

# Die Zukunft der stationären Psychiatrie der Schweiz

Karl Studer, Julius Kurmann

***Karl Studer: Was bewegt Dich derzeit bei Deiner Tätigkeit als Chefarzt von zwei Kliniken?***

Julius Kurmann: Im Vordergrund steht die Ökonomisierung der täglichen Arbeit anstelle der Patientenorientierung. In der Geschäftsleitung herrschen die Fragen der Optimierung der finanziellen Ergebnisse statt der Diskussion über fachliche Alternativen oder gar Innovationen vor. Die vor rund zehn Jahren durch die Gesundheitsdirektoren der Schweiz vorgeschlagenen Richtlinien zur Priorisierung der ambulanten Versorgung und Formulierung von Alternativen zu stationären Einrichtungen scheinen vergessen gegangen zu sein. Die Politik hat sich durch die Schaffung von AG im Gesundheitswesen von der Gesundheitspolitik zurückgezogen. Anreize für Entwicklungen, möglicherweise auch kostengünstigere Angebote fehlen vollständig. In Gesprächen mit Chefarzt-Kollegen erfahre ich immer wieder, dass die Führungsverantwortung der Chefarzte in den obersten Gremien gar nicht mehr so gewünscht ist. Die CEO haben das Sagen, und durch die zusätzlichen Hierarchien der Entscheidungsfindung mit Geschäftsleitung, CEO und Spitalrat sind die Entscheidungswege sehr fachfremd, intransparent und komplex geworden, so dass der Zugang zur Gesundheitspolitik und zu Innovationen praktisch unmöglich geworden ist. War es früher möglich, im Kanton Luzern das Projekt der gemeindeintegrierten Akutbehandlung einzuführen, so sind heute weitere innovative Entwicklungen kaum mehr möglich.

***KS: Was wäre in dieser Situation Deiner Meinung nach notwendig, um wieder Bewegung in die Entwicklung zu bringen?***

JK: Es bräuchte dringend eine höhere Autonomie und Budgetverantwortung der Klinikleitung für organisatorische, personelle und finanzielle Fragen. Die Verwaltung sollte lediglich als Dienstleister die Grundlagen dazu bereitstellen, statt die Entscheide für den Einsatz der Mittel zu fällen, und man sollte nur diejenigen Leistungen einkaufen müssen, die man auch tatsächlich braucht. Wichtig wären Freiräume zum Experimentieren und für Innovationen. Dazu bräuchte es auch direkte Diskussionen und Absprachen mit den politischen Behörden und den Versicherern, um neue Modelle der Versorgung oder z.B. auch die Umsetzung der

Vorschläge der Gesundheitsdirektoren umzusetzen. Das Motto wäre: so wenig stationäre Psychiatrie wie nötig, so viel ambulante Versorgung wie möglich. Im Interesse der Patienten wäre eine an Krankheitsphasen orientierte Behandlung sinnvoller als eine Institutionszentrierte Behandlung. Das bedeutet, dass beispielsweise für die Akutbehandlung ein Behandlungsteam zuständig ist, das dann zusammen mit dem Patienten entscheidet, ob die Behandlung zu Hause (home treatment), tagesklinisch oder stationär durchgeführt wird. Nach der akuten Krankheitsphase wird dann der Patient entweder an den freipraktizierenden Psychiater, an den Hausarzt oder das Psychiatrische Ambulatorium übergeben; überregional können dann noch Spezialangebote sowohl stationär wie auch ambulant angeboten werden. Dadurch könnten die Patientenorientierung und der Beziehungsaspekt, der das Ganze als Grundhaltung zusammenhält, wirksam werden. Die entsprechenden Übergänge mit für jeden Patienten massgeschneiderten Lösungen wären zentral wichtig. Das derzeitige Klinikmodell erinnert noch zu stark an das 19. Jahrhundert, wo alle Probleme stationär in kollektiven Einheiten gelöst wurden, und knüpft nicht an die vielfältigen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte an. So bleibt die Schweizer Psychiatrie zunehmend in altmodischen Strukturen gefangen. Ein wichtiges Thema, das praktisch überhaupt noch nicht angegangen wurde, ist die Erfassung der Arbeitsfähigkeit des einzelnen Patienten und der begleitete Wiedereinstieg ins Arbeitsleben, z.B. mit Hilfe eines Job Coaches. Dies entspricht einem immer wieder geäußerten Wunsch von Patienten.

***KS: Wie viele Betten sollten Deiner Meinung nach in der Regelversorgung der Bevölkerung genügen?***

JK: 6 Betten pro 10 000 Einwohner sollten derzeit genügen; bei einem starken Ausbau der ambulanten und teilstationären Angebote könnte auch diese Zahl reduziert werden. Derzeit geschieht eher eine Aufstockung der Bettenzahl, da überall Spezialstationen (Burn-out-Kliniken, Psychosomatische Rehabilitation), oft in privaten Einrichtungen, angeboten werden. Oder es existiert eine zunehmende Spezialisierung in der Forensik, deren einfache Fälle früher auch in den regulären Kliniken behandelt wurden.

