

«Wie eine Kräuterhexe»

Die Psychiaterin Brigitte Woggon behandelt Patienten mit massivem Medikamenteneinsatz. Ihre Patienten verehren sie. Ihre Kritiker werfen ihr gefährliche Menschenexperimente vor. Woggon verweist auf ihre hohe Erfolgsquote. *Von Barbara Lukesch (Text) und Helmut Wachter (Bild)*

Frau Woggon, Sie leiten die ambulante Sprechstunde für Patienten mit affektiven Störungen am Burghölzli und sind berüchtigt für Ihre Hochdosis-Behandlungen mit Psychopharmaka. Unter Ihren Kollegen macht der Spruch die Runde, Woggon verschreibe Medikamente, als habe sie es mit Elefanten zu tun.

Na, hör'n Sie mal. Ich arbeite nach dem neuesten Wissensstand der Psychopharmakologie. Die Kollegen, es sind ja meistens Herren, die sich da aufregen, dass ich die Leute vergifte, wollen nicht wahrhaben, dass es von Patient zu Patient stark variierende Konzentrationen einer Substanz im Blut eines Menschen braucht, damit sie ihre Wirkung entfaltet. Was, nebenbei gesagt, bei Elefanten genauso sein dürfte. Diese Konzentrationen kann man durch Messung des Blutspiegels bestimmen.

Nun werden auch Sie bei einem Patienten nicht gerade mit einer Hochdosis starten.

Im Gegenteil. Es gibt niemanden, der am Anfang so niedrig dosiert wie ich. Da gebe ich Tröpfchen für Tröpfchen, Zwack für Zwack, wie eine Kräuterhexe und nicht wie eine Pharma-Hexe...

...als die Ihre Kritiker Sie gern bezeichnen.

Wenn ein Patient dann allerdings keinerlei Reaktion zeigt, wenn er eine Dosis erhält, die normalerweise wirkt, lasse ich seinen Blutspiegel messen. Und was entdecke ich in den meisten Fällen? Die Leute haben eine viel zu geringe Konzentration der wirksamen Substanz im Blut. Oder, was es auch gibt: Sie brauchen generell einen höheren Spiegel, damit sie die lindernde Wirkung eines Medikaments erfahren. Das ist ganz und gar individuell. Die Variabilität der wirksamen und auch verträglichen Dosis ist enorm. Ein Patient braucht eine Einheit, ein anderer 50.

Bei aller Wissenschaftlichkeit erinnert Ihr Vorgehen an ein Experiment am lebenden Objekt.

Es ist natürlich in dem Sinne ein Experiment, als ich die vorgegebenen Maximaldosen überschreite...

...und zwar mit ungewissem Ausgang.

Das ist doch immer so, auch wenn ein Psychiater niedrig dosiert. Selbstverständlich ist die Suche des geeigneten Medikaments und dessen passender Dosierung immer auch ein Herantasten, bei dem man mitunter auch auf ein bisschen Glück angewiesen ist. Nur geben das die wenigsten zu. Viele meiner Kollegen sagen zu

ihren Patienten: «Ich verschreibe Ihnen jetzt drei Tabletten täglich, und dann können Sie wieder arbeiten gehen.» Das ist Schwachsinn, der mich wütend macht. Auf diese Art werden nämlich die Patienten als doof oder hysterisch hingestellt, als solche, die nicht gesund werden wollen. Die nennt man dann therapieresistent oder unheilbar krank. Wenn sie dann bei mir landen, und ich wende eine Hochdosis-Behandlung an, kommen die allermeisten nicht gerade wie Phönix, aber doch wie ein kleiner Spatz aus der Asche hervorgekrochen und können dann tatsächlich wieder arbeiten gehen und ihr Leben wieder geniessen.

Schildern Sie uns ein Beispiel!

