben dieser Bereich auch ganz wesentlich, wird man dann auch entsprechende Angebote so schaffen können, wie „need adapted treatment“,

was schon erwähnt wurde stichwortartig. Wenn man nur einen Teil der Forschungsmittel nehmen würde, die also ausgegeben werden im pharmakologischen Bereich für praktisch die Erforschung dessen, was man im psychosozialen Bereich in der Verknüpfung der verschiedenen Elemente hinkriegen würde, dann würden wir schon sehr viel weiter kommen. Und ich sehe es jetzt, ich bin auch Psychotherapeut, behandle einige psychiatrische Patienten auch. Das kann ich machen, weil ich Leiter der Pinel Gesellschaft und dadurch finanziert bin, aber das wird ja gar nicht mehr von den Kassen finanziert oder nur nach unheimlich langem Gutachteraufwand. Das ist ja wahnsinnig, das kann man ja gar nicht machen, macht ja auch kaum jemand deshalb. Wir kommen jetzt möglicherweise in der integrierten Versorgung dahin, dass man tatsächlich den ersten Schritt schafft. In Niedersachsen ist es ja schon fast gelungen, dass die Psychosenpsychotherapie da auch integriert wird. Das ist ein erster Anfang. Es geht so einiges in die richtige Richtung, aber was die nervenärztliche Praxis angeht, wenn Sie sagen 1000 Patienten, und 600-700 ist ja so die am häufigsten, ja da kann man sich doch ausrechnen: Nicht weil die Psychiater böse Menschen sind, oder schlecht oder nicht gutwillig, da ist doch einfach an Gesprächen nicht viel möglich.

Da ist die Möglichkeit ja schon gut zu verteilen, zu verschreiben, an verschiedene andere Berufsgruppen, aber außer der Pharmakologie ist ja da auch nicht viel möglich. Und ich habe schon öfters die Situation gehabt und auch von anderen gehört, dass Betroffene versuchen möchten, abzusetzen. Wir haben ja gehört, es ist wichtig, langsam abzusetzen, sonst ist es sehr viel gefährlicher. Und dass sie sich eine Begleitung wünschen. Aber, vielleicht sollten wir mal gucken, eine Gruppe von Psychiatern, psychiatrischen Kollegen zu finden, die bereit sind, bei den Absetzungsversuchen der Klienten mitzuwirken. Sonst machen es die Leute nämlich selber, und wir haben ja gehört, was dann dabei heraus kommt. Aber bewusst sich zur Verfügung stellen und sagen, wir begleiten diese Menschen auch beim Absetzen von Medikation, das würde ich mir wünschen und vielleicht könnte das auch im Verband mal Thema werden. Vielleicht sind ja einige bereit. Könnte möglich sein. Wir haben z.B. jetzt hier für Pinel eine Krisenpension mit einer ganz kleinen Kasse so einen Vertrag gemacht, wir erhoffen uns, das so etwas - das könnte man auch kleine Soteria nennen, wenn man es entsprechend gestaltet- dass so etwas sich verbreitet in allen Bezirken, da arbeiten auch Betroffene mit, da arbeiten Angehörige mit, da arbeiten viele sonst Laienhelfer mit, das ist ein Baustein in so diesem Gefüge, dass von Volkmar Aderhold dargestellt wurde. Und da müssen wir die Kassen mit ins Boot holen, natürlich, die müssen wissen, worum es geht, sonst werden sie da eben auch nicht tätig. Wir haben 'ne gute Chance und ich denke, wir sollten es auch noch mal im Verein für seelische Gesundheit reinbringen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen, dass wir da weiter kommen.“

„Mein Name ist **Monika Hoffmann**. Ich bin Psychologin und habe 20 Jahre lang die Psychiatrie beobachtend arbeitend begleitet, und ich bin sehr froh und auch sehr dankbar gegenüber der DGSP, dass sie diese Diskussion hier in diesem großen Rahmen möglich gemacht hat, und zwar gerade in Berlin. Weil, ich beobachte sehr besorgt, seitdem Vivantes über Berlin gekommen ist, eine Entwicklung, die ich persönlich sehr beunruhigend finde. Nämlich das Setzen auf die Neuroleptie, als allein selig machendes, oder sagen wir mal so, verkürzt ausgedrückt, auf eine biologische Psychiatrie, weil nun mal es einfacher ist, überschaubarer ist, Medikamente einzusetzen. Ich beobachte ein Wegrutschen der psychosozialen Errungenschaften. Für mich war Berlin, als ich hierher kam 1985 ein Hort der Seeligen. Ich war erstaunt, dass die Berliner Kollegen meinten, im Westen der Bundesrepublik sei alles viel besser. Ich hatte den Eindruck, in solch einem Paradies habe ich mich noch nie be-

funden. So viele Angebote, wie es hier gab, es war Wahnsinn für mich. Diese Angebote verschwinden, weil sie für ein Vivantes zu teuer sind.

