

Was ist eine Psychiatrische Universitätsklinik?

Karl Studer¹

Praxis, Kreuzlingen

Funding / potential conflict of interest: No funding. No conflict of interest.

Was ist in den Psychiatrischen Universitätskliniken der Schweiz los? Wohin gehen sie? Wo stehen sie?

Meine Erfahrungen in der Leitung von vier psychiatrischen Institutionen, davon zwei Universitätskliniken, möchte ich zum Anlass nehmen, die öffentliche Diskussion über die Entwicklung der psychiatrischen Universitätskliniken zu eröffnen.

Die Schweizer Vereinigung der psychiatrischen Chefarzte und Chefarztinnen hat im April 2013 mit einem Brief an die Rektorate der Universitäten ihr Besorgnis über die Entwicklung an den PUK Ausdruck gegeben, allerdings bis jetzt ohne Echo.

Es ist mir klar, dass in der Führung dieser Institutionen viel Widersprüchliches und viele Ambivalenzen bestehen. Sie bilden letztlich auch die Problematik ab, die uns die Patienten mitbringen. Viele dieser Fragen beschäftigen deshalb auch die anderen psychiatrischen Institutionen der Schweiz.

Derzeitige Herausforderungen und Trends

Aktuell bestehen verschiedene Herausforderungen und Trends, welche die psychische Gesundheit der Bevölkerung und die Arbeit in den psychiatrischen Institutionen beeinflussen.

- Der Megatrend Gesundheit, also die psychische und physische Gesundheit, ist der Motor der gesellschaftlichen Entwicklung der Zukunft (Kondratieff).
- Die Komplexität der bio-psycho-sozialen Krankheitsbilder explodiert, grosse Differenzen zwischen Erwartungen und Lösungen führen zu Kreativitätslücken.
- Starke Zunahme von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten mit erschwerter sprachlicher Verständigung
- Selbstverantwortung der Betroffenen sowie eine Individualisierung der Medizinischen Leistungen wird erwartet.

- Vom medizinischen Fachpersonal wird Fachautorität und Präsenz in den Netzwerken erwartet.
- Das DSM-5 als Grundlage der Diagnostik wird besonders in den USA zunehmend in Frage gestellt, da vermutet wird, dass es von Interessen der Industrie gesteuert wird. (Siehe auch Interpellation Stahl im Nationalrat der Schweiz vom 18.9.2013 zum Thema: Inflation von psychischen Störungen.)
- Die Pharmafirmen scheinen langsam das Interesse an der Psychopharmaka-Forschung zu verlieren. So sollen z.B. die Firmen GlaxoSmithKline und Astra Zeneca ihre neurowissenschaftliche Abteilung geschlossen haben.
- Bei der Prädominanz der Neuroforschung in der Psychiatrie wird immer wieder von Neuromythologie und Neurowahn gesprochen.
- Führung, Organisation und fachliche Entwicklung in den psychiatrischen Institutionen gehen zunehmend von einer Patienten- und Mitarbeiterorientierung zu einer Forschungsorientierung mit der Methodik bildgebender, genetischer und endokrinologischer Verfahren über, wobei Versorgungs-, sozialpsychiatrische und Psychotherapie-Forschung kaum mehr stattfinden.
- Es wird die Nähe der Medizin, insbesondere der Neurologie im Rahmen der Neuroforschung gesucht, da hier die Impact Factors vergeben werden, die notwendig für die Karriere sind, während die Sozial- und Geisteswissenschaften es weitgehend verschlafen haben, ähnliche Systeme aufzubauen. Es gibt wohl den «social citation index», der allerdings von der medizinischen Fakultät ignoriert wird.

Aufgaben einer PUK

- Die psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgung einer bestimmten Bevölkerung.
- Die fachliche Zentrumsfunktion für eine definierte Region.
- Lehre und Forschung im Rahmen der Leistungsvereinbarung mit einer Universität.

