

Zur Sache: Psychiatrie

Arno Deister

Zukunft. Psychiatrie

Herausforderungen, Konzepte,
Perspektiven

Psychiatrie
Verlag 

Arno Deister

Zukunft. Psychiatrie

Herausforderungen,
Konzepte,
Perspektiven

Psychiatrie
Verlag 



Prof. Dr. med. Arno Deister, geboren 1957, hat die Facharztanerkennungen für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie. Nach dem Studium der Medizin in Aachen und Köln war er zunächst an den Universitäten in Köln und Bonn wissenschaftlich mit dem Schwerpunkt Psychopathologie und Psychosenforschung tätig. Mit dem Beginn der Tätigkeit als Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe im Jahr 1996 hat sich die Tätigkeit in den Bereich der regionalen psychiatrischen Versorgung verlagert. Seine besonderen Interessen gelten darüber hinaus Themen der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie. 2003 wurde unter seiner Leitung das Modellprojekt eines Regionalen Budgets in Itzehoe entwickelt und umgesetzt. 2017 und 2018 war er Präsident der DGPPN, seit 2021 ist er Bundesvorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit.

Arno Deister

Zukunft. Psychiatrie

Herausforderungen,
Konzepte,
Perspektiven

Inklusive Interviews mit:

Gerald Gaß, Nils Greve, Iris Hauth,
Kirsten Kappert-Gonther, Christian Kieser,
Sabine Köhler, Thomas Pollmächer,
Georg Schomerus, Ingo Ulzhoefler und
Bettina Wilms

Zur Sache: Psychiatrie

Arno Deister

Zukunft. Psychiatrie

Herausforderungen, Konzepte, Perspektiven

1. Auflage 2022

ISBN Print: 978-3-96605-138-5

ISBN eBook (PDF): 978-3-96605-164-4

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zu psychischen Störungen finden Sie im Internet:

www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2022

Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Uwe Britten, Eisenach

Umschlagkonzeption und -gestaltung: studio goe, Düsseldorf

Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rheinbreitbach

*»Die Zukunft soll man nicht voraussehen wollen,
sondern möglich machen.«
Antoine de Saint-Exupéry*

Die Psychiatrie der Zukunft – eine Zukunft für die Psychiatrie?	10
Was zu tun ist – acht Forderungen an die Gesundheitspolitik ..	13
Faszination Psychiatrie – auf dem Weg in die Zukunft	19
Die Würde des Menschen zum Maßstab machen	19
Niemand kann sich vom Risiko einer psychischen Erkrankung befreien	20
Was ist eine psychische Krankheit?	21
Verantwortung tragen für die Vergangenheit und für die Zukunft	23
Das Ziel ist eine settingunabhängige Qualität der Behandlung	25
Das Fachgebiet der Psychiatrie steht auch für soziale Verantwortung	27
Psychiatrie und Gesellschaft stehen in einer fragilen Wechselwirkung	29
Wo stehen wir? Der Blick auf die Psychiatrie von heute	31
Patienten, Nutzer und andere Betroffene	32
»Ich will wirklich wissen, wie es dir geht« – Ingo Ulzhoefner	42
Ein fragiles Wechselspiel – der Blick aus der Gesellschaft auf die Psychiatrie	49
Die Politik entdeckt die Psychiatrie – Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wichtig für die Gesellschaft	56
»Seelische Gesundheit entwickelt sich im Alltag« – Kirsten Kappert-Gonther ..	66
Zwischen Fragmentierung und Kooperation – das psychiatrische Versorgungssystem	73
»Wir brauchen den Mut, etwas zu verändern« – Sabine Köhler	80
Psychiatrie(n) und Gesellschaft(en) – eine internationale Perspektive	87
Orientiert am Menschen – Haltungen und Einstellungen	90
Herausforderung Qualität: Was ist gute Psychiatrie?	97
Unterschiedliche Dimensionen der Qualität	98
»Wir wissen zu wenig über Gesundheitsförderung« – Bettina Wilms	114

Die Würde des Menschen – ethische und rechtliche Rahmenbedingungen	121
Wir brauchen eine Ethik in der Psychiatrie	122
Das Recht der Patienten – mehr als nur eine Formsache	124
Die Rechte der Patientinnen und Patienten	126
»Die Psychiatrie muss Teil der Medizin sein« – Thomas Pollmächer	130
Soziale Gerechtigkeit schaffen – für gesellschaftliche Verantwortung	138
Gerechtigkeit beschreibt eine faire Verteilung	138
Leistungsgerechtigkeit lässt sich nicht messen	140
»Leistung« ist ein komplexes Konstrukt	141
»Wir müssen politischer werden« – Christian Kieser	143
Diese Aufgabe ist entscheidend: die Frage der Finanzierung	150
Wir erhalten, was wir finanzieren	150
Die unterschiedlichen Steuerungswirkungen der Finanzierung	152
An der Aufgabe orientierte Pauschalierung	154
Steuerungseffekte einer aufgabenorientierten Finanzierung	155
Seelisch gesund in der Gesellschaft – Aspekte der verantwortlichen Teilhabe	157
Recovery und Empowerment	157
Die große Bedeutung der Erwerbstätigkeit	158
Verminderung von Stigmatisierung	161
Prävention und Früherkennung	162
Selbstmanagement und Selbsthilfe	164
Exkurs: Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit	166