Das heißt, ich beobachte ein Wegrutschen. Z. B war ich in der Zeit, in der ich da tätig war bis vor 2 Jahren in der Ambulanz tätig. Wir hatten regelmäßige Sitzungen, in denen wir überprüft haben, wie viele unserer Patienten eigentlich fehl angemessen in der Ambulanz sind, weil sie eigentlich in die niedergelassenen Praxen gehören, dass ein weiterer Schritt zu gehen ist, in der Entfernung von der Psychiatrie. Dieselbe Ambulanz ist heute stolz auf unendlich viele Scheine, weil damit auch viel Geld gemacht wird. Das heißt aber, eine ganze Entwicklung beobachte ich voller Beunruhigung, wird zur Zeit aus Kostenersparnisgründen rückgängig gemacht. Man setzt aus meiner Sicht zu einseitig auf die Medikation.

Ich habe auch als Psychologin gearbeitet, ich komme aus einer ganz antipsychiatrischen Ecke. Ich habe damit angefangen, dass die Neuroleptie eindeutig ein Mittel des Teufels ist. Das habe ich revidiert. Ich habe in der Zwischenzeit festgestellt, dass es sehr wohl hilfreich sein kann für Menschen, aber die Hoffnung, dass es ein allein selig machendes Mittel sei- ich denke, das ist unsere Sehnsucht immer. Bei schwierigen Dingen wollen wir gerne monokausale Erklärungen haben und Hilfe haben. Das heißt, der Verführungseffekt der Neuroleptie wird immer groß sein. Es wird immer wieder den Versuch geben, dort die Antwort zu finden. Und wenn es nicht das ist, irgendwas gab es früher. Es gab immer die Sehnsucht. Früher hatten wir die Erblichkeit, wenn wir die Erblichkeit ausschalten, gibt es keine Schizophrenie mehr. Völliger Blödsinn.

Zur Zeit ist es nun mal gerade die Neuroleptie, die da ist und ich bin mordsfroh, dass die Diskussion in die Gänge gekommen ist, auch in der Hoffnung, dass wieder mehr Druck entsteht, um die Errungenschaften, die hier in Berlin bestanden, zum teil noch bestehen, nicht weiter erodieren, sondern, dass man sie am Leben hält. Danke.

„Ja, ich bin der **Reinhard Wojke** von der Berliner Organisation Psychiatrieerfahrener und Psychiatriebetroffener, Mitglied des Bundes Psychiatrieerfahrener und dort auch der Redaktion. Tja, mit was fange ich an? Die gesprächslose Psychiatrie beklagt immer noch unsere Ehrenvorsitzende Dorothea Buck. Sie hat sicherlich eine andere Psychiatrie erlebt. Ich habe vor 32 Jahren die erste Erfahrung mit der Psychiatrie gemacht. 50 Betten in einem Saal. Über Dorothea habe ich verstehen gelernt, warum man sich mit mir nicht unterhalten hat. Das ist der erste Punkt. Ich bin ein Mensch. Und eine Ärztin in Hannover hat mir zumindest Mut gemacht, dass die Zwangsmedikation mit Haldol aufgehoben wurde. Weil ich bin ja noch so jung, mach was aus Deinem Leben, probier Dich aus. So etwas erlebe ich heutzutage nicht mehr. Etwas verwundert bin ich heute, wenn ich dann schaue, das ist 32 Jahre her, 1998 war meine letzte Psychose, dass dann in der Beschäftigungstherapie wieder einmal das Körbe flechten als erstes angeboten wird.

Was hat sich da eigentlich getan? Oder geändert? So, das andere ist: Es gibt natürlich ein hoffnungsvolles Zeichen, die Krisenpension im Übrigen in Berlin. hat ja nicht nur Pinel alleine aufgebaut, sondern da sind wir auch als Betroffene mit daran beteiligt, der Angehörigenverband, das Netzwerk Stimmenhören, der Freiraum e.V., Einzelfallhilfe gGmbH, also das ist ein bunter Haufen von Trägern, trialogisch, und einmalige an diesem Projekt ist, dass wir auch eine trialogische gGmbH gegründet haben. Vielleicht ist das auch ein Wegweiser in die Zukunft, dass wir nämlich nur miteinander etwas verändern können und wir haben einen eigenständigen Vertrag mit der Krankenkasse hin bekommen.

Natürlich brauchen wir auch Geldgeber, ich will Dich da nicht vergretzen, Hans Otto, aber es gibt auch andere, die ihren Beitrag dazu leisten und wir müssen miteinander im Gespräch bleiben. Volkmar Aderhold macht mir Mut, dass ich endlich weiß, dass eine Hochdosierung Blödsinn ist. Wir wissen es ja auch in der Selbsthilfe, aber jetzt kann ich es etwas anders belegen, obwohl der Herr von der Charité das etwas in Zweifel zieht. Aber so ist das nun mal halt, wenn man sich auf das Gespräch einlässt, aber ich kann nur aus meiner eigenen Erfahrung sprechen. Ich kann sagen, hätte ich dem geglaubt vor 32 Jahren, dann hätte ich ein ganzes Leben lang Haldol genommen und nichts an meinem Leben geändert und Krankheit als Schicksal begriffen. So habe ich zwei Berufe gelernt, habe mein Abitur auf zweitem Bildungsweg nach gemacht und habe auch noch als Vater von zwei Kindern meinen Beitrag zu dieser Gesellschaft geleistet. Danke. Dass wir Menschen sind, dass wir Ressourcen haben, dass die Lebensbiographie endlich mal so einen Abend füllen würde, das würde ich mir wünschen. Was alles dazu gehört.