Ich habe jetzt gerade wieder eine Patientin, die wegen ihrer Depressionen viermal in verschiedenen Kliniken hospitalisiert war. Zu meinem grossen Erstaunen wurde bei ihr noch kein einziges Mal der Blutspiegel gemessen. Ich habe jetzt ihren Blutspiegel mit dem in einer normalen Dosis verordneten Antidepressivum messen lassen, und was kam zum Vorschein? Die Konzentration lag unter der Nachweisgrenze. Nun habe ich hoch dosiert. Ob das der für sie richtige Weg ist, weiss ich zwar noch nicht. Aber bei vielen anderen ist er das. Natürlich gibt es Patienten, bei denen gar nichts geht. Aber das ist äusserst selten. In 75 Prozent aller Fälle eines bezüglich Prognose ausgesprochen negativen Patientenguts erziele ich sehr schöne Erfolge. Und die Überlebensrate in meiner Sprechstunde beträgt hundert Prozent.

Wie hoch steigern Sie eine Dosis im Extremfall?

Im Extremfall gehe ich so weit, bis die Dosis nicht mehr verträglich ist. Das heisst, dass der Patient Nebenwirkungen hat, die schwer zu ertragen sind. Kürzlich war ein Patient da, der beim Aufwachen einen so trockenen Mund hatte, dass er dachte, seine Zunge klebe am Gaumen fest. Da messe ich keinen Blutspiegel mehr, sondern sage: Junger Mann, das müssen wir stoppen, das Medikament müssen Sie nicht länger schlucken.

Dann wählen Sie ein anderes Medikament oder Kombinationen verschiedener Präparate aus?

Genau.

Das kann aber auch zur Belastung für die Patienten werden.

Eine solche Behandlung kostet tatsächlich Kraft. Da probiert man dieses und jenes, Hoffnung keimt auf, und dann klappt es wieder nicht. Das ist natürlich furchtbar,

und die Patienten sehen sich in ihrem so-wieso schon negativen Denken bestätigt. Wenn einer dann sagt, er könne nicht mehr, sage ich: Gut, machen wir eine Pause. Wie lange muss die Gnadenfrist sein?

Gnadenfrist?

Ich drücke mich immer sehr klar und deutlich aus. Das ist am einfachsten für meine Patienten. Ich sage diesem Mann aber auch: Wir vereinbaren jetzt einen Monat Medikamentenpause, aber selbstverständlich können Sie mich jederzeit vorher anrufen, wenn Sie es nicht mehr aushalten.

Setzen Sie auch neue Medikamente ein, die sich erst in einer Testphase befinden?

Niemals. Wenn ich noch keine Erfahrung mit einer Substanz habe, behandle ich noch nicht mit ihr. Meine Patienten sind so schwer krank, dass ich ihnen unmöglich ein Präparat geben kann, mit dem man überhaupt noch nicht in der freien Wildbahn gearbeitet hat. Wenn dann die Kollegen ihre «Kaninchen» behandelt haben, profitiere ich von ihren Erfahrungen und mache erst dann den ersten Behandlungsversuch. Sie staunen, nicht wahr, wie vorsichtig ich bin?

Ihre teils extrem hohen Dosierungen und unkonventionellen Medikamentenkombinationen muten dennoch abenteuerlich an. Hatten Sie nie Angst, sich damit um Kopf und Kragen zu bringen?

Sie werden es mir nicht glauben, aber ich bin in den fast vierzig Jahren meiner Berufstätigkeit noch kein einziges Mal vor Gericht gestanden. Dazu kenne ich die Medikamente, ihre Wirkung und Nebenwirkungen doch viel zu gut. Ausserdem sind meine Patienten und ihre Angehörigen minutiös darüber im Bilde, welche Überlegungen meiner Behandlung zugrunde liegen. Und wenn ich jemanden habe, der sich in einer akuten Krise befindet wie jene Frau, die kürzlich das erste Mal in ihrem Leben in einen Mischzustand von Manie und Depression geraten ist und neue Medikamente brauchte, coache ich sie intensiv. Das hiess in diesem Fall, dass ich sie zweimal täglich am Wochenende angerufen habe, um zu überprüfen, wie sie auf die verschriebenen Präparate reagiert. Je nach ihrem Befinden haben wir dann die Dosis verändert. Das ging ganz prima.

Haben Ihre Behandlungsmethoden nie dazu geführt, dass Patienten medikamentensüchtig geworden sind?



«Bis die Dosis nicht mehr verträglich ist»: Medizinerin Woggon, 64.

Drei Mal haben Patienten eine Ritalin-Abhängigkeit entwickelt. Ich bitte Sie: drei Mal in vierzig Jahren, und das bei einem Medikament, das ich sehr viel verschreibe.