Bei der *Grundversorgung* kann auf die nationalen Richtlinien der Sanitätsdirektoren der Schweiz von 2008 sowie auf die Weiterbildungsordnung der SGPP verwiesen werden. Hier

Korrespondenz:
Dr. med. Karl Studer
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Klosterhofstr. 1
CH-8280 Kreuzlingen
Schweiz
karl.studer[at]hin.ch

¹ Ehemaliger Spitaldirektor der Psychiatrischen Dienste des Kt. Thurgau, CEO a.i. der Psychiatrischen Dienste des Kt. Aargau, Vorsitzender der GL a.i. der UPD Bern, Chefarzt a.i. für Erwachsenenpsychiatrie der UPK Basel.

unterscheiden sich die PUK nicht von den anderen kantonalen und privaten Kliniken der Schweiz.

Es gelten die nationalen und wohl auch internationalen Standards und Qualitätskriterien, doch werden sie bis heute wenig in Benchmarkings (z.B. zum Personalbedarf, zur Einhaltung von Behandlungsleitlinien, zur Prozessqualität, zum Outcome usw.) verglichen.

Aktuelle Themen sind z.B.:

- Triage und Aufnahmekriterien für die stationäre Versorgung.
- Das Verhältnis von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.
- Zusammenarbeit mit den anderen Anbietern psychiatrischer Dienstleistungen.
- Die Interdisziplinarität der psychiatrischen Arbeit.
- Allgemeine Angebote versus Spezialisierung.
- Pflege- und Behandlungsstandards.
- Einbezug der Patienten in die Diagnostik, die Behandlungspläne, Zielsetzungen und deren Evaluation.
- Überprüfbare Weiterbildungsstandards.

Generell treffen wir noch viel zu häufig Angebote allgemeiner Psychiatrie mit gleichmachender Standardbehandlung an, die eher ans 19. Jahrhundert erinnert als an spezialisierte, individualisierte Angebote, wie sie in anderen medizinischen Fachgebieten üblich sind.

Gerechtfertigt sind solche allgemeinen Angebote eigentlich nur bei der Krisenintervention, wobei rund ¼ aller eintretenden Patienten nach 4–5 Tagen die Klinik wieder verlassen. Hier sollte doch zu erwarten sein, dass für diese Patientengruppe besondere Angebote zur Krisenintervention zur Verfügung stehen sollten, wie z.B. eine intensive, ausführliche Triage innert Stunden, Akuttagskliniken, mobile Equipen, evtl. auch Einrichtungen ähnlich der Multi-System-Therapie in den KJPD mit intensivster, zeitlich begrenzter Auseinandersetzung, um die Krise als Anlass und Gelegenheit für persönliche Entwicklung nutzen zu können.

Hier sind hohe Fachkompetenz und ein schnell verfügbares fachliches Netzwerk notwendig. Die Evaluation der Arbeit ist gefragt, um das Angebot laufend zu verbessern.

Voraussetzung ist eine patientenorientierte flexible Finanzierung, die es ermöglicht, zwischen verschiedenen Angeboten schnell zu wechseln.

Für die Grundversorgung könnten in der gesamten Schweiz ähnliche Tarife gelten, da ja dieselben Aufgaben, Personalschlüssel und Behandlungsleitlinien vorgesehen sein müssten.

Ein grosser Teil der Suchtbehandlung, fast die gesamte Psychosomatik samt Schmerzbehandlung und ein Teil der Alterspsychiatrie ist inzwischen in die Hände anderer medizinischer Fächer abgewandert. Schleicht sich da nicht eine Verarmung unseres Faches ein?

Anders sieht es mit der *Zentrumsfunktion* der PUK aus. Für eine bestimmte Region, evtl. auch über die Kantons-grenzen hinaus, sollten Spezialangebote zur Verfügung stehen, wie z.B.:

- Angebote zur Behandlung therapieresistenter affektiver Erkrankungen.
- Angebote zur Behandlung von Essstörungen.
- Spezifische Angebote für besondere Suchtformen: Spielsucht, Internetsucht.

- Spezialisierte Psychotherapieangebote.
- Früherkennungs- und Kriseninterventionsangebote für psychotische Patientinnen und Patienten.
- Angebote zur Behandlung spezieller psychosomatischer Erkrankungen.
- Behandlung von Traumafolgestörungen.
- Weitere ...