Mehr Zeit für Menschen – für eine zukunftsfähige Personalbemessung	168
Anforderungen an ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung	171
Das Plattform-Modell zur Personalbemessung	174
 Mehr Wissen – Forschung für Menschen mit psychischen Erkrankungen	 179
Am Patienten orientierte partizipative Forschung	179
An den Lebenswelten orientierte Versorgungsforschung	180
Soziale Neurowissenschaften sind ein Thema der Zukunft	181
Künstliche Intelligenz	182
Individualisierte Psychotherapie	183
»Die Psychiatrie muss sich immer neu erfinden« – Georg Schomerus	184
 Flexibilität der Versorgung – Grundlagen für ein psychosoziales Gesundheitssystem	 193
Anreize statt Sanktionen	193
Koordination und Steuerung	195
Gestufte Versorgung	197
Flexibilisierung der Versorgung	199
Aufsuchende Behandlung	201
»Jeder soll eine bedarfsgerechte Versorgung bekommen« – Iris Hauth	204
 Das Krankenhaus der Zukunft – Welche Rolle spielt es im Gesundheitssystem?	 211
Die heutigen Strukturen sind traditionell gewachsen	211
Zukünftige Herausforderungen für das Krankenhausmanagement	212
Erfolgsfaktoren für die Zukunft	214
Modellprojekte nach § 64b SGB V und Regionale Psychiatrie-Budgets	216
»Wir müssen Psychiatrie sichtbarer machen« – Gerald Gaß	219

Was wir brauchen: die Regionale Verantwortung	226
Die Region als Rahmen	226
Ausrichtung der Finanzierung an der Aufgabe	228
Verantwortliche Vernetzung der Angebote	229
Verantwortung für die Ressourcen	230
»Wir müssen die Wende schaffen« – Nils Greve	231
Über die Zukunft – und über Psychiatrie	239
Literatur	244

Die Psychiatrie der Zukunft – eine Zukunft für die Psychiatrie?

*»Nicht weil es schwer ist,
wagen wir es nicht,
sondern weil wir es nicht wagen,
ist es schwer.«
Lucius Annaeus Seneca*

Wir müssen wieder etwas tun, wir brauchen Veränderungen – einen Paradigmenwechsel in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Wir brauchen eine hoch qualifizierte psychosoziale Medizin, die an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientiert ist. Eine Psychiatrie, die Verantwortung für die Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Region übernimmt. Und wir brauchen eine Gesellschaft, die den Wert und die Würde von Menschen mit psychischen Erkrankungen anerkennt.

Es gab bereits eine Zeit, in der es einen Aufbruch in die Zukunft gab. Fast ein halbes Jahrhundert ist das jetzt schon her. Die Psychiatrie-Enquête aus dem Jahr 1975 hat die psychiatrische Versorgung zukunftsfähig gemacht und sie hat sie grundlegend verändert. Ein halbes Jahrhundert später aber – heute also – befindet sich die Psychiatrie in der Krise, vielleicht sogar in einer existenziellen. Wir sind in dieser Krise aber nicht hilflos. Wir haben heute viel mehr Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Hilfe- und Versorgungssystems als vor fünfzig Jahren. Wir müssen sie nur nutzen.

Die Psychiatrie-Enquête bedeutete eine tiefe Zäsur in der damaligen psychiatrischen Versorgung. Für viele ist sie noch heute der Inbegriff einer hoffnungsvollen Zukunft für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Aber kann die Enquête auch heute noch als Maßstab für die Zukunft gelten? Jeder, der im psychiatrischen System Verantwortung trägt, mag sich einmal die Frage stellen, was er oder sie vor zehn Jahren auf die Frage geantwortet hätte, wie sich das Fachgebiet in zehn Jahren – also bis heute – entwickelt haben wird. Und jeder muss sich der Frage stellen, was von diesen Erwartungen, Hoffnungen, Träumen oder auch Visionen bis heute erreicht worden ist. Die Antworten werden sehr unterschiedlich ausfallen. Teils werden sie Ausdruck des schmerzlichen Bewusstseins sein, dass sich grundlegende Fragen noch immer nicht so entwickelt haben, wie wir uns das vorgestellt haben. Teils werden auch Entwicklungen benannt werden, die echte Fortschritte darstellen. Manchmal gehen die

Vorstellungen aber auch dahin, eine Zukunft für die Psychiatrie grundsätzlich zu verneinen und auf eine vollständige Abschaffung des Fachgebiets zu hoffen.

Mit all diesen unterschiedlichen Blickwinkeln und Erwartungen werden wir uns auseinandersetzen müssen, denn wir sind noch lange nicht am Ziel.

Unabhängig davon, was in den letzten Jahren geschehen sein mag, und unabhängig davon, wie wir die heutige Situation einschätzen: Am Ziel sind wir jedenfalls noch lange nicht, und wir dürfen uns auch nicht am Ziel wähnen. Vielmehr müssen wir wissen, dass es gerade heute enormer Anstrengungen bedarf, für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Zukunft zu schaffen. Eine Zukunft, die dem Bedarf und den Bedürfnissen dieser Menschen – insbesondere mit *schweren* psychischen Erkrankungen – möglichst gerecht werden kann, damit sich ihr Leiden vermindert und damit die verantwortliche Teilhabe am Leben der Gesellschaft langfristig gesichert ist.

Dabei geht es ganz besonders um diejenigen, die sich als Betroffene oder als Angehörige nicht zufriedengeben, zufriedengeben *dürfen* mit dem, was wir erreicht haben. Sie werden grundsätzliche weitere Entwicklungen auf dem Gebiet der Menschenrechte, der ethischen Ansprüche des Fachs, der Kommunikation untereinander und ganz besonders der therapeutischen Möglichkeiten in allen Bereichen fordern. Und das zu Recht.