In dem Falle möchte ich doch mal ein bisschen Werbung für den Peter Lehmann machen, weil ich das auch noch nebenbei mache, für die Stadt Psychiatrie, das hat er vorhin vergessen, da können Sie auch gerne nachlesen, was so in der internationalen Bewegung ist. Vielleicht was es noch an anderen Gedanken und Ideen gib. Auch Volkmar Aderhold hat dort einen Artikel zur Soteria mit Peter Lehmann zusammen verfasst. Ich habe das Titelbild gestaltet und ich finde, auch ein schizophrener Mensch kann solche Dinge tun, wenn er so eine Diagnose hat und daran glaubt, glaube ich nicht mehr, das er das dann tun würde. Ich bin Psychopharmaka frei seit x Jahren und ich hoffe, dass doch wir an dieser Stelle mehr Material dazu geliefert bekommen würden. Ich fand das sehr einträglich, was Nils Grewe erzählt hat über Alanen und bei der Frankfurter Tagung Dachverband Gemeindepsychiatrie. Die ersten sechs Wochen, und das wird hier immer so vergessen, heißt es bei Ersterkranken, keine Neuroleptikagabe, weil die Neuroleptika verändern ja unser Erleben. Und das Setting der Therapieversammlung also, dass alle Beteiligten, die in Beziehung stehen zu dem Menschen, an einem Tisch mal sitzen, ja, das würde ich mir mehr wünschen.

In der Krisenpension, da erleben wir eher die compliance zur Psychopharmakatherapie pur. Es kommt noch nicht einmal der Wunsch auf, vielleicht mal abzusetzen. Das erstaunt mich nach 2 Jahren, nach Bestehen dieser Einrichtung, dass wir diese Erfahrung gemacht haben und ich bin eigentlich entsetzt. Ich bin einfach entsetzt, wie wenig Kritik, wie wenig Fähigkeit zur Kritik bei den Menschen da ist, aber sie wünschen sich eigentlich immer eins: das bleibt: die Fähigkeit, dass wir als Team erstmal zuhören, Verständnis aufbringen, nicht den Wahn als Wahn ansehen, sondern in dem Wahn ist auch der Sinn verankert. Damit möchte ich jetzt lieber mal abschließen. Danke.

„Ja hallo, mein Name ist **Vera Elsholz**, ich stehe hier sozusagen als Angehörige, weil mein Partner ´ne Psychose hat, also seit langen Jahren. Ich kann sagen, dass er chronisch schizophren ist, letztlich. Ja, ich komme letztlich auch von der dialogischen Psychiatrie, weil ich seit langem Mitglied oder Teilnehmer am Pankower Psychoseseminar bin, und wir werden uns auch im Dezember mit dem Thema Medikamente auseinandersetzen. Da kann man mal vielleicht mal im Internet gucken, wir haben heute keine Flyer mitgebracht, aber warum ich das erzähle vorweg, weil ich natürlich der Meinung bin, dass Psychosen was Ganzheitliches sind. Natürlich. und man da nicht sagen kann nur Medikamente oder nur das eine oder nur das andere oder es gibt nur die Ursache oder nur weiß ich nicht. Also ich bin da schon sehr kritisch, und ich bin auch absolut dafür, dass Angehörige und Erfahrene und Professionelle miteinander reden. Aber, und das will ich auch betonen, ich fand das heute

sehr gut und auch sehr erhellend, gerade einen Vortrag zu hören, der doch medizinisch ist und der auch auf die Gehirnprozesse sozusagen eingeht, und ich finde es auch ganz interessant, das zu hören als Nicht Ärztin und ich habe immer heute so ein bisschen das Gefühl, das das gegeneinander ausgespielt wird, was ich aber sehr schade finde.

Also ich denke, dass dieser Diskurs über Medikamente und auch über die medizinische Seite sehr wichtig ist. Und ich denke, dass es auch wichtig ist, das zu widerlegen, also diese Studien. Ich finde das unheimlich spannend und ich glaube, es ist schon ein sehr wichtiger Bestandteil. Also das darf man nicht vergessen. Auch wenn man jetzt nicht sagt, eigentlich muss man sich ganzheitlich mit Psychosen auseinandersetzen. Das wollte ich so allgemein sagen, ich und jetzt persönlich. Also mein Freund hat 'ne Psychose auch seit ganz langen Jahren, und als ich natürlich diesen Vortrag heute hörte, habe ich mir gedacht, oh, wie schön, dann werden wir mal die Medikamente weg schmeissen und so. Und dann war ich aber auch sehr schnell wieder auf dem Teppich. Also weil Medikamente sind für mich ein absolut ambivalentes Thema, immer schon gewesen, also ich kann absolut verstehen, warum mein Freund die immer wieder absetzt, warum er die nicht nehmen will, kann aber auch absolut verstehen, warum es ihm manchmal so dreckig geht, dass er sie dann wieder nimmt. (...) Was zum Schluss auch in dem Vortrag war. Ich glaube, das Wichtigste ist wirklich, so 'ne Bewusstheit zu schaffen und auch mit den Erfahrenen und mit den Angehörigen zusammen auch darüber zu reden. (...)