Gab es andere Fehler, die Sie gemacht haben?

Ja, natürlich. Vor allem in meinen Anfangsjahren habe ich den Fehler gemacht, dass ich alles geglaubt habe, was mir meine Lehrer beigebracht haben, statt selber zu denken. Die Bereitschaft, alles zu glauben, was ein anderer irgendwann einmal gesagt oder geschrieben hat, halte ich generell für das gravierendste Problem in der Psychiatrie. Die Folge? Viele Patienten laufen jahrzehntelang mit der falschen Diagnose herum und werden dann falsch behandelt. Eines der Bücher, das ich schreiben werde, wenn ich pensioniert bin, wird denn auch den Titel tragen: «Schicksal Fehldiagnose». Um meine Patienten davor zu bewahren, überprüfe ich bei jedem, der neu zu mir kommt, zuerst seine Diagnose, auch wenn der Papst persönlich sie gestellt hat.

In welchem Masse leitet die jeweilige Diagnose Ihre Behandlung?

Die Diagnose ist wichtig für die Bestimmung der wahrscheinlichen Langzeitprognose, für die Auswahl der Dauerbehandlung und für die Familien-Planung. Aber

«Viele Patienten laufen jahrzehntelang mit der falschen Diagnose herum.»

für die Akutbehandlung ist die Diagnose nicht entscheidend, sondern die vorhandenen Symptome.

Wie oft sehen Sie Ihre Patienten?

Das hängt vom Schweregrad ihrer Symptomatik ab. Es gibt Patienten, bei denen ich praktisch nur die Pharmakotherapie mache und die von ihrem eigenen Doktor, oft noch unterstützt von einem Psychotherapeuten, betreut werden. Die kommen alle vier bis sechs Wochen zu mir, um die Wirksamkeit der Medikamente begutachten zu lassen. Schwerstkrankes sehe ich teilweise täglich, da geht es ja auch um das Am-Leben-Bleiben. Und wenn man die Suizidverhütung jemandem überlässt, der wenig Erfahrung hat, kann es ins Auge gehen. Ich weiss ja, was ich selber früher für einen Quatsch mit diesen Patienten angestellt habe: Antisuizidversprechen abnehmen und solche Mätzchen.

Wie viele Patienten kommen täglich?

Momentan drei. Insgesamt behandle ich pro Jahr zwischen 450 und 500 Patienten, wobei darin auch all jene enthalten sind, die ich im Rahmen von Konsilien nur einmal angucke und manchmal acht Wochen später nochmals. Das sind vor allem Leute, die aus dem Ausland kommen.

Wie erklären Sie sich die grosse Skepsis gegenüber den Psychopharmaka, die sowohl unter Laien wie auch Fachleuten weitverbreitet ist?

Ich glaube, die Hauptsorge ist, dass man damit seine Persönlichkeit verlieren könnte. Dabei passiert ja genau das Umgekehrte: Wenn die scheusslichen Symptome wegfallen, kommt die Persönlichkeit wieder zum Vorschein.

Wie muss man sich einen Menschen vorstellen, der erfolgreich mit Antidepressiva behandelt wird?

Der ist völlig normal und genauso traurig wie alle anderen Menschen, wenn ihm was Trauriges widerfährt. Alles andere wäre ja entsetzlich. Im besten Fall werden diese Patienten sämtliche Gefühle wieder fühlen, die jahrelang von ihrer Krankheit und den Symptomen zugedeckt waren. Sie werden im Grunde genommen sie selber und müssen verschiedene ganz alltägliche Dinge neu lernen. Flirten zum Beispiel. Das kann jemand nicht, der immer krank war. Schrecklich, nicht? Es ist ziemlich viel Arbeit mit dem Gesundwerden verbunden, und oft werden auch Ängste ausgelöst. Da fragen mich dann die Leute: Frau Woggon, wer bin ich denn eigentlich ohne meine Symptome? Und ich sage: Das werden wir ja dann feststellen.

Was können Psychopharmaka, was können sie nicht?

Psychopharmaka können keine Probleme lösen, aber die Kranken in einen Zustand versetzen, in dem sie wieder besser in der Lage sind, ihre Probleme anzugehen und zu kämpfen. Wenn ich ein Medikament schlucke, wird mein Chef oder mein Mann nicht netter davon. Aber ich ertrage ihn jetzt vielleicht eher oder kann mich besser gegen ihn zur Wehr setzen. Dadurch wird meine Lebenssituation runder.