Diese Forderungen richten sich sowohl an die Vertreter des Fachgebiets selbst als auch an die Gesellschaft insgesamt, insbesondere aber an die Gesundheitspolitik. Die Feststellung, dass psychische Erkrankungen Volkskrankheiten seien, ist grundsätzlich richtig. Diese Feststellung reicht jedoch in keiner Weise aus, wenn die Gesellschaft nicht auch Verantwortung dafür übernimmt, wie sie – wie wir alle – mit den entsprechenden Herausforderungen umgehen. Niemand kann sich mehr herausreden damit, man wisse nicht – oder habe nicht gewusst –, was nötig sei. Fakten und zukunftsweisende Konzepte liegen auf dem Tisch. Es mangelt aber an deren Umsetzung, manchmal an den Möglichkeiten, oft aber auch am unbedingten Willen, dies auch gegen Widerstände durchzusetzen.

Einer der Schlüsselbegriffe, an der sich die Zukunft der psychiatrischen Versorgung ausrichten kann, ist der Begriff der Qualität. Ein häufig missbräuchlich verwendeter Begriff, aber trotzdem ein zentrales und vor allem notwendiges Konzept. Wir müssen dabei jedoch feststellen, dass wir bis heute in der Psychiatrie und Psychotherapie keinen belastbaren Konsens darüber haben, was wir unter »Qualität« verstehen – und messen können wir die für uns wichtige Qualität sowieso kaum. Was wir aber brauchen, ist ein umfassendes

Verständnis von fachlicher, sozialer, gesellschaftlicher und politischer Qualität. Ein Konzept, das auch Stellung zur Frage der Gerechtigkeit, der Verantwortung und der Identität der Psychiatrie nimmt.

Wir brauchen zukunftsfähige und realisierbare Konzepte.

Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich in einer grundsätzlichen Umbruchsituation, sogar in einer Situation der Bedrohung. Die Bedrohung entsteht dadurch, dass es nicht mehr so viele Menschen gibt, die von der Arbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen fasziniert sind, die sich für das Fach interessieren und sich dort engagieren wollen. Die Bedrohung besteht in der nachlassenden Bereitschaft in Teilen der Gesellschaft, die notwendigen Ressourcen für die Hilfe- und Versorgungssysteme zur Verfügung zu stellen. Und die Bedrohung besteht darin, dass die bestehenden und verfestigten Strukturen den Erfordernissen einer modernen und zukunftsfähigen Psychiatrie nicht mehr gerecht werden. Wir erleben immer mehr und immer stärker, dass wir mit den aktuellen Maßnahmen und Methoden an Grenzen stoßen – an Grenzen der Qualität, an Grenzen der Finanzierbarkeit, aber auch an Grenzen der Verantwortbarkeit. Ob es sich dabei um eine wirklich existenzielle Bedrohung handelt oder ob es gelingen wird, das Fachgebiet so aufzustellen, dass eine zukunftsfähige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung möglich ist, wird sich daran entscheiden, wie sich die Menschen verhalten, die das Fachgebiet prägen – die Betroffenen, die Angehörigen und natürlich all diejenigen, die für das Fach (inhaltliche und politische) Verantwortung tragen (DEISTER 2022).

Wir brauchen nichts weniger als einen Paradigmenwechsel.

Alles das werden wir nur gemeinsam angehen können. Nur durch gemeinsame und koordinierte Maßnahmen werden wir etwas erreichen können. Was wir brauchen, ist das Engagement der Gesundheitspolitik für die Psychiatrie, aber gleichzeitig auch das Engagement der in der psychiatrischen Versorgung tätigen und der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen in der Gesundheitspolitik. Was wir brauchen, sind zukunftsfähige und realisierbare Konzepte. Jetzt!

Was zu tun ist – acht Forderungen an die Gesundheitspolitik

Wir müssen etwas tun: Diese Forderung richtet sich auch an die Gesundheitspolitik. Politische Institutionen haben sich in den letzten Jahren zunehmend mehr mit der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen befasst. Was sind nun die wesentlichen Veränderungen, die wir brauchen? Acht Forderungen:

1. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen. Sie sind Volkskrankheiten.

Die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen ist außerordentlich hoch. Psychische Krankheiten gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen überhaupt. Entsprechend gehört das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie zu den zentralen und größten Fächern der Medizin. Aufgrund ihrer Häufigkeit, Schwere, Verbreitung sowie der persönlichen und gesellschaftlichen Folgen sind mehrere psychische Erkrankungen als »Volkskrankheiten« zu bezeichnen. Dies betrifft in erster Linie die häufigsten wie Depressionen, Angsterkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und Demenzen. Aber es betrifft auch Erkrankungen, die nicht ganz so häufig sind, dafür aber das Leben der Menschen im sozialen Zusammenleben massiv beeinträchtigen (etwa psychotische Erkrankungen).

Es ist davon auszugehen, dass etwa jeder vierte oder fünfte Mensch innerhalb eines Jahres die Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllt. Die Krankheitslast ist eine der höchsten aller gesundheitlichen Einschränkungen. Die direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen betragen knapp 5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Bei mehr als 40 Prozent der Personen, die vorzeitig berentet werden, wird dies mit einer psychischen Erkrankung begründet. Etwa jeder siebte Euro, der in Deutschland für Gesundheit ausgegeben wird, wird direkt für psychische Erkrankungen ausgegeben, das sind mehr als 50 Milliarden Euro pro Jahr. Die indirekten Kosten, die durch psychische Erkrankungen entstehen, betragen pro Jahr noch einmal mehr als das Doppelte.

Was ist also zu tun?

- **Depressionen, Angsterkrankungen, Demenzen und Abhängigkeitserkrankungen müssen als Volkskrankheiten anerkannt werden. Prävention,**

Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation dieser Erkrankungen müssen gezielt ausgebaut sowie besser strukturiert und koordiniert werden.