Peter Lehmann: „Ich bin jetzt schon fast 30 Jahre aktiv, ich weiß, es gibt hier Leute, die sind schon viel länger aktiv als ich, die bewundere ich immer. Seit fast 30 Jahren höre ich immer, bessere Studien soll man machen, mehr Personal soll man machen, bessere Diagnosen stellen, wie gesagt, seit 30 Jahren geht die Entwicklung. Was kommt raus? Die Psychiatrie ist so, wie sie jetzt ist. Ich halte da relativ wenig davon. Diesen Vorschlag, Psychiater zu finden, die beim Absetzen helfen, finde ich nicht so durchdacht. Es gibt ja in England Studien von MIND, vergleichbar der DGSP, die raus gefunden haben, dass das Absetzen, wenn man es alleine macht und ohne Arzt macht, und wenn man es ruhig macht, sorgfältig macht und nicht abrupt, bessere Ergebnisse hat oder gleich gute, wie mit dem Arzt.“

Und ich fände es schon wichtig, wenn man mal ein bisschen ins Ausland guckt, was andere Leute für Erfahrungen machen. Es gibt ja auch die Haltung so der größte Risikofaktor beim Absetzen ist der Arzt, der eben die Angst einjagt, nach dem Absetzen kommt der Rückfall sofort. Es wäre also schön, wenn es die erfahrenen Ärzte gibt, die einem beistehen, man erfährt sie leider nicht, weil sie Angst haben, dass Ihnen gleich die Bude eingerannt wird, wenn sie mal ihren Namen nennen. Es gibt auch keine Diagnose, Neuroleptikaabhängigkeit oder Antidepressivaabhängigkeit. Es war vor kurzem mal in der Zeitung 'ne Annonce, „Soteria Leipzig, Hilfe beim Absetzen“.

Ich habe dann gleich angerufen und gefragt, kann ich da mal Leute hinschicken? Da haben sie gesagt, nee, das geht nicht, es gibt nur eine wissenschaftliche Diagnose Benzodiazepinabhängigkeit, die Leute können kommen, aber Leute, die von Neuroleptika weg kommen wollen, weil sie möglicherweise auch unter Rezeptoren Veränderungen und körperlicher Abhängigkeit leiden, die können da nicht aufgenommen werden. Es wäre vielleicht nicht schlecht, also, wenn die Ärzte, die hier sind in Ihren Kreisen, Richtung WHO arbeiten, dass so eine Diagnose aufgenommen wird. Die Entwicklung derzeit ist nach meiner Einschätzung relativ katastrophal in Deutschland. Es ist hier noch gar nicht gesagt worden, immer mehr Elektroschocks werden

verabreicht, immer mehr Zwangsunterbringungen. Zurzeit wird Haldol Depot mit ´ner Wirkungszeit von einem Jahr entwickelt.

Es gibt immer mehr Kombinationsmittel, das wurde ja schon gesagt, und die Atypischen sind ja auch keine reine Substanzklasse, sondern mehr ´ne Mischung aus herkömmlichen und Antiparkinsonmitteln. Was auch nicht gesagt wurde ist, es gibt schon seit 1999, einen Beschluss, eine Konsensuskonferenz von der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union, was zum wesentlichen Baustein zur Entwicklung der Psychiatrie gehört, also mehr Rechte, Menschenrechte für Psychiatriebetroffene. Psychiatriebetroffene weltweit wollen die Abschaffung der Zwangsbehandlung, aber erfahren da wenig Unterstützung der psychiatrisch Tätigen. Zufällig. Dass es Wahlmöglichkeiten geben soll, dass es Alternativen geben soll. Und wenn ich höre, was es in Berlin gibt, das Weglaufhaus mit was weiß ich 12 Betten und die Krisenpension, für eine dreieinhalb Millionen Stadt, das ist absolut erbärmlich, und da vermisste ich auch so das große Engagement der psychiatrisch und sozialpsychiatrisch Tätigen. Dass es mehr an solchen Einrichtungen gibt, dass auch mehr Druck ausgeübt wird auf die biologische Psychiatrie. Sind denn welche hier?

Die sind auch gerade nicht gefragt worden heut´, was sie denn machen, damit es mehr Alternativen gibt. Der Selbsthilfebereich in Berlin, das ist das allerletzte. Ich glaub´, der Berliner Verband kriegt vielleicht 2000 Euro im Jahr. Wie man da eine vernünftige Selbsthilfe machen soll, ist mir völlig schleierhaft. Ich weiß, mit der Kritik, dass nicht genug Unterstützung kommt, meine ich jetzt nicht die Leute, die das Weglaufhaus und die Krisenpension unterstützen, aber es müsste halt mehr geben. Dass es mehr gibt und was Alternativen für eine Wirkung haben, das ist unbestritten. Es gibt also Windhorst, Soteria, Krisenhotel überall in verschiedenen Bereichen in der Welt. Es sind nicht nur Einzelfälle, sondern zentral hat man gehört beim Vortrag von Herrn Aderhold, wie wichtig es ist, auf Alternativen, auf alternative Projekte zurückgreifen zu können mit der Begründung, dass es auch noch etwas anders gibt als Neuroleptika. Reinhard Wojke hat das Buch eben schon erwähnt, „Statt Psychiatrie 2“, da finden die auch Artikel von (...) Windhorst und was es weltweit alles so gibt. Und das ist meine Hoffnung, dass die Verbreitung von Wissen über Alternativen, Wissen über Entzugsmöglichkeiten, Möglichkeiten, dass man ohne Neuroleptika möglicherweise auch besser leben kann und über Schädlichkeit von Neuroleptika, dass das mittel- und langfristig zum Umschwung führt. Dankeschön.