**KS: Wie könnte die regionale Zusammenarbeit verbessert werden?**

JK: Die Kantonsgrenzen bilden ein unnötiges Hindernis; die Nähe von Langenthal und St. Urban ist hier ein gutes Beispiel mit stationären Angeboten beiderseits. Auch der Notfalldienst zwischen den Einrichtungen und den praktizierenden Psychiatern könnte verbessert werden und Ressourcen bei allen gespart werden.

### Unsere eigene Entstigmatisierung ist die Vorbedingung der Entstigmatisierung der Patienten.

**KS: Welche Rolle sollten die universitären psychiatrischen Dienste spielen?**

JK: Früher waren die Universitäten fachliche Innovationsträger, was derzeit in der Deutschschweiz praktisch verschwunden ist. Die Forschung interessiert sich kaum mehr für sozialpsychiatrische und Versorgungs-Fragestellungen; sie sucht die Nähe zu den Neurowissenschaften und zur Somatik. Die sozialpsychiatrischen Lehrstühle sind überall abgeschafft worden, ein immenses Wissen ist daher verloren gegangen. Die psychotherapeutische Kompetenz wurde weitgehend an die psychologische Fakultät delegiert. Da die Universitäten auch Grundversorger sind, sollten Lehre, Forschung und Klinikführung getrennt werden, damit den Bedürfnissen der Patienten auch in diesen Kantonen Rechnung getragen werden kann.

**KS: Was ist Dir in der Klinikkultur wichtig?**

JK: Die einzelnen Abteilungen sind die eigentlichen Leistungsträger, haben eine duale Führung (ärztlicher Dienst und Pflegedienst) und sollten möglichst autonom ihre Entscheidungen fällen können. Die übergeordneten Gremien sind deren Dienstleister. Ein kleines interdisziplinäres Kernteam (fallführende Person aus dem ärztlichen Team, Bezugsperson Pflege) arbeitet mit jedem einzelnen Patienten zusammen, mit dem eine individuelle Behandlungsplanung gemacht wird, die laufend überprüft wird. Durch die durch die Verwaltung vermehrten administrativen Aufgaben der Ärzte verschiebt sich zunehmend die therapeutische Kompetenz auf die andern Berufsgruppen. Mir ist eine Kultur des Vertrauens und der Wertschätzung wichtig, und ich schätze unsere flache Hierarchie samt maximaler Transparenz und Authentizität.

**Gibt es für Dich einen Unterschied zwischen psychiatrischer und psychologischer Kompetenz?**

Ärzte und Psychologen haben durch die Ausbildung eine unterschiedliche Sozialisierung und ergänzen

einander. Somit ist Vielfalt Reichtum, und beide Berufsgruppen haben bei mir die Fallführung inne.

**KS: Warum sind derzeit die psychiatrischen Kliniken überfüllt?**

JK: Zunehmend werden soziale Probleme medizinalisiert, und die psychiatrischen Kliniken sind zu Auffangbecken unklarer Fragestellungen geworden, die sich nach aussen oft schwer von psychischen Leiden unterscheiden lassen und für die es ebenso oft keine qualifizierten Institutionen gibt.

**KS: Was sind Deine Anliegen zur Weiterbildung von Ärzten und Psychologen?**

JK: An den Universitäten wird bei der Ausbildung der Neuromythos gepflegt, so dass sich das Bild der praktischen Anforderungen bei der klinischen Tätigkeit verzerrt. Die Nähe zu den Sozial- und Geisteswissenschaften geht zunehmend verloren und damit auch die Bedeutung der Beziehungsarbeit, die das Zentrum in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit darstellt. Dadurch können die geeigneten Ärzte nicht begeistert werden und sie gehen für unser Fach verloren. Junge Ärzte sind doch ursprünglich an der menschlichen Arbeit sehr interessiert und haben meist mit diesem Hintergrund ihren Beruf gewählt. Das neue Berufsbild der SGPP sollte hier etwas bewirken.

Da die zukünftigen Hausärzte zu einem starken Teil mit psychosozialen Problemen konfrontiert werden, sollte Psychiatrie als Weiterbildungsfach für die Hausarztmedizin obligatorisch sein. Es sollten keine weiteren Schwerpunkte innerhalb des Faches Psychiatrie und Psychotherapie bewilligt werden, um es nicht weiter zu verwässern. Für die psychotherapeutische Weiterbildung sollten Dozenten, die aus der Praxis kommen, gewonnen werden, welche die psychotherapeutische Weiterbildung an der klinisch-praktischen Tätigkeit orientieren.

**KS: Was willst Du mir zum Schluss noch auf den Weg geben?**

JK: Psychiatrie und Psychotherapie ist doch eigentlich das umfassendste Verständnis der menschlichen Existenz, der Umgang damit eine faszinierende Tätigkeit wie sonst nirgendwo in der Medizin. Wir sollten stolz darauf sein und uns nicht immer wieder als Mediziner 2. Klasse fühlen, die nicht mit Messer und Medikamenten zaubern, sondern mindestens so effektiv mit menschlicher Auseinandersetzung gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen suchen. Was gibt es Besseres? Unsere eigene Entstigmatisierung ist die Vorbedingung der Entstigmatisierung der Patienten. Das bedingt allerdings einen wertschätzenden Umgang mit den Mitarbeitern.

Correspondence:  
Dr. med. Karl Studer  
Praxis im Klosterhof  
Klosterhofstrasse 1  
CH-8280 Kreuzlingen  
karl.studer[at]bluemail.ch