Wissen Sie aus eigener Erfahrung, wie Psychopharmaka wirken?

Ja, sehr wohl. Erstens bekämpfe ich meine immer wieder auftretenden Gewichtsprobleme mit einem Mittel, das stark appetitzügelnd wirkt. Dazu kenne ich Depressionen aus eigener Erfahrung.

Das überrascht bei einer Person, die so energiegelad und fröhlich wie Sie daherkommt.

Meine Depressionen merkt man natürlich nicht, weil ich beim Auftreten der kleinsten Symptome sofort Tabletten schlucke und sie damit im Keim erstickte. So habe ich die Krankheit wunderbar im Griff.

Wie lange nehmen Sie die Tabletten?

Normalerweise sechs Monate, so lange, wie auch meine Patienten sie nehmen, und dann setze ich sie wieder ab.

Sie sind eine beruflich sehr erfolgreiche Frau, dazu ein sinnfroher Mensch, der gern isst, trinkt, tanzt, ins Theater geht und Opern hört, reist und einen engen Kontakt mit seinen Kindern und Enkelkindern und Freunden pflegt.

Brigitte Woggon

Hohe Dosis

Der Arbeitstag war lang für Brigitte Woggon. Als sie pünktlich um 19.30 Uhr zum Interviewtermin im Küssbacher Restaurant «Steinburg» eintrifft, ist sie trotzdem immer noch hellwach, aufmerksam und schlagfertig. Sie lässt sich ihre Taglierini mit Trüffeln und das Rehnüssli schmecken und trinkt dazu einen schweren Roten, den sie mit dem Blick der Kennerin ausgelesen hat. Brigitte Woggon, 64, ist eine waschechte Berlinerin, die trotz ihren fast vierzig Jahren in der Schweiz noch den typischen Dialekt der deutschen Hauptstadt spricht. Nach ihrem Medizinstudium, das sie in Berlin absolviert hatte, wollte sie ursprünglich Chirurgin werden, musste aber ihrem tiefen Blutdruck Tribut zollen, der sie nach 45 Minuten Stehen «tauchen» liess. Sie war die erste weibliche Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, an der sie gemeinsam mit ihrem Vorgesetzten und Lehrer, Professor Jules Angst, klinische Prüfungen von Psychopharmaka an Patienten gemacht hat. Schnell wurde ihr klar, dass sie sich auf die Arbeit mit Schwerkranken konzentrieren wollte. Während fünfzehn Jahren leitete sie die ambulante Sprechstunde für Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen. Woggon war wegen ihrer Hochdosis-Behandlungen (im Fachjargon «Woggonizing» genannt) immer umstritten, wird von ihren Patienten und deren Angehörigen aber geschätzt, mitunter gar verehrt. Sie arbeitet mindestens zwölf Stunden am Tag und sieht oft bis spät abends Patienten, die von ausserhalb zu ihr nach Zürich kommen. An den Wochenenden liest sie Fachliteratur oder schreibt an ihren Büchern. Sie präsidierte die Gleichstellungskommission der Universität Zürich, weil sie fand: «Ja, nun, ick bin alt, mir können sie nichts tun. Besser als wenn sich jemand Junges damit seine Karriere verdirbt.»

2008 wird sie pensioniert, sie wird sich aber keineswegs zur Ruhe setzen. Sie plant unter anderem die Publikation von Einzelfällen, die entweder ein Stück Psychiatriegeschichte repräsentieren oder ein typisches Schicksal, geprägt von einer schweren psychischen Krankheit, schildern. Sie hat zwei erwachsene Kinder, sechs Enkelkinder, ist glücklich geschieden und lebt seit knapp zwanzig Jahren allein. Die von ihr organisierten Tanzapéros in ihrer Wohnung in Benglen ZH sind legendär. Gemeinsam mit Patienten hat sie zwei Bücher verfasst: «Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten» (2002) und «Niemand hilft mir! Behandlungsprotokolle angeblich unheilbarer psychiatrischer Patienten» (1999). (bl)

Man kann also trotz Depressionen glücklich sein?