- **Dabei müssen die Bedarfe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in besonderer Weise berücksichtigt werden.**
- **Regelungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern getroffen sind, müssen stärker miteinander verbunden werden.**

2. Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen die gesellschaftliche Daseinsvorsorge. Die Gesellschaft muss mehr Verantwortung übernehmen.

Psychische Erkrankungen greifen stärker als die meisten körperlichen Erkrankungen in die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und damit auch in rechtliche, politische, finanzielle und andere relevante Fragestellungen ein. Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen sind außerdem häufig nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, ihre Bedürfnisse und ihren persönlichen Bedarf zu artikulieren bzw. durchzusetzen. Dies bedingt eine besondere gesellschaftliche und staatliche Verantwortung für diese Personen. Die bisherigen Vorschriften (etwa in § 27 Abs. 1 SGB V) greifen dabei nicht ausreichend.

Behandlungsentscheidungen stehen zunehmend stärker in der Gefahr, abhängig zu sein von den ökonomischen Rahmenbedingungen. Außerdem richten sich medizinische Angebote häufig stärker an den bestehenden Versorgungsstrukturen als an den individuellen und konkreten Bedürfnissen der betroffenen Menschen aus. Insbesondere im Zusammenhang mit der Zuteilung von personellen und finanziellen Ressourcen muss die Ausrichtung auf das Wohl der Patientinnen und Patienten sichergestellt sein. Dies ergibt sich auch ausdrücklich aus einer Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (2016).

Was ist also zu tun?

- **Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung muss in besonderer Weise als Aufgabe der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge aufgefasst werden.**
- **Die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen in allen einschlägigen Gesetzen und Verordnungen Berücksichtigung finden.**

3. Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Stigmatisierung muss beendet werden.

Stigmatisierung und teilweise auch (strukturelle und persönliche) Diskriminierung prägen nach wie vor häufig den Alltag von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dadurch wird die verantwortliche Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen zuweilen massiv eingeschränkt und insbesondere das Leiden dieser Menschen verstärkt. Zwar haben sich in den letzten Jahren grundsätzlich Verbesserungen gezeigt, diese reichen aber bei Weitem noch nicht aus.

Was ist also zu tun?

- **Die verantwortliche und gleichberechtigte Teilhabe insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen an allen gesellschaftlichen Prozessen muss sichergestellt werden.**
4. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung befindet sich in einer grundlegenden Umbruchsituation. Wir müssen jetzt handeln.

In den letzten Jahren sind gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen worden, die eher dazu führen, die bestehende Versorgungsqualität zu reduzieren, statt eine zukunftsfähige Psychiatrie zu schaffen. Dazu gehört insbesondere die Einführung eines an den erbrachten Leistungen orientierten Finanzierungssystems (PEPP-System). Die primär auf den Bedarf von Menschen ausgerichtete Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wurde abgeschafft und eine rein an ökonomischem Denken ausgerichtete psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsstruktur gefördert.

Weiterhin ist die stationäre Versorgung die einzige Versorgungsform, mit der eine ökonomisch stabile Finanzierung erreicht werden kann. Es werden damit die falschen Anreize gesetzt und die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen ignoriert.

Was ist also zu tun?

- **In den psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfe- und Versorgungsangeboten muss der Bedarf der Patientinnen und Patienten Vorrang vor ökonomischen Interessen haben.**
 - **Die bestehenden Versorgungsstrukturen gilt es entsprechend anzupassen.**
5. Entscheidend ist die Orientierung an den Bedürfnissen und den Bedarfen der Patienten. Das betrifft insbesondere die Personalbemessung.

Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) vorgegebene Richtlinie zur Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) setzt die falschen Behandlungsanreize, weil die dort vorgegebene Personalbemessung lediglich eine absolute Untergrenze darstellt. Sie vom konkreten individuellen Bedarf der Menschen abzukoppeln, berücksichtigt nicht die notwendige Qualität der Versorgung und die wissenschaftlichen Leitlinien. Zur Sicherstellung einer ausreichenden Behandlungsqualität und vor allem ausreichender Zeit für erkrankte Menschen wird ein alternatives Instrument der Personalbemessung benötigt, etwa das durch die Fachgesellschaften und Verbände entwickelte und evaluierte Plattformsystem. Insbesondere im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss eine Finanzierung sichergestellt werden, die sich an der erforderlichen Qualität ausrichtet.

Was ist also zu tun?

- **Die Regelungen zur Personalbemessung für die Psychiatrie und Psychosomatik müssen sich an der erforderlichen Qualität und den wissenschaftlichen Leitlinien ausrichten.**
 - **Der Bedarf der Patienten muss der Maßstab für die Zuteilung personeller und finanzieller Ressourcen sein. Dazu müssen die bisherigen starren Strukturen flexibilisiert werden.**
6. Die hochgradige Fragmentierung der Versorgungsstrukturen und des Finanzierungssystems führt zu vermeidbaren Kosten. Dies verhindert die notwendige Versorgungsqualität.

Die hochgradige Fragmentierung der Versorgung und der Finanzierung, die das deutsche Gesundheitswesen insgesamt prägt, wirkt sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderer Weise negativ aus. Es kommt zu Brüchen in der Behandlung und nicht selten auch zu Behandlungsabbrüchen. Dies gilt sowohl für die starren Grenzen zwischen den Regelungen verschiedener Sozialgesetzbücher (insbesondere SGB V, IX und XII) als auch für die Hürden zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, vollstationär, aufsuchend). Erforderlich sind Versorgungsstrukturen, die sektorübergreifend und weitgehend settingunabhängig sind. Es existieren seit fast zwei Jahrzehnten entsprechende Versorgungsmodelle (»Regionale Budgets« etc.), die wissenschaftlich evaluiert und deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit belegt sind.