„Guten Abend, ich bin **Hans Ulrich Paret** und arbeite als Nachtbereitschaft in zwei Berliner Übergangwohnheimen. Ich möchte dafür plädieren, dass wir den Punkt der Ernährung noch viel stärker berücksichtigen. Wenn ich mal das Büffet hier nun mal kurz angucke, was hatten wir heute. Weizen, Milch. Genau die zwei Produkte, die ich keinem Psychiatriepatienten mit gutem Gewissen empfehlen könnte. Herr Aderhold, sie sagten, es gibt keine Studien mehr, es gibt Studien, und das ist natürlich nicht das Einzige, Weizen und Milch. (...) Es fängt an mit jeglicher Erhitzung von Lebensmitteln, sobald sie eine Kartoffel kochen, verändern sie ja die Moleküle. Sie führen ihrem Körper chemische Substanzen zu, die völlig ungeprüft sind. Als 17jähriger Rohkostler kann ich aus Erfahrung sagen, erhitzte Nahrung erregt das Nervensystem, und das ist natürlich auch Gift für alle Psychiatriepatienten. Wer hier noch reinschauen möchte, kann es gerne tun, eine Veröffentlichung: Dr. Eleonore Procházka, Psychische Störungen durch Ernährung und Umwelt 1996 (ISBN 3-931528-07-3) und ist nur zu bestellen über: <http://www.sylt-gesund-leben.de/> Ernährung ist natürlich nicht das Einzige, es kommen dazu Schadstoffe, Schwermetalle, elektrische Störungen, wer möchte kann da hinterher gerne reinschauen, Danke.“

„Also, mein Name ist **Jutta Crämer**, ich bin vom Landesverband Berlin der Angehörigen psychisch Kranker. Also ich bin Angehörige, habe eine psychisch kranken Sohn und ich frage mich die ganze Zeit, was würde mein Sohn jetzt, nachdem er Ihren Vortrag auch gehört hat, wie würde er sich fühlen? Er, der die vielen Jahre diese Medikamente geschluckt hat. Ich muss sagen, ich bin auch durch diesen Vortrag sehr berührt und wir müssen das auch bei den Angehörigen zum Thema machen. Aber die Alternative fehlt mir hier eben auch noch sehr. Sie haben auch angesprochen, die Familientherapie. In Finnland ist die Familientherapie vom ersten Tag an dabei. Das vermisse ich hier in Berlin. Ich will nur von Berlin sprechen. (...) Und im Gegenteil, wir Angehörigen sind ja immer noch die Leute, die sind ja schuld, also werden wir raus genommen. Und ich frage mich bloß, wie geht es denn weiter? Wenn sie auch heute Abend die Krankenkassen eingeladen haben, wenn Psychotherapie noch nicht dazu gehört, dann sind das alles Dinge, die die Kranken brauchen. Also nur zu sagen, so ist das mit den Medikamenten, und manch einer lebt ja damit auch, da möchte ich doch sehr bitten, dass das weiter geht. Und nicht nur immer wieder- 10 Jahre arbeite ich in diesem Verband mit, und 10 Jahre lang mache ich hier Veranstaltungen mit, und immer wieder weisen wir darauf hin, es muss Gespräche geben, von Anfang an und wir stehen heute noch genauso da. Und heute hören wir nun auch noch, die Medikamente taugen nichts. Vielen Dank.“

Dieter Lehmkuhl: „Ja, ich geh auch hier symbolisch nach unten, weil ich aus meiner Moderatorrolle heraus steige. Zu dem, was Sie Frau Crämer gesagt haben, vielleicht ´ne ganz kurze Antwort. Wenn wir sehen, was die Pharmaindustrie für Werbung ausgibt, wenn wir sehen das dies, die Medikamente, zunehmend einen gesamten Etat des Gesundheitsleistungsbudgets in Anspruch nimmt, wenn wir das nicht hätten, dann wären sehr viele Mittel frei für andere alternative Behandlungsansätze.(Applaus) Das Thema Pharmaindustrie haben wie relativ ausgespart heute Abend. Ich will vielleicht ganz kurz sagen, aus welchem Hintergrund ich komme. Ich gehöre zu einer Regionalgruppe der IPPNW, der Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs, Ärzte in sozialer Verantwortung. Wir haben uns in letzter Zeit sehr intensiv beschäftigt. Was dort stattfindet, ist schlechterdings ein Skandal, der leider nicht genügend thematisiert wird. Ich kann das nicht ausführen. Ich hoffe, dass wir eines Tages mal hier ´ne Diskussion haben über das Verhältnis von Psychiatrie und Pharmaindustrie. (Applaus) In den USA leidet das Ansehen der Psychiater nicht zuletzt deswegen, weil sie so mit der Pharmaindustrie verbandelt ist. (...)