Na, aber sicher. Ich bin sogar ausgesprochen glücklich, und auf dieses Grundgefühl hat meine Krankheit – nicht zuletzt wegen meiner guten medikamentösen Behandlung – keinen Einfluss.

Können Sie dann überhaupt das Leiden Ihrer schwerstkranken Patienten nachvollziehen?

Ja, das kann ich. Und zwar weil ich – wie gesagt – Depressionen am eigenen Leib erfahren habe, zwar nicht in dem Masse wie die Schwerstkranken, aber ich kenne die destruktive Kraft dieser Krankheit. Ausserdem bin ich von morgens bis abends mit Patienten zusammen. Ich kenne sozusagen alle möglichen Verläufe und habe auch sehr selten auftretende Symptome immer wieder «am Tisch sitzen». Darüber hinaus gehe ich mit schwerst Suizidgefährdeten eine sehr enge, gefühlsmässige Bindung ein, vergleichbar mit der Nabelschnur zwischen Mutter und Kind. Da bekomme ich sehr, sehr viel mit und muss es dann auch aushalten, wenn mich jemand anruft und sagt, dass er jetzt gerade am Bahnhof steht und sich vor den Zug werfen will.

Wann wird Ihnen Ihre Arbeit zu viel?

Nie wegen meiner Patienten, aber immer häufiger wegen dem, was drumherum

ist. Patienten kriegen keinen Job, keine IV, oder ihre Medikamente werden nicht bezahlt, weil sie nicht dem Mainstream entsprechen. Das macht mich ärgerlich.

Wie finden Ihre Patienten und Brigitte Woggon zusammen?

Man muss sich für meine Sprechstunde «qualifizieren»: schwerkrank sein und schon viele vergebliche Behandlungsversuche hinter sich haben. Ausnahmen mache ich, wenn jemand zur Familie eines Patienten gehört.

«Man muss sich für meine Sprechstunde <qualifizieren>: schwerkrank sein.»

Sie haben während fast vierzig Jahren an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, im Volksmund immer noch Burghölzli genannt, gearbeitet. Warum haben Sie trotz bester Qualifikationen und zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen, Sie sind ja Extraordinaria, nie Ihren Arbeitsort gewechselt?

Ganz einfach. Ich hatte Kinder und war sehr lange mit einem Mann verheiratet, auch er Professor, mit dem ich abgemacht hatte, dass nicht einer von uns irgendwohin wechselt, wo er einen ganz tollen Job kriegt, währenddem der andere in der Bibliothek sitzt und die Bücher abstaubt. Eine Univer-

sität zu finden, wo man gleichzeitig zwei Professuren bekommt, war nahezu ausgeschlossen. Deshalb sind wir geblieben.

Zu Beginn der neunziger Jahre haben Sie gut zwei Jahre interimistisch das Burghölzli geleitet. Warum wurden Sie nicht definitiv zur ärztlichen Direktorin gewählt?

Da kamen mehrere Sachen zusammen. Ich bin eine Frau, keine Schweizerin, und ich bin sehr, sehr ehrlich. Zu ehrlich. Normalerweise bin ich zwar ein umgänglicher Mensch, aber wenn man etwas von mir verlangt, das ich nicht richtig finde, ist Ende der Fahnenstange. Dann sage ich meine Meinung, laut und vernehmlich.

Nach Ihrem Interregnum als ärztliche Direktorin wurden Sie wieder zur Leitenden Ärztin degradiert, Insider sagen, man habe Sie brutal abserviert und innerhalb des Hauses marginalisiert. Trotzdem sind Sie weitere fünfzehn Jahre am Burghölzli geblieben. Sind Sie hart im Nehmen?

Nein, gar nicht. Am Anfang war es überhaupt nicht zuckrig, und ich habe mit meinem Schicksal gehadert. Aber ich bekam schnell sehr gutes Feedback von aussen, wurde an Kongresse und Fortbildungen eingeladen und zur Begutachtung schwieriger Fälle an anderen Kliniken beigezogen. Da habe ich mir doch gesagt: Stell den Knatsch hintan und beschäftige dich mit dem, was dir wirklich wichtig ist: deinen Patienten.