Seit 1991 galten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung die Regeln der Psychiatrie-Personalverordnung. Diese wurde zum Ende 2019 abgeschafft. Der GBA hat seit dem 1. Januar 2020 eine Richtlinie zur Personalbemessung (PPP-RL) in Kraft gesetzt und diese bisher mehrfach überarbeitet. Die Bestimmungen dieser Richtlinie werden dem politischen Willen (ausgedrückt im § 17 KHG und anderen) nicht gerecht. Es erfolgt keine Ausrichtung der Mindestbesetzung an der erforderlichen Qualität, dem Bedarf der Patienten und der wissenschaftlichen Evidenz. Die erforderliche Personalbesetzung wird auch nicht vollständig finanziert.

Es wird eine gesetzliche Vorgabe an den GBA benötigt, damit die Personalbemessung bezugnehmend auf den individuellen und konkreten Bedarf der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen vorgeschrieben werden kann. Das von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Verbänden der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vorgeschlagene Plattform-Modell stellt dafür eine geeignete Methodik zur Verfügung. Die Gesundheitsministerkonferenz hat dies 2020 einstimmig unterstützt.

Was ist also zu tun?

- **Innovative Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen bei gesicherter und gleichwertiger Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit Eingang in die Regelversorgung finden.**
- **Dazu sind die entsprechenden Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung anzupassen. Dies gilt in besonderer Weise für Modellprojekte der psychiatrischen Versorgung, die bereits langfristig die Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen prägen.**

7. Die Tätigkeit in der Psychiatrie und Psychotherapie muss attraktiver gestaltet werden. Mehr Zeit für die Menschen!

Die Situation im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie ist durch einen ausgeprägten Mangel an Fachkräften gekennzeichnet. Dies gilt in erster Linie für den Bereich der Pflege und für den ärztlichen Bereich, betrifft aber auch die anderen dort tätigen Berufsgruppen in zunehmendem Maß. Der wesentliche Grund besteht in den schwierigen Rahmenbedingungen. Eine zu geringe Personalbemessung, überbordende Dokumentationsverpflichtungen und teilweise Zunahme von Gewalt und Aggression als Folge von Mangel an Zuwendung führen dazu, dass die Zeit für die therapeutische Beziehungsgestaltung mit psychisch erkrankten Menschen bei Weitem nicht ausreicht. Mehr therapeutische

Zeit für die betroffenen Menschen würde die Tätigkeit in diesem Bereich wieder attraktiver machen.

Was ist also zu tun?

- Bei der Personalbemessung sind die Anforderungen an die Qualität der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation als Maßstab zu sehen.
 - Um die Tätigkeit in der Psychiatrie und Psychotherapie attraktiver zu machen, müssen die Kostenträger in Vorleistung treten.
8. Die Versorgung in der Region ist die Basis für eine zukunftsfähige Psychiatrie und Psychotherapie. Verantwortung, Koordination und Steuerung müssen verbessert werden.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung der regionalen Angebote der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung ist unzureichend. Limitiert wird sie durch fehlende verbindliche Regelungen zur Übernahme von Verantwortung durch die jeweiligen Institutionen. Dies wird auch dadurch bedingt, dass unterschiedliche Sozialgesetzbücher (insbesondere die SGB V, IX und XII) die gesetzlichen Grundlagen für die Angebote bilden und somit fließende Übergänge nicht möglich sind. Außerdem entstehen vermeidbare Kosten durch die starren Abgrenzungen zwischen den einzelnen gesetzlichen Vorschriften – siehe auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2018). Der jüngst durch den GBA beschlossene Richtlinienentwurf zum § 92 Abs. 6 b SGB V (KSVPsych-RL) zeigt, dass die bestehenden Strukturen nicht ausreichend flexibel sind, um eine verbesserte Qualität des regionalen Hilfe- und Versorgungssystems sicherzustellen und systemimmanente Lösungsversuche oft weitere Kleinteiligkeit erzeugen.

Was ist also zu tun?

- Die Zusammenarbeit und Vernetzung in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung werden weiter ausgebaut und verstärkt. Dazu werden auf regionaler Ebene geeignete Strukturen und Rahmenbedingungen zur Koordinierung und Steuerung aufgebaut.
- Die Verbindlichkeit und Verantwortung aller daran Beteiligten ist die Grundlage der regionalen Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dazu müssen in diesem Bereich die Grenzen zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern gelockert werden.

Faszination Psychiatrie – auf dem Weg in die Zukunft

*»Ich kann freilich nicht sagen,
ob es besser wird, wenn es anders wird;
aber so viel kann ich sagen,
es muss anders werden, wenn es gut werden soll.«
Georg Christoph Lichtenberg (1742 – 1799)*

Man kann die heutige Psychiatrie nicht verstehen, ohne sich die Vergangenheit des Fachs bewusst zu machen. Wir müssen uns der Frage stellen, was wir aus der Vergangenheit für die Gegenwart lernen können – und wir müssen uns den umfassenden Herausforderungen stellen, die die Zukunft für uns bereithält. Unser Fach steht nämlich gleichzeitig vor medizinischen *und* vor besonderen sozialen Herausforderungen. Aus unserer Geschichte leiten wir Erfahrungen ab, die unsere Zukunft prägen. Und unsere Zukunft wird zeigen, wie verantwortungsvoll wir diese Erfahrungen umgesetzt haben werden, denn was Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Fachs verbindet, ist die *Verantwortung* für die Menschen mit psychischen Erkrankungen. Psychische Erkrankungen führen zu massivem Leid und massivem Leiden, das die betroffenen Menschen und deren Angehörige nicht nur massiv fordert, sondern häufig auch überfordert. Nicht selten stellen psychische Erkrankungen aber auch einen Anlass dar, um etwas über sich selbst zu lernen und etwas am eigenen Leben zu verändern. Beides gehört zusammen – und mit beidem müssen wir uns in der Beziehung mit unseren Patientinnen und Patienten befassen.