Da es sich um überregionale Aufgaben handelt, müssen sie auch mit den anderen psychiatrischen Anbietern wie psychiatrischen Grundversorgern und anderen psychiatrischen Institutionen abgesprochen und aufgeteilt werden (z.B. in Basel mit den Kliniken in Riehen, Liestal und Rheinfelden, in Bern mit den Kliniken in Münchenbuchsee, Münsingen, Meiringen, den vier Stützpunkten und den privaten Suchtbehandlungsanbietern im Kanton. In Zürich ist die Situation ähnlich).

Für die Behandlungskontinuität sind Absprachen mit den Zuweiserinnen und Zuweisern und den nachbehandelnden Personen notwendig.

Von Seiten der Kosten sind bei Spezialangeboten auch differenzierte Taxen gerechtfertigt.

In den Weiterbildungskreisen ist diese überregionale Zusammenarbeit bereits gelungen.

In den vergangenen 20 Jahren kamen die klinischen Innovationen kaum mehr von den PUK, sondern von den regionalen und privaten Institutionen. Sollen die PUK in Zukunft wieder die Treiber innovativer Versorgungsmodelle und Anbieter solcher Zentrumsfunktionen werden?

Es ist erstaunlich, dass die Gesundheitspolitiker der Regionen es sich nicht schon längst zur Aufgabe gemacht haben, vernetzte Lösungen zu suchen. Haben sich die Politiker von der Gesundheits- und Versorgungspolitik verabschiedet?

In den neuen Aktiengesellschaften muss das Zusammenspiel zwischen Politik, Verwaltungsrat, Geschäftsleitung und dem eigentlichen Kerngeschäft erst noch gefunden werden. Oft steht die ökonomische Zielsetzung im Vordergrund, da die Verwaltungsräte hauptsächlich aus fachfremden Mitgliedern bestehen.

Lehre und Forschung

Die Forschung ist grundsätzlich frei. Die Aufgaben der PUK in Lehre und Forschung werden von den Universitäten mit Leistungsaufträgen und Zielvorgaben mit den Ordinarien vereinbart. Seit kurzem werden dazu die Mittel mit eigenen Budgets und Arbeitspensen abgegrenzt. Zusätzliche Mittel werden durch Stiftungen und andere Geldgeber gesammelt.

Wie dann die Mittel (hauptsächlich Mitarbeiterstellen) intern verteilt werden, entspricht einem äusserst hierarchischen System. Da der Erfolg anhand von Impact factors der Veröffentlichungen gemessen wird, hängt die Karriere der Einzelnen vor allem an der Veröffentlichungstätigkeit.

Wann ist zu erwarten, dass sich die Erkenntnisse aus bildgebenden Verfahren, die sich vor allem im diagnostischen Bereich abspielen, auch in der täglichen therapeutischen Praxis niederschlagen? Oder bleibt dies ein Versprechen, das in absehbarer Zukunft nicht eingelöst werden kann? Erweisen sich die wissenschaftlichen Anstrengungen

als Sackgasse, die nur zur Anerkennung der Forscher in der wissenschaftlichen Welt führen?

Man kommt sich gelegentlich in die Zeit vor hundert Jahren zurückversetzt, als sich die psychiatrische Tätigkeit in der Hirnforschung und Diagnostik erschöpfte, die kollektive Pflege und Disziplinierung laut Tagesablauf im Vordergrund stand.

Längst bewegen sich die Forschungsaktivitäten der anderen universitären Disziplinen im dynamischen Forschungsdreieck zwischen reiner Grundlagenforschung, anwendungsorientierter Grundlagenforschung und produktorientierter Anwendungsforschung.