Aber das will ich hier jetzt nicht vertiefen. Es gibt sehr viele Aspekte davon. Ich will nur verweisen auf einen Artikel von dem „Critical psychiatry network“ Joana Moncrieff, die unter dem Titel „psychiatry for sale, maurdyly discussion paper“. Maurdyly ist wenn man so will das Burg Hölstli von London, eine ganz renommierte Klinik, wo sie das ganz ausführlich ausgebreitet hat. Ich möchte aber konkret jetzt noch zu anderen Punkten kommen. Wir beklagen einerseits den neurobiologischen Reduktionismus. Nach meiner Erfahrung als 40 Jahre Psychiater erlebe ich eine Regression. Sowohl in der Theorie und Konzeptionsbildung wie auch in der Versorgungspraxis, gegenüber dem, was vor 20 oder 30 Jahren war. Ich erlebe die Psychiatrie als eine große Verarmung aber letztendlich, und das hat Chiompi mal gesagt. Eigentlich sind die Neurobiologen unsere Verbündeten. Weil der Begriff der Neuroplastizität zieht die Brücke zwischen sozialer Umwelt und innerpsychischen Vorgängen, die der gestellt hat. Was wir erleben ist, was Moncrieff sagt, nicht dass wir, das Individuum, uns anzupassen, die Umwelt zu verändern, sondern umgekehrt.

Wir sollen durch Technologie uns verändern, damit wir in die Umwelt passen. Das sind ganz entscheidende Dinge. Als letztes vielleicht, oder zweitletztes. Ich befürch-

te, Volkmar Aderhold, dass die Gefahr, dass Du tot geschwiegen wirst, groß ist. Es gibt einfach Abwehr, Immunisierungsmechanismen des herrschenden Wissenschaftsbetriebes, die am besten solche Probleme lösen durch tot schweigen. Ich möchte nur erinnern an Loren Mosher, ein ganz renommierter Psychiater, ehemals Forschungsdirektor für Schizophrenie am renommierten „national institut of mental health“ in dem und der hat am „comprehensive textbook of psychiatry“ das umfangreichste und Standardlehrbuch der USA, das ist jetzt schon die vorletzte oder drittletzte Ausgabe. Auf über 2000 eng bedruckten Seiten taucht der Name Loren Mosher überhaupt nicht mehr auf. Das ist ein Beispiel dafür.

Aber jetzt zum Pragmatischen. Volkmar Aderhold hat ja einen Ansatz gezeigt, und mich hat das schon erschüttert, was Du über Eure Medikamentenerhebung gesagt hast, wobei nicht ganz klar war, was sind Neuroleptika, was Psychopharmaka. Aber das ist erschütternd, und da muss eigentlich was geschehen. Und die Frage ist dann auch, und da werde ich auch auf Ihre Hilfe Herr Benesch hoffen, wie kann man das ändern, dass eine solche Praxis nicht mehr Bestand hat, die völlig wider gegen alle wissenschaftliche Evidenz ist und dem Patienten nur schadet.

Es wäre ja gut, wenn sich vielleicht ein Kreis hier fände, oder die Träger mal Statistiken machen, und wir das irgendwie publizieren und möglicher Weise auch die Ärzte, die eine solche Versorgungspraxis betreiben erstmal höflich darauf anschreiben, erinnern, dass das nicht „the state of art“ ist. Das wäre ein praktischer Weg, um wenigstens die fatalen Folgen so einer Überdosierung unter Polypragmazio in der Pharmatherapie zu beenden. Vielleicht könnte auch die BGSP da der Ansprechpartner sein, dass wir da vielleicht mal eine Arbeitsgruppe bilden wie wir mit diesem Problem umgehen. Das wäre ein kleiner Aspekt zur Änderung der Praxis. Dankeschön.

„So, mein Name ist **Wolfgang Mathyschik**. Ich war in der Mollwitzstraße. (...) Ich bekomme da Nebenwirkungen. Ich bekomme Zyatyl, anderthalb Spritzen, und das merke ich, das hat Nebenwirkungen, (...) und da ging es mir am Montag so dreckig, also man kann sagen dreckig, und schlecht, und der Betreuer beobachtet mich. (...) Und da wollte meine Freundin (...) den Beipackzettel da sehen und da habe ich den Beipackzettel bei Parisi da raus genommen und wollte ...da hat er mir den aus der Hand gerissen: Was lesen sie da? (...) und da habe ich gedroht den Arzt zu wechseln, aber Gott sei Dank lässt er sich auf normale Gespräche ein, und da haut er mich mit anderthalb Zyatylspritze da voll, und das so viel Nebenwirkungen, Übelkeit, Erbrechen und Unpässlichkeit, und also da ging's mir Montag so dreckig, also vorigen Montag, und das ist 'ne furchtbare Sache. Und da habe ich keine Tagesstruktur, Tagesstruktur habe ich schon, mach ich mich selber, aber ich habe keine Arbeit, KBS Tiergarten haben 'se auch keine Arbeit. und da habe ich die Kinderkrippenarbeit verloren. Und da habe ich, was die Arbeit betrifft, keine richtige Tagesstruktur, (...) Mandalas und das mach' ich ja alles, und aber ich habe keine sinnvolle Arbeit, und der Betreuer verspricht und bemüht sich so viel (...) Sinnvolle Tagesstruktur, das ist doch besser als so viele Medikamente.“

