

**Die Leiterin Berufspolitik SBAP, Valeska Beutel, wurde in der «Puls Sendung» des SRF vom 17.2.2020 auf Herrn Professor Thomas Ihde aufmerksam. Er ist Chefarzt der Psychiatrie der Spitäler fmi AG in Interlaken. In der damaligen Sendung ging es unter anderem um fremdsprachige PsychiaterInnen. Frau Beutel fragte bei Herrn Ihde bezüglich der besonderen Führungsstruktur und der gelebten Interprofessionalität auf seiner Abteilung nach.**

### **Abteilungsstruktur im Spital Interlaken**

**punktum** (Valeska Beutel): Ich habe in der Puls Sendung gesehen, dass Sie mit «peers»<sup>1</sup> zusammenarbeiten. Ist das auch in anderen Spitälern so etabliert oder ist das einzigartig?

**Thomas Ihde:** Wir sind da nicht alleine, aber wir waren bestimmt einer der Pioniere. Das hat auch mit meiner eigenen Geschichte zu tun, ich habe meine Ausbildung in den USA gemacht und an meinem ersten Arbeitstag als junger Assistenzarzt auf einer Notfallstation in Nord Chicago, wurde ich von einem «peer» eingeführt. Das hat mir in der Schweiz sehr gefehlt und dann haben mehrere Mitstreiter gemeinsam dafür gesorgt, dass die Ausbildung in die Schweiz kommt. Seit zehn Jahren gibt es nun «peers» in der Schweiz. Und wir sind sicher einer der Betriebe, in welchem «peers» am besten integriert sind. «Peers» sind wirklich Brückenbauer «par excellence» zwischen allem. Das typische gruppenspezifische «wir» und «sie» hat sich mit «peers» in der Unterscheidung zwischen Fachpersonen und zu betreuenden Personen oder Patienten aufgelöst. Aber es hat sich eben auch zwischen den Berufsgruppen aufgelöst.

**punktum:** Seit wann sind Sie in dieser Position und was reizt Sie an Ihrer Arbeit?

**T. I.:** Als ich vor 12,5 Jahren im Spital Interlaken angefangen habe, war das die kleinste Chefarztstelle in der Schweiz. Es ist enorm vielfältig, auch als Chefarzt besteht die Hälfte meines Tages immer noch im Begleiten von Menschen. Wer bei uns führt, der führt auch sehr übers eigene Beispiel, indem er seinen Mitarbeitenden Werte immer wieder vermittelt, dadurch wie er oder sie die Arbeit macht und weniger über Führungspapiere. An einem Allgemeinkrankenhaus zu arbeiten hat mich auch sehr gereizt: die enge Zusammenarbeit mit der Somatik, dort sah ich eine grosse Chance im Berner Oberland. Ich war damals etwas naiv davon ausgegangen, dass das Stigma im Berner Oberland ein riesiges Thema ist und habe dann gemerkt, dass es einfach anders als in Winterthur oder in Chicago ist; es ist nicht unbedingt sehr viel grösser. Und dann kommt noch der Aspekt der «Provinzpsychiatrie» dazu, der viele Vorteile hat. Wenn wir eine zündende Idee haben, dann benötigen wir eine Sitzung und es folgt die Umsetzung. Wir haben nicht viele andere Institutionen, die ständig schauen, was wir machen, sondern wir haben viel Freiraum, wo wir sehr nah an der Bevölkerung sind und uns überlegen können, was sie spezifisch im Berner Oberland braucht. Die Region ist sehr speziell, man hat Interlaken als Schmelztiegel aller Nationen, natürlich sehr tourismusorientiert. Die ganze Tourismusindustrie fliegt heutzutage Leute ein aus China, die dann zwei oder drei Jahre

---

<sup>1</sup> Mit «peers» sind Personen gemeint, die bereits eigene Erfahrungen im Bereich psychische Erkrankung und Gesundheit gemacht haben. Sie können ihre Erfahrung anderen akut Betroffenen weitergeben und dadurch Mut und Hoffnung schenken. Die dabei erlebte Selbstwirksamkeit ist positiv für «peers». Aus: Pro Mente Sana Aktuell 2/12.

bei uns oben wohnen und arbeiten. Leute aus den USA, aus Kanada oder Neuseeland, die im Abenteuerbereich arbeiten. Diese werden dann vermischt mit einer alpinen Bevölkerung, wo ähnlich wie in Uri oder Graubünden immer noch etwas andere Regeln gelten. Und wo auch die soziale Mobilität innerhalb von der Dorfgemeinschaft sehr eingeschränkt und sehr konfliktbehaftet ist. Und diese Spannungsbreite finde ich enorm reizvoll. Es ist überschaubar, man kennt einander. Wir arbeiten beispielsweise mit «open dialogue», etwas, was wir aus Lappland übernommen haben, wo wir spezifisch überlegt haben, das ist wirklich das was wir für unsere Bevölkerung brauchen. Was eben in Winterthur vielleicht nicht unbedingt passend gewesen wäre, wo ich früher gearbeitet habe.