An unseren Universitätskliniken haben aber humanwissenschaftliche Forschung, Versorgungsforschung, sozialpsychiatrische, psychotherapeutische, auch die forensische Forschung kaum Platz, da hier wenig Lorbeeren zu holen sind. Somit existieren zu diesen Themen immer weniger Professorenstellen und der nächste sozialpsychiatrische Lehrstuhl z.B. ist in Wien zu finden. In Basel besteht seit längerem als Lichtblick ein eigener Bereich für Psychotherapie, der ausgebaut wird. In Bern hat die Universität zur Besetzung von zwei Extraordinariaten einen Posten für die Versorgungsforschung und einen für Psychotherapie vorgeschlagen. Realisiert wurden sie nicht.

Wird das Megaprojekt «Human Brain Project» der ETH Lausanne auch eine geisteswissenschaftliche Abteilung haben?

Sind denn unsere «Kundinnen und Kunden» für die Vertreter der schönen neuen Leonardo-Welt nicht Menschen mit umfassenden bio-psycho-sozialen Problemen? Und müsste sich diese Erkenntnis nicht auch in der Forschung niederschlagen? Es klappt ein unübersehbarer Spalt zwischen den Bedürfnissen der Patienten und der Forschungstätigkeit. Sind die Patientinnen und Patienten der Universitätskantone die Verlierer dieser Entwicklung?

Führung und Organisation der PUK

Führung und Organisation müssen ganz auf die Aufgaben der PUK ausgerichtet sein: Dienstleistungen zugunsten der Patientinnen und Patienten, fachliche Netzwerkarbeit in den Regionen und Lehre und Forschung zugunsten aller Aufgaben. Die Kliniken benötigen dazu ein Organisationssystem, das diesen Anforderungen entspricht.

Es stellt sich generell die Frage, wie psychiatrische Kliniken organisiert sein müssen, damit die Dienstleistung an der Front durch die Mitarbeitenden gewährleistet ist. Führung heisst Dienstleistung zugunsten dieser Tätigkeit. Rein hierarchische Systeme sind Anachronismen, die in der Wirtschaft längst überwunden sind, da sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass nur autonom Mitarbeitende auch Spitzenleistungen erbringen können. In der Psychiatrie heisst dies, dass Beziehungsarbeit im Vordergrund stehen muss, die Führung und Entwicklung der Klinik exemplarisch geschehen muss: Führungsarbeit muss als Beziehungsarbeit geschehen, vergleichbar der Beziehungsarbeit der Mitarbeitenden mit den Patientinnen und Patienten. Die Erfahrungen mit der therapeutischen Arbeit der vergangenen Jahrzehnte müssen hier Selbstverständlichkeit erlangen. Friedrich der Grosse ist doch seit langem verblieben.

Ärztliche Führung und Leadership sind zwingend notwendig. Dazu ist neben einer Management-Ausbildung eine eigene Ausbildung der Führungstätigkeit auf allen Stufen, fokussiert auf die Tätigkeiten in einer psychiatrischen Institution, notwendig. Diese muss immer wieder überprüft und weiterentwickelt werden. Diese Sichtweise scheint mir selbstverständlich zu sein, wie in jedem anderen KMU mit einem Budget um 100 Millionen Franken. Impact factors allein genügen nicht.

Eine für alle Mitarbeitende transparente Betriebsentwicklung mit Leitbild, laufender Überprüfung der Zielsetzung und deren Evaluation ist unabdingbar.

Die *Chefärzte und Chefärztinnen* sind für die Zielsetzung und die Koordination der drei Funktionen zuständig, die sie im Konsens mit den nächsten Stufen erarbeiten müssen. Sie sind die obersten Dienstleister zugunsten der Patientinnen und Patienten, der Zuweisenden, der Fakultäten, der Studierenden, Politiker und Grundversorger.

Die *Leitenden Ärzte und Ärztinnen* sind zusammen mit den Pflegeleitungen die Verantwortlichen für die einzelnen Fachbereiche in der Institution mit eigenen Leistungsaufträgen, eigener Budget-Verantwortung und Autonomie in Personalfragen. Es entspricht den gängigen Führungsgrundsätzen, dass, wer den Auftrag und die Verantwortung hat, auch über die zur Realisierung notwendigen Mittel verfügen muss. Die LA sind auch für die entsprechenden Fachnetzwerke in der Region und die entsprechende Forschung zuständig.