Die Überzeugung von der Unantastbarkeit der Würde des Menschen – und das stete Streben danach, dies auch zu leben – ist *die* Grundlage unserer Gesellschaft. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in besonderer Weise davon bedroht, dass ihre Würde angetastet oder verletzt wird – in erster Linie durch die Erkrankungen und deren Auswirkungen selbst, aber in manchen Fällen auch durch den gesellschaftlichen und fachlichen Umgang damit.

Die Würde des Menschen zum Maßstab machen

Die Würde des Menschen ist kein unverbindliches oder gar verhandelbares Ziel – sie muss der Maßstab sein für alles, was wir für Menschen mit psychi-

schen Erkrankungen tun. Die Erwartungen der Gesellschaft an das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem sind umfassend, vielfältig und oft auch widersprüchlich. Die Menschen, die in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik arbeiten und hier Verantwortung übernehmen, sehen sich mit deutlich komplexeren gesellschaftlichen und sozialen Herausforderungen konfrontiert, als dies für die entsprechenden Tätigkeiten in einem Fach der somatischen Medizin gilt. Die komplexe ordnungspolitische Funktion, die von der Psychiatrie und Psychotherapie erwartet wird, verstärkt diese Herausforderungen noch deutlich.

Im Gegensatz zu der oft vorherrschenden kritischen oder skeptischen Einstellung gegenüber unserem Fachgebiet wird von uns jedoch ebenfalls erwartet, dass wir Antworten auf grundsätzliche gesellschaftliche Fragen haben. Dabei ist an das Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Freiheit und Sicherheit, zwischen Autonomie und Fremdbestimmung zu denken, aber auch an den schwierigen Umgang mit Themen wie Gewalt und Terror. Stets ist dabei die Gefahr der Funktionalisierung der Psychiatrie und Psychotherapie für jene Problembereiche gegeben, die von der Gesellschaft nicht verstanden werden – vielleicht auch, weil sie nicht verstehbar sind – oder die von ihr nicht gelöst werden können – vielleicht auch, weil sie nicht lösbar sind.

Vor diesem Hintergrund ist es die zentrale Aufgabe des Fachgebiets, die Verpflichtung dem einzelnen Patienten gegenüber immer in den Vordergrund zu stellen und Ansprüche der Gesellschaft nur mit Blick auf das Patientenwohl zu akzeptieren. Alles andere ist eine Instrumentalisierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz und damit die Überschreitung einer Grenze, die im Interesse der Patienten und Patientinnen nicht überschritten werden darf. Denn Menschen mit psychischen Erkrankungen fällt es krankheitsbedingt oft schwer, sich für ihre eigenen Bedürfnisse und Belange adäquat und erfolgreich einzusetzen. Angehörige übernehmen mitunter einen Teil dieser Aufgaben. Es bleibt aber auch eine wesentliche Herausforderung der in diesen Bereichen Tätigen, diesen Aspekt psychischer Erkrankung in ihr Handeln mit einzubeziehen und die Betroffenen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen.

Niemand kann sich vom Risiko einer psychischen Erkrankung befreien

Die seelische Gesundheit des Menschen ist über die gesamte Lebensspanne hinweg vielfältigen Einflussfaktoren und damit auch Bedrohungen ausgesetzt. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Men-

schen überhaupt. Sie betreffen – in unterschiedlicher Häufigkeit und Ausprägung – alle Altersgruppen, alle sozialen Schichten und finden sich in allen Lebenssituationen. Niemand kann sich davon frei machen. Die Häufigkeit einzelner psychischer Störungen ist dabei in hohem Maße abhängig von weiteren Faktoren, sei es vom Geschlecht, vom Alter oder von den sozialen Umweltbedingungen. Im klinischen Kontext bilden sich die Wechselwirkungen mit gesellschaftlichen Erfordernissen in dem Bestreben ab, durch psychosoziale Maßnahmen wie Milieugestaltung, Psychoedukation und Empowerment einen umfassenden Prozess von Genesung – von Recovery – anzustoßen und zu unterstützen. Es ist deshalb die Aufgabe der Vertreter des Fachgebiets und ihrer Fachgesellschaften und Verbände, sich auch in Zukunft dafür einzusetzen, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass dieser Prozess gelingen kann.

Das Gelingen dieser Aufgaben hängt nicht zuletzt von der Antwort auf die Frage ab, was das eigentlich ist – eine psychische Erkrankung. Diese Frage ist noch deutlich älter als die Psychiatrie als Fach. Und in keinem anderen medizinischen Fach sind Krankheitskonzepte so abhängig von den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie in Psychiatrie und Psychotherapie. In keinem anderen Fach ist es von so großer diagnostischer und therapeutischer Bedeutung, wie die Gesellschaft mit dem Begriffsfeld umgeht, mit dem psychische Störungen und die davon betroffenen Menschen bezeichnet werden. Diese Frage zieht sich durch unsere Geschichte. Und es hat immer wieder andere Antwortversuche darauf gegeben. Jahrhundertlang wurden psychische Erkrankungen als Folge von Besessenheit oder moralischer Verfehlung gesehen. Abweichendes Verhalten galt als böse und schlecht und Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden eingekerkert oder lebten am Rande der Gesellschaft.