**punktum:** Welche Dinge sind schwieriger, oder wo kommen Sie an eine Grenze, wo liegen die Herausforderungen?

**T. I.:** Was ich sicher unterschätzt habe ist die Personalrekrutierung. Wenn ich das gewusst hätte, weiss ich nicht, ob ich die Stelle angenommen hätte (lacht). Das hat mir, vor allem am Anfang, sehr viele schlaflose Nächte gebracht, weil mir zu wenig bewusst war, wie urban die meisten Menschen sind, die psychiatrieinteressiert sind im Arbeiten, wobei das häufig die heutige Zeit ist, wo man als Paar einen Arbeitsort wählen muss, der für beide Partner vermittelbar ist, und da ist ein Endbahnhof einfach kein guter Ort. Heute ist das zum Glück wesentlich besser, aber in der Anfangsphase war das sehr schwierig. Finanzen belasteten uns eine Zeitlang ziemlich, aber da habe ich immer wieder den Eindruck, dass wir das Gesundheitswesen sind, wo am meisten Geld in die psychische Versorgung investiert, aber im Klagen gehören wir auch zu den Lautesten. Mit diesem Widerspruch komme ich nicht ganz klar. Auch wenn ich international mit Kolleginnen und Kollegen rede, dort klagt man auf sehr hohem Niveau. Die Zusammenarbeit mit einer Spitalgruppe, die ist sehr anders. Das Hierarchieverständnis von der Chirurgie oder Medizin unterscheidet sich doch ein wenig (schmunzelt). Wir waren früher eine Disziplin, ich hatte mir das eigentlich auch so gewünscht, dass es neben der Orthopädie und Onkologie auch noch eine Psychiatrie gibt und da merkten wir dann, dass die Entscheide meistens zu unseren Ungunsten gefällt wurden. Dort konnten wir uns dann lösen und heute sind wir organisatorisch eine eigene Einheit unter dem Dach der fmi Gruppe, aber nicht bei der medizinischen Disziplin. Es ist ja auch so, dass man im Spital die traditionelle Führungsstruktur hat, es gibt einen ärztlichen Bereich und einen Pflegebereich und wenn der Assistenzarzt auf der IPS (Anmerkung der Redaktion: Intensivstation) ein Problem hat mit den Pflegenden auf der IPS, dann reden der Chefarzt Medizin und Pflegedirektorin miteinander und probieren den Konflikt zu lösen. Und wir haben ein interdisziplinäres Führungsmodell, das heisst bei uns kann eine Pflegefachfrau ein Angebot leiten, wo Ärzte arbeiten und sie ist den Ärzten vorgesetzt. Probleme, die auf dieser Abteilung entstehen, werden in derselben Abteilung angeschaut.

### **Interprofessionelle Zusammenarbeit**

**punktum:** Was könnte für das Verständnis zwischen den zwei Fachgruppen helfen, dass bewusst würde, dass es bei stationärer Arbeit verschiedene Verantwortungsbereiche gibt, z.B. Führungsverantwortung, dann im Gegensatz dazu ärztliche Fachverantwortung und

psychologisch / psychotherapeutische Fachverantwortung? In den jeweiligen BAG- anerkannten Berufen soll laut Gesetz ja jeder seine Fachverantwortung tragen ohne «Übergriff» in die andere Fachschaft. Zusammen trägt man dann stationär und ambulant zusätzlich gemeinsame Verantwortung für das Wohl des Patienten.

