

Sehr geehrte Damen und Herren,  
sehr geehrter Herr Bürgermeister Kleine,  
sehr geehrter Herr Kieser,  
sehr geehrte Frau Engelhard,

als Gastgeber der diesjährigen ACKPA-Tagung in Weimar darf ich Sie herzlich begrüßen.

Mit Beginn des Jahres 2018 ist die Unterscheidung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch im Krankenhausplan 2018 vollzogen worden. Die Fachkliniken und die Allgemeinkrankenhäuser haben die entsprechenden Bescheide erhalten.

Ich gehe davon aus, dass Frau Engelhard als Leiterin des Referates Krankenhauswesen beim Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie auf die Hintergründe, die zu dieser Entscheidung geführt haben, im Detail eingehen wird. Bis dato wurde die Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Einheit vorgenommen. Jeder Klinik oblag es im eigenen Ermessen die Betten entsprechend auszuweisen.

Jetzt stehen die Kliniken vor neuen Voraussetzungen. Als erstes sind die in einer Rechtsverordnung gefassten Strukturvorgaben für Abteilungen (5 1/2 Ärzte, davon 3 Fachärzte) und für Tageskliniken (1,25 Ärzte) bei der Schaffung neuer Psychosomatischer Abteilungen wie für alle anderen Fachabteilungen in den Thüringer Krankenhäusern umzusetzen. Auch darauf wird -so hoffe ich - Frau Engelhard auch in ihrem Beitrag eingehen.

Andererseits sind die Fachkrankenhäuser und Kliniken gefordert, mit der Existenz zweier Psycho-Fachabteilungen in den Einrichtungen Überlegungen anzustellen, wie die Schnittstelle zwischen den Abteilungen und die Abläufe im Krankenhaus an die neue Situation anzupassen ist. Dies war meinerseits auch Anlass, dem Vorstand der ACKPA den Vorschlag zu unterbreiten, das Thema „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Krankenhaus – Wie funktioniert das?“ als Rahmenthema der diesjährigen ACKPA-Tagung vorzuschlagen.

Bevor ich auf von mir identifizierte Problembereiche eingehe, noch einige Informationen zu unserem Haus: Die Abteilungspsychiatrie Weimar existiert seit den 60-er Jahren, 1993 ist die Aufteilung des Fachgebietes Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie vollzogen worden. 1998 erfolgte der Umzug in den Neubau, damals noch ein Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Städtischen Klinikum (dem Hufeland-Klinikum) und der diakonischen Einrichtung des Sophienhauses. Seit 2005 ist das Klinikum eine rein diakonische Einrichtung, die städtischen Anteile sind durch die Diakonie übernommen worden. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie hat derzeit 96 Betten, verteilt auf 4 Stationen und 54 tagesklinische Plätze, die sich auf 3 Tageskliniken verteilen. 2 Tageskliniken befinden sich hier am Klinikstandort, eine Tagesklinik wird als externe Tagesklinik in Apolda ca. 30 km von hier entfernt betrieben.

Am 01. November 2016 hat Chefarzt Ortmann als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie seine Tätigkeit für die Psychosomatische Station mit 23 Betten übernommen. Im September dieses Jahres begeht diese Psychosomatische Station ihr 20-jähriges Bestehen, sie war immer schon organisatorisch unabhängig. Es handelte sich dabei um eine internistisch geleitete Psychosomatische Station, dem internistischen Chefarzt unterstehend, die immer schon unter oberärztlicher Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt Vieweg, gestanden hat; der wiederum anteilmäßig in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und alle Belange zwischen den Kliniken vermittelte. Die psychosomatische Abteilung ist eine Abteilung mit internistischer Herkunft, wo Internisten, Psychologen und der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gemeinsam auf der Basis eines verhaltenstherapeutischen Konzeptes die Patienten behandelt haben. Für uns am Standort Sophien- und Hufeland-Klinikum ist die Existenz einer Psychosomatischen Station bzw. jetzt einer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie also nichts Neues.

Ich will kurz noch auf Problembereiche hinweisen, die ich in der zukünftigen Parallelentwicklung beider Kliniken sehe (Folie Problembereich) und die nach Lösungen verlangen.