Vielleicht haben Sie sich ja auch selber mit Ihrerteilsdeftigen,teils,regelrecht brüskierenden Art aus dem Verkehr gezogen. Auch gegenüber Patienten sprechen Sie von Medikamenten als «Waffen» oder kalauern, Sie könnten ja nicht gut für Herrn X oder Frau Y ein Grab mieten, sondern müssten solche Schwerstkranken ganz besonders hochdosiert behandeln.

Die Patienten sind deswegen nie beleidigt. Im Gegenteil. In Patientenberichten über mich steht immer wieder drin, dass man aus meinem Sprechzimmer auffallend oft fröhliche Stimmen hört. Ich lache gern mit meinen Patienten. Neulich kam meine Lieblingsnonne ...

Ihre Lieblingsnonne?

Ich habe mehrere Nonnen in Behandlung. Eine von ihnen habe ich besonders gern, weil sie so tapfer gegen ihr grosses Leiden ankämpft. Das ist meine Lieblingsnonne. Und dann sagte sie, sie habe wieder für mich gebetet. Dabei bin ich ja Atheist, und das weiss sie auch. Und da rutscht mir raus, spontan wie ich bin: Sag! Die Konkurrenz war aber schon da. Was?, sagt sie, die Konkurrenz? Ich sag: Ja, eben war ein türkischer Patient, ein Muslim, da, der hat auch für mich gebetet. Und dann haben wir beide gelacht.

Freude an Ihnen dürfte die Pharmaindustrie haben, denn kein anderer Psychiater steht so

unverrückbar und überzeugt für deren Produkte ein wie Sie.

Da täuschen Sie sich. Ich habe sehr viel Ärger mit den Firmen, weil sie mich zu irgendwelchen Aussagen über ihre Medikamente bewegen wollen, die ich nicht vertreten kann und dann natürlich nicht mache.

Trotzdem gehen Sie enge Verbindungen mit den Unternehmen ein, indem Sie beispielsweise in deren Advisory Boards Einsitz nehmen.

Das machen alle Psychiater, die über das entsprechende Wissen verfügen. Aber das heisst überhaupt nicht, dass ich käuflich bin. Sobald mir etwas nicht passt, bin ich schneller weg, als Sie gucken können.

Konkret!

Ich war zum Beispiel im Advisory Board einer Firma, in dem Behandlungsvorschläge diskutiert wurden, hinter denen ich nicht stehen konnte, und meine Einwände wurden in den Wind geschlagen. Ausserdem sollte ich in Vorträgen Reklame machen. Da können Sie mich noch so bedrängen, das gibt's einfach nicht. Na, und dann bin ich da raus aus dem Advisory Board. Ich bin übrigens auch raus aus der Kantonalen Ethikkommission, weil sich Verena Diener ...

...die ehemalige Zürcher Gesundheitsdirektorin ...

...sehr unethisch verhalten hat, indem sie jemanden in die Kommission reinwählen liess unter Bruch der bisher üblichen Krite-

rien. Da haben zwar alle Mitglieder geschimpft, aber ich war die Einzige, die die Konsequenzen gezogen hat.

Nun stehen Sie im letzten Jahr Ihrer Anstellung am Burghölzli. Fast zeitgleich werden Professor Hell und sein Stellvertreter pensioniert. In welche Richtung wird sich die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich entwickeln?

Es werden wohl alles Rattenmensen angestellt.

Wie bitte?

Na, Menschen, die im Rattenlabor gearbeitet haben, aber keine klinischen Erfahrungen haben. Das ist eine Entwicklung, die sich in der gesamten akademischen Medizin abzeichnet: Die Forschung gewinnt auf Kosten der Patientenversorgung die Oberhand. Ich bin ja, weiss Gott, sehr für Forschung, aber wer sein Leben lang im Labor geforscht hat, ist nicht automatisch für die Behandlung von Patienten qualifiziert beziehungsweise die Ausbildung von Ärzten. Auf diese Art ruiniert man die Universitätskliniken.

Wer wird Sie ersetzen nach Ihrem Ausscheiden aus dem Burghölzli?

Niemand. Ich habe allerdings genügend Nachfolger ausgebildet, so dass meine Patienten in gute Hände kommen werden. Dazu habe ich mich doch entschlossen, selber während zweier, dreier Tagen pro Woche eine kleine Sprechstunde weiterzuführen. ○