Die *Oberärztinnen und Oberärzte* sind die Schlüsselpersonen in der Klinik, denn sie sind als Fachleute zusammen mit den anderen Berufsgruppen für die Behandlung der Patienten direkt verantwortlich. Die Assistenzärzte sind hier eben die Assistenten und «Lehrlinge». Die Oberärztinnen und -ärzte müssen eine hohe Fachkompetenz in allen Sparten der bio-psycho-sozialen Psychiatrie aufweisen, sind Vorbilder und Tutoren in der Weiterbildung der Assistenten. Sie sind meist jung und hungrig und sollten auch die gesellschaftskritische und emanzipatorische Seite des Faches repräsentieren können.

Leider sieht die Situation anders aus, indem die Oberärztinnen und -ärzte gemäss dem Wertesystem der Institution einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf ihre wissenschaftliche Karriere im Bereich organischer Psychiatrie legen. Sie werden bereits in diesem Sinne rekrutiert, um dem Forschungsrenommee der universitären Aufgabe zu dienen zu sein. Wohl sind sie meist zu 50–80% für die klinische Arbeit angestellt. Sie verbringen aber ihre Zeit hauptsächlich mit Grundlagenforschung und werden vermehrt zur Lehre beigezogen. Die Folgen sind verheerend. So haben oft die Assistenzärzte/-ärztinnen und andere Mitarbeitende kaum ärztliche Partner in der täglichen Arbeit. Oft fehlt eine klare Aufteilung zwischen klinischer Tätigkeit und Forschung.

Die psychotherapeutische Arbeit wird an Psychologen oder an die Weiterbildungszeit in den ambulanten Diensten delegiert, sozialwissenschaftliches Können an den Sozialdienst. Was bleibt noch vom Fach Psychiatrie und Psychotherapie übrig?

Sind wir erstaunt, wenn dieses Fach kaum mehr Interesse bei den jungen Ärztinnen und Ärzten findet? Junge Mitarbeitende wollen mit Gleichgesinnten etwas bewegen.

Ältere vielleicht auch. Dazu muss aber ein entsprechender Freiraum zur Verfügung stehen.

Man darf gespannt sein, was die Versicherer dazu sagen. Es besteht bereits ein Bundesratsentscheid, der die Leistungen in den Universitätskliniken um 25% kürzt, da eine Transparenz der ärztlichen Leistung vermisst wurde, eine detaillierte Leistungserfassung bisher nicht flächendeckend nachgewiesen werden konnte.

Was ist zu tun? Ich schlage primär folgende Punkte zur weiteren Diskussion vor:

- Die Zusammenarbeit zwischen den Universitäten und den Kliniken ist neu zu gestalten: Die Dekanate haben sich aus der Organisation, der Führung und Entwicklung der PUK herauszuhalten, es entspricht nicht ihrem Auftrag und ihrer Fachkompetenz.
- Sie sind aber dafür zu gewinnen, dass die psychiatrische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Forschung in Zukunft neben der medizinischen interfakultär geschehen muss, in Zusammenarbeit mit den sozialwissenschaftlichen, psychologischen und ökonomischen Fakultäten, aber auch mit den anderen Versorgern einer Region.
- Dazu muss ein zeitgemässes Bild des Faches Psychiatrie als Grundlage für die Forschungsvereinbarung zwischen Universität und Institution erarbeitet werden. Bildgebende Verfahren, Genetik und Endokrinologie sind wohl sehr wichtig, sie alleine genügen jedoch dem Bedarf einer zeitgemässen Psychiatrie nicht mehr.
- Die verschiedenen universitären Standorte der Schweiz müssen gemeinsam, evtl. auch in Zusammenarbeit mit den anderen öffentlichen und privaten Institutionen, einen nationalen Forschungsverbund bilden, um die anstehenden klinischen und Versorgungsfragen zu beantworten.
- Es muss hinterfragt werden, ob Ordinarien neben der Forschung und Lehre sowie ihrer Tätigkeit auf den Privatstationen noch für die Führung, Entwicklung, die Netzarbeit und die immer komplexer werdenden Aufgaben der Versorgung zuständig sein sollen. Es muss transparent werden, wer zu welcher Prozentzahl wofür angestellt ist und wie er oder sie von wem wofür finanziert wird. Eine klare Trennung zwischen Versorgung, Lehre und Forschung ist somit einzurichten und transparent umzusetzen.
- Psychiatrische Krisenintervention als wichtiges Angebot muss separat beforscht, neue Möglichkeiten experimentell untersucht werden. Es ist dringend herauszufinden, inwieweit Akuttagesskliniken die stationären Einrichtungen entlasten können, ob eine umfassende Triage viele Probleme evtl. auch im Sinne einer intensiven multisystemischen Krisenintervention lösen könnte, ob nicht auch viele Krisen mit Hilfe von ambulanten Equipen gelöst werden könnten und ob mehr Kriseninterventionsstationen mit geringem administrativem Aufwand nützlich wären.