1. Behandlung der Patienten in der Notaufnahme.

Beispiel 1: Patientin, die vor 14 Tagen in der Notaufnahme nach plötzlichem Tod ihres Ehemannes aufgenommen worden ist. Diagnose: Akute Belastungsstörung.

Wer betreut diese Patientin in der NFA? Psychiatrie und Psychotherapie oder die Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?

Beispiel 2: Vorstellung einer Patientin mit einer somatoformen Schmerzstörung in der Notaufnahme. Wer nimmt sich dieser Patientin in der NFA an? Der Psychiater oder der Psychosomatiker? Wer sorgt - falls keine Indikation für eine akute stationäre Aufnahme besteht - für die Weitervermittlung in den stationären Bereich? Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Psychosomatik?

2. Organisation des Konsiliardienstes. Der Konsiliardienst ist in allen Kliniken, die ich kenne, ein problematischer Bereich. Er ist personell schlecht ausgestattet, es gibt selten eine innerbetriebliche Rechnungsführung, die die Leistungen des Konsiliardienstes entsprechend abbildet. Somit wird der Konsiliardienst immer eher als belastend als Bereicherung empfunden.

Häufig sind die Konsiliaranmeldungen aus den somatischen Fachgebieten unqualifiziert.

Nicht selten besteht von den Kollegen der Somatik der Anspruch, dass mit den Patienten ein ärztliches Gespräch geführt wird, das originär in den Aufgabenbereich des jeweiligen somatischen Fachgebietes gehören würde, andererseits fällt es den Somatikern schwer, zwischen Indikationen für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu differenzieren. Die Zuordnung zu den Fachgebieten erfolgt mehr oder weniger zufällig, aus dem Bauchgefühl des jeweiligen somatischen Kollegen heraus. Die Psychosomatik wird eher bevorzugt. Welcher Somatiker möchte schon einen somatisch erkrankten Patienten das Kommen eines Psychiaters ankündigen? Häufig sind die Konsile – angemeldet durch die Somatiker – nicht mit dem Patienten besprochen worden, das Kommen der Psychiater wird gegenüber dem Patienten verschwiegen.

Hier ist die Frage, wie organisiert man den Konsiliardienst und vermeidet die Doppelinanspruchnahme beider Fachgebiete, was aus Sicht der Krankenhausleitung eine eindeutige Ressourcenverschwendung ist.

3. Bereitschaftsdienst/Rufbereitschaftsdienst. Im Sophien- und Hufeland-Klinikum ist der Bereitschaftsdienst derzeit noch so geregelt, dass der Bereitschaftsdienst für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie auch den Bereitschaftsdienst für die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie übernimmt. Dies trifft auch für den Rufbereitschaftsdienst zu. Im Bereitschaftsdienst ergriffene Maßnahmen durch den Psychiater werden am Folgetag dem Psychosomatiker berichtet. Probleme können sich immer dann ergeben, wenn besondere Ereignisse auftreten, wie Suizide. Schnell wird dann die Frage gestellt werden, ist der Psychiater/Psychotherapeut in der Lage gewesen, die womöglich spezifische psychosomatische Fragestellung einschätzen und beurteilen zu können.
4. Schnittstellenübergreifende Behandlung von psychosomatischen Patienten. Je nach Behandlungsprofil der Psychosomatischen Abteilung wird der Anteil von Patienten mit Suizidalität mehr oder weniger groß sein. Vom Thema Suizidalität ist abzugrenzen das selbstverletzende Verhalten, das häufig auch in Behandlungsverträgen vereinbart zur Verlegung in die geschlossene Abteilung oder in den geschlossenen Bereich führt. Die Zweckmäßigkeit sei dahingestellt. Die Frage entsteht in dem Zusammenhang: Erfolgt eine schnittstellenübergreifende Weiterbehandlung durch den Kollegen aus der Psychosomatischen Abteilung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie? Wenn nicht, kommt es vorher zu einem Abgleichen der Behandlungsziele und die Festlegung der Kriterien, die zu einer Rückübernahme des Patienten vorliegen müssen?
5. Weiterbildung. Entsprechend der zu erwartenden Weiterbildungsordnung, die auf dem Ärztetag im September 2018 in Erfurt beschlossen werden wird, ist eine gegenseitige Anerkennung der Facharztausbildung möglich. Dies ermöglicht aber auch frühzeitig, sich Gedanken zu machen über die Rotation der Ausbildungsassistenten zwischen den Abteilungen. Wer soll dies in die Hand nehmen? Die Erfahrung aus unserem Haus ist, dass dieses durch die Personalabteilung nicht wahrgenommen wird, sondern eine originäre Aufgabe beider Chefarztbereiche ist.  
Ein weiteres Problem ergibt sich, inwieweit die unter Supervision stattgefundenen psychotherapeutischen Behandlungen (240 Stunden im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie bzw. 600 Stunden im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) gegenseitig anerkannt werden. Gängige Praxis der Landesärztekammer Thüringen ist es, dass die unter Supervision stattgefundenen psychotherapeutischen Behandlungen in der Psychosomatik für die Facharztausbildung Psychiatrie/Psychotherapie anerkannt werden.
6. Für die Anerkennung der Ausbildung sind supervidierte Psychotherapien notwendig. Dies ermöglicht entsprechende klinikübergreifende Gruppensupervisionen. Auch dort ist die Frage zu stellen, ob dies gewünscht und zu rechtfertigen ist.