Volkmar Aderhold

„Ich möchte auf einiges noch reagieren, aber das nicht als komplettes Schlusswort verstehen, weil das ja so viel Splitter sind. Ich will das Statement von Frau Crämer als Einstieg nehmen. Wenn ich nicht wüsste, dass es effektive psychosoziale Behandlungsformen gibt, vielleicht nicht extremst elegant evaluiert. Aber so, dass man sagen kann, da ist was dran, die Leute, die das machen, ich kenn sie mittlerweile fast alle persönlich, weil das ist mein Qualitätskriterium, die es über 20 Jahre ge-

macht haben, also wenn es das nicht alles gäbe, dann würde ich auch nicht so auftreten. Das ist klar. Das war heute nicht der Auftrag für den Vortrag, da könnte ich Ihnen ganz viel zu sagen, was geht und was noch besser geht und was man am Besten machen sollte, da habe ich ´ne eindeutige Position. Ich finde, die kann ich auch wissenschaftlich begründen, das ist ein anderes Thema. Die Kritik der Neuroleptika dient für mich dem Zweck, einerseits wirklich sinnvoll mit Ihnen umzugehen, da Schadensbegrenzung zu betreiben, weil wir sie brauchen, aber dann müssen wir das lernen, damit vernünftig umzugehen und aber nicht das, was wir auch noch tun können, mit ihnen schädigend zu ersetzen.

Und dann natürlich sehr gewissenhaft darüber nachzudenken, was man denn sonst noch tun kann. Und das „need adapted treatment“, was die Finnen machen, ich komme ziemlich durch die Welt und kenne ziemlich viele Leute und kenne ziemlich viele Modelle, ich will nicht behaupten alle, aber ich hab´ mich ziemlich getummelt, weil ich das 27 Jahre mache. Ich kenne niemanden, der ein besseres hätte, ich habe bisher niemanden getroffen. Und das ist sozusagen das Ziel, die Stoßrichtung für Krankenkassen und Kostenträger. Geld ist absolut genug im System, das braucht überhaupt nicht mehr Geld, es braucht Verteilung und Strukturen und so, das ist jetzt heute nicht das Thema. Für den Umgang mit solchen Studien finde ich für mich, in der Medizin gilt ein anderes Prinzip als das der Datensicherheit.

Für Medizin gilt das Prinzip des Nihil Nocere, also schade nicht, und wenn wir Anhalt haben, auch in schlechten Studien, dass da was stinkt oder nicht gut ist, dann müssen wir dem gewissenhaft nachgehen und sofort was nachschieben. Und das passiert nicht. Da verlässt man sich dann darauf. Also, es ist absolut genügend Idee dafür da, so was wie ´ne Neurodegeneration stattfinden könnte, keiner weiß genau, wie, aber es gibt genug Anhaltspunkte, die ich also so ein bisschen gebracht habe, und seit 98 ist das in *Lanset* veröffentlicht. Jetzt haben wir 10 Jahre später, und heute sagen wir immer noch, wir haben da nicht genug Daten. Das stinkt zum Himmel, das kann man nicht machen. (Applaus) Zu den Interventionen: Ich meine, mein Statement ist, es gibt richtig, ich nenne das mittlerweile outcome relevante Intervention, richtig wichtige Sachen, die man machen muss, und es gibt ganz viel Schnickschnack.

Und wir machen ganz viel Schnickschnack und ganz wenig von dem, was richtig outcome relevant ist. Und wenn wir das mal umschichten würden, und das geht dann natürlich ziemlich ans Eingemachte, aber dann käme wirklich was bei raus, und ich will jetzt nicht sagen, was das alles ist, aber es ist sehr klar benennbar, was wirklich am Ende für die Patienten einen andern Lebensprozess in Gang setzt. Das ist kein Geheimnis mehr. Und wenn man das noch nicht ganz genau weiß, dann muss man es machen, um es noch genauer zu wissen.

Die Tür aufzumachen braucht mehr als uns Psychiater, weil uns kaum noch jemand glaubt, das liegt auch daran, dass wir irgendwie auch abhängig sind. Und deswegen ist es glaub´ ich wahnsinnig wichtig, das Angehörige und Betroffene hier sich als wirklich machtvolle Größe erleben. Wenn es um Politikbereiche geht, um Krankenkassen geht, unter dem Thema schlichtweg der Mortalität, darum habe ich den Artikel mal geschrieben, wenn man da sagt, das kann doch nicht wahr sein, dass wir 2007 eine Behandlung machen, in einer Behandlungssituation sind, wo wir in Amerika wissen, die Patienten sterben 25-30 Jahre früher als die Normalbevölkerung. Das ist *Psychiatry live 2007*, das kann nicht sein. Und es ist völlig klar, dass unsere Pharmakotherapie daran einen Anteil hat. Welchen, kann keiner genau quantifizieren. Vielleicht ist er die Hälfte, also statistisch, nicht für jeden, an der Stelle kann man doch Druck machen, das ist doch keine Nullaussage, wenn man als Patient sagt, ich

kann doch nicht dazu verpflichtet werden, ein falsches Medikament oder zuviel oder ich müsste eigentlich gar nicht oder so, an so einer Stelle, das sind nur so blitzlichtartige Ideen, aber solche Initiativen durch zu überlegen und daraus einen bestimmten Druck zu erzeugen.