Was ist eine psychische Krankheit?

Wilhelm Griesinger (1817–1868) prägte im 19. Jahrhundert durch seine wegweisende Auffassung, dass Geisteskrankheiten Erkrankungen des Gehirns seien, einen biologischen Krankheitsbegriff und bewirkte einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Nervenheilkunde. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts führte Sigmund Freud das Konzept der Neurose und die damit verbundene Vorstellung von unbewussten psychischen Konflikten als Ursache psychischer Erkrankungen ein. Anfang des 20. Jahrhunderts kam der Begriff der Erbkrankheit und damit verbunden die Vorstellung der Unheilbarkeit psychischer Er-

krankungen auf – und damit die entsetzliche Vorstellung von »unwertem Leben«. In der antipsychiatrischen Bewegung der 1960er-Jahre wurde behauptet, es gäbe gar keine »Geisteskrankheit«. Symptome wie Wahnvorstellungen könnten nach diesem Verständnis lediglich als ein ungewöhnliches Verhalten und Lebensereignis angesehen werden.

Heute besteht in unserem Fach ein weitgehender Konsens darüber, dass der Krankheitsbegriff so gestaltet sein sollte, dass er die von einer Erkrankung betroffenen Menschen schützt und ihnen Unterstützung durch therapeutische Leistungen gewährt, ohne für Pathologisierung sozial missliebiger Verhaltensweisen verwendet werden zu können. Der Begriff von Krankheit muss deshalb neben den biologischen Störungen auch das individuelle Leiden und die Beeinträchtigung im Alltag umfassen. Die Diskussion über psychiatrische Klassifikationssysteme – und hier insbesondere die Diskussion über die Definition und Klassifikation depressiver Symptome in Abgrenzung etwa zu Trauer – hat gezeigt und wird weiterhin zeigen, wie fragil die Grenzen zwischen krank und gesund, normal und »ver-rückt« tatsächlich sind.

Grundsätzlich besteht die Gefahr darin, dass Lebenskrisen und Lebensschwierigkeiten, wie sie in beinahe jeder Biografie vorkommen, zu psychischen Erkrankungen umdefiniert werden. Es besteht also die Gefahr, dass die Probleme bei der Bewältigung von Lebenskrisen oder auch normale biologische Alterungsprozesse als krankhaft bewertet werden, und zwar mit allen Konsequenzen, die sich daraus ergeben können. Durch eine solche pathologisierende Bewertung werden nicht nur die gesunden Prozesse der Selbstregulierung ernsthaft gestört oder sogar unmöglich gemacht. Es besteht auch das Risiko, dass sich dadurch Verschiebungen in der Zuordnung therapeutischer Ressourcen ergeben, die letztendlich zu einer gravierenden Benachteiligung derjenigen Menschen führen, die unter schweren psychischen Erkrankungen leiden und die dringend die volle Aufmerksamkeit des Versorgungssystems benötigen.

Ein anderes Abgrenzungsproblem besteht gegenüber sozial abweichendem bzw. gesellschaftlich unerwünschtem Verhalten. Eine zentrale historische Errungenschaft der Psychiatrie ist es, sozial abweichendes Verhalten nur dann als psychische Störung zu betrachten, wenn es Resultat einer sich anderweitig auch manifestierenden Krankheit ist. Diese Frage spielt gerade heute eine wesentliche Rolle. So werden zum Beispiel Terroristen oder sogenannte Amokläufer vor-schnell und unbesehen für psychisch krank erklärt, allein weil sie sozial massiv abweichendes und auch kriminelles Verhalten zeigen und sozial abweichendes Verhalten von vielen Menschen als Anzeichen – und eventuell auch Beweis – ei-

ner psychischen Erkrankung angesehen wird. Allerdings werden Menschen mit psychischen Erkrankungen diskriminiert, weil sie per se für sozial abweichende Personen gehalten werden. Dieses Denken ist falsch – und es ist gefährlich. Der in der Öffentlichkeit häufig angenommene unmittelbare Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und sozial abweichendem Verhalten begünstigt das Stigma, das Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung haben. Diesen Tendenzen müssen und werden wir entgegentreten.

Verantwortung tragen für die Vergangenheit und für die Zukunft

Es ist nicht einfach, im Zusammenhang mit den hier aufgeworfenen Fragestellungen auch das dunkelste Kapitel der Psychiatriegeschichte anzusprechen. Es ist aber unverzichtbar. Die Pervertierung psychiatrischer und vor allem grundlegender menschlicher Prinzipien in der Zeit des Nationalsozialismus – durch Politik und Gesellschaft, aber auch allzu oft aktiv durch Psychiater – mit der Folge hunderttausendfacher Ermordung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen und millionenfacher Erniedrigung und Entwürdigung führt uns immer wieder vor Augen, dass wir auch heute noch eine große Verantwortung tragen: nämlich eine Verantwortung und Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass dies nie wieder geschehen darf. Eine Verantwortung, niemals zu vergessen, wohin es führen kann, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr als kranke und leidende, hilfeschende und schutzbedürftige, aber vor allem auch mit Menschenrechten versehene Individuen akzeptiert werden. Und eine Verantwortung dafür, niemals zu vergessen, wohin es führen kann, wenn sich die Gesellschaft und auch die Psychiatrie selbst nicht für die Menschen einsetzt, die ihnen anvertraut sind.