7. Informationen an die Zuweiser des Klinikums. Fallsteuerung.  
Die Fachgebiete Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind im ambulanten Bereich sowohl durch die niedergelassenen Ärzte als auch durch die Patienten nur schwer voneinander zu unterscheiden. Viele Patienten kennen den Unterschied nicht zwischen einem Psychiater und einem Psychologen, noch schwieriger wird es für die Patienten, wenn sie zwischen einem Psychologen, einem Psychosomatiker und einem Psychiater unterscheiden müssen. Dies trifft aber in analoger Weise auch für die zuweisenden Allgemeinmediziner oder Internisten zu. Patienten mit depressiven Störungen werden beispielsweise sowohl der Psychosomatik als auch der Psychiatrie zugewiesen. Beide Kliniken haben entsprechende Wartelisten. Es würde die Möglichkeit bestehen, dass die Patienten aus der einen Warteliste in die andere Warteliste wandern. Auch hier gibt es Gesprächsbedarf. Dies trifft aber auch für andere Störungen zu, wie Angst und Depression gemischt, Zwangsstörungen etc. Hier würde es nach meiner Auffassung Sinn machen, die Zuweiser gemeinschaftlich zu informieren und diesbezüglich auch gemeinsame Veranstaltungen durchzuführen.
  
8. Bedarf es im Falle einer differenzierten, aktuellen, modernen Psychopharmakotherapie, dass der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dessen Domäne die Psychopharmakotherapie ist, als Konsiliar hinzugezogen wird?  
Erfahrungsgemäß braucht Wissen 5 bis 10 Jahre, dass es im klinischen Alltag ankommt, mindestens genauso lange hält sich überkommenes Wissen in der Therapie. Dies betrifft die Therapie mit Antidepressiva, Hypnotika und Sedativa bzw. Neuroleptika mit einem erweiterten Indikationsspektrum.
  
9. Als abschließenden Punkt möchte ich auf das Medizin-Controlling eingehen. 10 % aller stationären Fälle werden derzeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen hinsichtlich der Prozeduren und der sekundären Fehlbelegung geprüft. Dies stellt eine riesige Herausforderung für das Medizin-Controlling in den einzelnen Kliniken dar. Durch die Trennung der Fachgebiete müssen sie sich auch den spezifischen Fragestellungen der einzelnen Fachgebiete zuwenden. Durch die Aufteilung der Fachgebiete entstehen hier zusätzliche Prüfungsbereiche, auf die das Medizin-Controlling vorbereitet werden muss bzw. es müssen zusätzliche Ressourcen geschaffen werden.

Sie könnten sagen, das sind keine Probleme, die sich von den immer wieder im Alltag auftretenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit der verschiedenen Fachabteilungen eines Allgemeinkrankenhauses unterscheiden. Man sollte ruhig die einzelnen Abteilungen wirken lassen und auftretende Probleme angehen.

Ich glaube dennoch, dass die Nähe der Fachgebiete und die Überschneidungen besondere Herausforderungen hervorbringen. Meine Hoffnung ist es, dass wir am Ende des heutigen Tages dazu Ideen entwickeln, die später sich dann auch in entsprechenden Lösungen in unserer Klinik bzw. in anderen Fachabteilungen niederschlagen.

Dr. med. R. Serfling