Außerdem denke ich, wenn mal Klinikleiter, die leider natürlich in Privatkliniken auch nicht mehr so frei reden können, oder Klinikchefs und alle möglichen Leute, die in Leitungspositionen sind, den Mund aufmachen würden und nicht ihr schlechte Situation oder ihre nicht umgesetzte PsychBV immer verschleiern würden, dann käme auch noch gebündeltes dabei heraus. Das weiß ich allerdings nicht, ob das nicht längst in der Dose der Privatisierung verschwunden ist. Jetzt noch- ich glaube, ich bin damit am Ende. Ja, die Pharmageschichte. Das ist für mich 'ne Frage. Also: Um sich das zu erklären, warum wir zum Teil so blind sind, glaube ich, muss man die Pharmaindustrie als wesentliche Einflussgröße mit einberechnen und wenn man da rein liest, Sie haben das ja auch gemacht Herr Lehmkuhl, man muss nur so mal im Internet recherchieren, (das ist der Nachteil eines sog. (...), wenn man dann vier Wochen über die Pharmaindustrie liest- man kriegt das Kotzen. Also, das ist einfach so. Das kann man alles aus dem Internet ziehen heute, ich will jetzt keine Geschichten erzählen, das sind- gucken sie den ewigen Gärtner an, (...) von John le Carré, den Film, da ist ziemlich viel am Laufen.

Ich weiß allerdings nicht, wie man damit umgeht, weil klar ist, dass Berlin oder die Bundesrepublik oder so, die werden ja nicht die Multipharmaindustrie knacken, das ist völlig aussichtslos. Die verschlucken natürlich 40 % von Ihren, unseren, meinen Geldern, die an die Krankenkassen gezahlt werden, schlucken die sozusagen für ihr Marketing und sind natürlich damit sehr potent und dann noch Teile für die Forschung, die besser unabhängig gemacht würde, oder zumindest wesentlich unabhängig gemacht würde, also wie man damit umgeht weiß ich nicht, weil das ist ne ganz hohe Hausnummer. Sie haben mir mal erzählt. Da fliegen richtig Außenminister in die Bundesrepublik und so, da werden irgendwelche Verträge geschlossen. Da ist ganz viel im Hintergrund...(...) Ich weiß es wirklich nicht, wie man dieses Problem manövriert, aber wenn man es außer acht lässt, dann glaube ich, verkennt man eine der wichtigen Größen... Wenn man es zu sehr konfrontiert, verzettelt man sich möglicherweise...Aber das braucht sicher noch mal gewissenhafte Überlegung, weil es einfach noch mal eine ganz andere Dimension hat...soweit erstmal, und in der Charité geht es dann weiter und das finde ich ein großartiges Angebot, ich meine, das muss man sich mal überlegen, dass die spontane Reaktion der Uniklinik war, wir führen diese Diskussion weiter, sie alle sind natürlich dazu eingeladen. (...) der Diskurs geht weiter und kann ja dadurch auch eine gewisse Schlagkraft nehmen. Also ich finde, wir sind nicht schlecht weit gekommen heute.“

Anonym

„Zur Würde des Menschen gehört das liebevolle Gespräch und auch das liebevolle Aufnahmegespräch. (...) Soviel zur gesamtgesellschaftlichen Relevanz des psychiatrischen Themas. Die Irrenanstalten bauen an und die Knäste platzen aus den Nähten. (...) Die Musik, das Theater, wer das Geld hat, kann die alle aufsuchen, auch die Opern, das sind in der Regel die Ärzte eher als die Leute, die auch das Bürgergeld mal haben können, damit sie darauf aufbauend in Würde einem Erwerb nachgehen können oder in Würde Gedanken klären können für sich überhaupt. Das ist 'ne Grundlage, die finde ich, das gehört einfach dazu, und das wollte ich erstmal so sagen, dass der Bogen doch mal ein bisschen weiter gespannt wird. Und ja, sehr wohl in die Politik reicht. (...) Die Tablettenabhängigkeit ist ja nicht das, wo die Menschheit mal hinmutieren möchte. (...) Das Gehirn hat noch so viele Kapazitäten, die noch gar nicht alle ausgeschöpft sind. (...)

Christian Reumschüssel-Wienert

„Wir haben jetzt über drei Stunden hier sehr angeregt diskutiert, was also wirklich eine sehr lange Zeit ist. Ich fand es total spannend. Ich möchte allen, die mit einem Statement hier waren, sehr herzlich danken, Volkmar Aderhold möchte ich danken. Ich möchte Ihnen danken, dass Sie sich so diszipliniert verhalten haben, das fand ich ´ne ganz tolle Sache. Es war auch ´ne sehr spannende Veranstaltung und vielleicht sehen wir uns am 27. Februar wieder. Auch ich finde es sehr toll, dass die Charité sich dazu bereit erklärt hat, und ich wünsche Ihnen noch einen schönen Abend. (...) Wiedersehen, bis zum nächsten Mal.“