- Es sollte auch klar werden, was geschehen muss, damit die Kliniken offen geführt werden können und geschlossene Regimes und Zwangsbehandlungen die Ausnahme werden. Immer raffiniertere Einschliessungsszenarien und Überwachungseinrichtungen sowie verfeinerte juristische Grundlagen können nicht die Lösung sein.
- Da die sprachliche Verständigung die Basis unserer Tätigkeit ist, muss der Einbezug von ausgebildeten Dolmetschern gewährleistet sein, auch im ambulanten Bereich. Dies muss über die Fachgesellschaften bei den Krankenkassen durchgesetzt werden.
- Zu all dem braucht es wissenschaftliche Begleitung und Reflexion der Erfahrungen anderer Länder.
- Eine flexible Finanzierung muss in der Gesamtversorgung eingerichtet werden und Politikerinnen und Politiker und Versorgende müssen dafür gewonnen werden. Es ist die Aufgabe der SGPP, zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft der Psychiatrie-Chefärzte, bei den Sanitätsdirektoren der Kantone, evtl. auch beim Bundesrat, vorstellig zu werden, um hier z.B. beim Tagesklinikstatus neue Wege gehen zu können. Jammern allein genügt nicht.
- Zeitgemässe Führung und Organisationsmodelle müssen dringend erarbeitet werden, um den Bedürfnissen der Patientinnen, Patienten und der Mitarbeitenden gerecht zu werden. Beziehungsarbeit und Einbezug der Patienten sind hier die Grundlagen. Die Kaderschmieden der Schweiz sollen zu Ansprechpartnern werden.
- Die angewandte klinische Forschung und Versorgungsforschung ist wieder an die Hand zu nehmen, denn der Bedürfnisse sind viele, z.B. Abhängigkeiten von sozialen Medien, Migration und ihre Folgen, Vereinsamung, Armut und zunehmend Arbeitsprobleme, Gewalt, Komorbiditäten, Diagnosenwandel, Chronifizierungen, Kosten-Nutzen-Fragen, Salutogenese, Resilienz und Recovery, Veränderungen der Berufsbilder zur Anpassung an der fachliche Entwicklung (neben den Ärzten auch der Pflegedienstmitarbeiter) usw.
- Die Erkenntnisse der Epigenetik sollten geradezu dazu herausfordern, diese klinischen Fragestellungen zu beforschen.
- Die bestehenden Behandlungsleitlinien sind mit den neuesten Erkenntnissen aus aller Welt zu überarbeiten, da die bisherigen kaum mehr als Psychopharmaka-Indikationsstellungen darstellen.
- Eine Arbeitsgruppe der SGPP nimmt sich dieser Problematik an.

Es ist klar, die Forderungen sind gross, der Bedarf an psychiatrischer Hilfe aber auch. Die Kliniken sind überfüllt, die Ambulatorien und Praxen auch.

Sind sich die PUK dieser Herausforderungen bewusst? Wollen sie sie an die Hand nehmen oder haben sie verlernt, Fragen zu stellen? Verlieren sie immer mehr an Bodenhaftung und entschwinden in eigene Leonardo-Welten?