»Auch in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel Mittel sie aufbringen will, um das Leid von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erleichtern.« Dies ist kein aktuelles Zitat. Dieses Zitat stammt aus der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 1975 (Deutscher Bundestag 1975). Es drückt sehr eindeutig aus, dass es eine gesellschaftliche Entscheidung ist, wie wir mit Menschen mit psychischen Erkrankungen umgehen – wie wir das Leid der davon betroffenen Menschen bewerten – und was wir bereit sind, an personellen und finanziellen Ressourcen für die Hilfe bereitzustellen. Wir alle wissen auch, dass dies einfach zu sagen, aber äußerst schwierig umzusetzen und vor allem äußerst schwierig durchzuhalten ist. Zu Recht sind wir durch die Gesellschaft ge-

fordert, die Grundlagen unseres Handelns zu definieren und zu beschreiben, zu Recht erwarten wir von der Gesellschaft, dies zu unterstützen und die Mittel dafür zur Verfügung zu stellen.

In der aktuellen ethischen Perspektive auf das Gesundheitssystem stehen neben dem Gebot, zum Wohl des Patienten zu handeln, und dem Gebot, nicht zu schaden, der Respekt vor der Autonomie des Patienten – und auch das Gebot einer fairen Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten im Gesundheitswesen. Dabei wird deutlich, wie eng ethische und ökonomische Aspekte in einer wechselseitigen Beziehung stehen. Im Sinne unserer Patientinnen und Patienten müssen wir beides miteinander verbinden.

Die Ressourcen der Psychiatrie – der »sprechenden Medizin« insgesamt – sind die in ihr Tätigen selbst und deren Beziehungsgestaltungen mit den Patienten und Patientinnen. Zeit ist dabei der wichtigste Wirk-, aber auch der größte Kostenfaktor. Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens sind heute leider meist zugunsten der apparativen Medizin verteilt. Haben multimorbide und hochbetagte Menschen, haben Personen am Rande der Gesellschaft oder eben mit psychischen Erkrankungen in besonderer Weise ein Recht auf Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen und auf die Bereitstellung der dafür erforderlichen Ressourcen? Oder werden insbesondere psychische Erkrankungen als oft selbst verschuldet, ohne wirklichen Krankheitswert oder einfach auch als unheilbar angesehen und den davon betroffenen Menschen deshalb notwendige Ressourcen verweigert?

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig krankheitsbedingt nur sehr begrenzt in der Lage, die für sie notwendigen und ihnen zustehenden Gesundheitsleistungen einzufordern und diese Forderungen dann auch durchzusetzen. Die Gesellschaft ist nicht per se bereit, die notwendigen Gesundheitsleistungen zu finanzieren. Weltweit finden in zahlreichen Staaten – und natürlich auch bei uns – ernsthafte Debatten über die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens statt. Dabei mehren sich die Anzeichen dafür, dass bei der relativen Begrenzung von zur Verfügung stehenden Mitteln auch Qualitätseinbußen billigend in Kauf genommen werden. Intensive Diskussionen über den Umfang der Leistungskataloge der Krankenversicherungen stehen im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen. Um sicherzustellen, dass in unserem Gesundheitssystem jeder Bürger auch langfristig alle medizinisch sinnvollen Leistungen in Anspruch nehmen kann, muss über legitime Ansprüche und eine faire Verteilung, also letztlich über soziale Gerechtigkeit in Fragen der Gesundheitsversorgung, diskutiert werden.

In diesem Zusammenhang darf die gesellschaftliche Notwendigkeit von Wissenschaft und Forschung nicht unerwähnt bleiben. Psychiatrieforschung befindet sich aktuell an einem Wendepunkt. Einerseits ist die Herausforderung durch psychische Störungen für Forschung und Gesellschaft so groß wie nie; andererseits ergeben sich von verschiedener Seite her methodische und wissenschaftliche Innovationen, die es erstmals ermöglichen, diesen Herausforderungen in ihrer Komplexität, aber auch in ihrer Breite zu entsprechen. Um diese aktuellen Forschungschancen in neue Therapieverfahren umsetzen zu können, um neue Präventionsmethoden und neue Verfahren der Präventionsmedizin zu entwickeln, ist es notwendig, dass der rasante Wissenszuwachs auf der wissenschaftlichen Seite begleitet wird von der politischen Bereitschaft zur nachhaltigen, strukturellen Förderung – zum Beispiel durch multiprofessionelle Netzwerke –, die diese Ergebnisse beim Patienten, bei den Angehörigen und in der Gesellschaft ankommen lassen.

Das Ziel ist eine settingunabhängige Qualität der Behandlung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat in der Zeit nach 1975 eine dramatische Wendung erfahren. In der Zeit davor – zwischen 1945 und 1975 – war die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen länger als fünf Jahre ununterbrochen im Krankenhaus, und zwar bereits nach der Erstmanifestation ihrer Erkrankung. Viele davon blieben ihr ganzes Leben lang hospitalisiert oder waren zu einem verantwortlichen Leben außerhalb des Krankenhauses nicht mehr fähig. In dieser Phase der »verwahrenden Anstaltspsychiatrie« gab es weder eine tragfähige gesellschaftliche Verantwortung für Menschen mit psychischen Erkrankungen noch spezialisierte therapeutische Ansätze.

Die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestags – und davor auch die Rodewischer Thesen in der damaligen DDR – haben vieles verändert. Die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist stärker in den Fokus der Gesellschaft und in den der Medizin gerückt.

Die Anstrengungen zur De-Hospitalisierung wurden jedoch dadurch begrenzt, dass die nicht stationären Angebote noch längst nicht so ausgebaut – und vor allem auch nicht so finanziert – waren, dass sie den Patienten eine langfristige Perspektive bieten konnten. Gehäufte Wiederaufnahmen waren die Folge.