**T. I.:** Das ist noch eine schwierige Frage, denn ich merke, als Institution haben wir mehr Freiheiten, denn schlussendlich passiert alles im Namen einer ZSR Nummer und wir haben keine Delegation, sondern die sogenannte Spitalpsychologie und dort mehr Freiraum, auch wie wir Verantwortung aufteilen. Wir arbeiten mit sogenannter Fallführung und diese kann bei uns jede Berufsgruppe haben. Auch eine Pflgende kann bei uns eine Fallführung haben oder auch jemand aus der Sozialarbeit mit Ärzteschaft Psychologie oder anderen Berufsgruppen, die im Auftrag dabei sind, aber alles immer mit einem Vieraugenprinzip. Und das ist anders in der Gruppenpraxis mit einem delegierenden Verhältnis, wo per se rechtlich gewisse Schranken gesetzt werden, wobei man dort auch immer den Freiraum ausschöpfen kann oder nicht. Und es geht immer darum, wie man Delegation definiert und sich überlegt, welche Sicherheitsmassnahmen es braucht. Dort sehe ich in den Praxen immer wieder sehr grosse Unterschiede, wie das gehandhabt wird: von «der Patient muss gesehen werden vom Arzt; ärztliche Fragestellungen werden nur mit dem Arzt besprochen und dürfen nicht Teil in der Psychotherapie sein, auch wenn die Patientin dort über Schlafstörungen redet und es eigentlich klar ist, dass die Schlafstörungen angefangen haben seit sie «Zoloft» nimmt darum ist es höchstwahrscheinlich eine Nebenwirkung.» Deshalb finde ich schon, das müsste man grundsätzlich überdenken. Wir reden alle immer wieder vom biopsychosozialen Modell, und gerade auch bei uns in der Institution, sind oft die sozialen Faktoren der Grund warum das Ganze kippt. Eine Person hat eine Depression, hat eine hohe Belastung, sie meldet sich dann wenn der Job gefährdet ist oder wenn es Auswirkungen hat auf die Kinder, die plötzlich im Kindergarten auffällig geworden sind und die Kindergärtnerin eine Bemerkung gemacht hat. Eine strikte Trennung ist nicht möglich und ich bin der Meinung man fährt am besten, wenn man das integriert und sich das in die Behandlung reinholt, was es braucht für diesen Patienten. Das Modell der Personenzentrierung funktioniert nicht mit einer klaren Trennung dieser Disziplinen. Darum habe ich dort relativ viele Fragezeichen. Und darum muss ich dort auch kritisch anmerken, mit dem Begriff der eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin habe ich mich schwergetan. Weil das ganz klar den Fokus auf Psychotherapie legt und es gibt Menschen, wo soziale Aspekte sehr im Vordergrund sind und sie werden durch die Psychotherapie fast eingeengt. Wir fördern bei unseren Psychologinnen und Psychologen pharmakologische Kompetenzen sehr, damit sie eine Basispharmakotherapie auch überwachen können und sich dort die ärztliche Unterstützung holen, wo es wirklich nötig ist. Weil wir das in den Bergen mit wenig ärztlichen Ressourcen gar nicht anders lösen könnten. Aber ich finde es auch fachlich nicht gut, wenn das getrennt ist. Weil ich als Nutzender sonst das Phänomen der «geschlossenen Türen» habe: ich sehe meine Vertrauensperson und möchte ihr über sexuelle Nebenwirkungen berichten, dann sagt sie mir «Nein, das müssen Sie beim Doktor besprechen». Den kenne ich nicht, der entspricht mir vielleicht nicht, den kann ich eben nicht wählen, weil es eine delegierte Therapie ist – das finde ich ein schlechtes Modell. Das müsste man sich aus meiner Sicht grundsätzlich nochmals überlegen.

## Nationale Gesundheitspolitik

**punktum:** Jetzt würde ich gerne über nationale Gesundheitspolitik sprechen, was auch in der Puls Sendung das Thema war, beispielsweise der inländische Fachkräftemangel. Nur 52% der Facharztstitelträger in der Schweiz haben auch hier studiert. Es ist ein steigender Anteil von Nicht EU-Bewerbenden auf Assistenzärztstellen in der Psychiatrie zu beobachten. Was wären Ihrer Meinung nach Handlungsfelder auf nationaler Ebene im psychologischen oder psychiatrischen Bereich?

**T. I.:** Ganz eine schwierige Frage (lacht)! Ich glaube es geht primär darum, das ganze Fach attraktiver zu machen. Dort hat Herr Seifritz insofern recht, dass uns die ganze Stigmatisierung vom Bereich psychische Gesundheit sehr schadet. Ich habe bis letzten Herbst selber Psychologen an der Uni Fribourg unterrichtet, und dort sehe ich heute im Bereich klinische Psychologie jene Studentinnen und Studenten, welche früher Medizin studiert haben und Psychiaterinnen und Psychiater geworden sind. Dort hat der Numerus Clausus sicher etwas verschoben, aber auch die Attraktivität vom Bereich klinische Psychologie und das finde ich sehr sinnvoll und das kann man nicht reversibel machen. Mit diesen Begebenheiten muss man arbeiten. Ich denke, es ist unrealistisch wieder anzupeilen, dass 4% von unseren Medizinstudentinnen und Medizinstudenten Psychiatrie wählen würden. Auch international stehen wir an einem ähnlichen Punkt wie die meisten anderen Ländern. Wo ich immer sehr kritisch bin, ist die ganze Diskussion gegen aussen an die Öffentlichkeit. Die ist sehr negativ geführt worden; Grabenkämpfe zwischen einzelnen Berufsgruppen in der Öffentlichkeit, die haben das Problem, dass sie eigentlich dem ganzen Bereich schaden. Ich mache relativ viel Öffentlichkeitsarbeit, und ich würde mir wünschen, dass andere das genauso machen würden. Wir alle sollten viel mehr an die Öffentlichkeit, mehr kommunizieren über unsere Arbeit und mehr auch kommunizieren, wie erfüllend die Tätigkeit ist. Ich glaube es gibt kaum einen spannenderen Job als klinische Psychologin oder als Psychiater zu arbeiten. Man sieht so tief in die Leben von ganz unterschiedlichen Menschen rein, kann diese begleiten. Wir haben sehr viel mit chronischen Krankheiten zu tun, aber die Rheumatologie hat das auch und die haben keine Rekrutierungsschwierigkeiten, nur weil sie zu wenig Menschen mit tollen Medikamenten heilen können. Ich denke, eine proaktivere positive Öffentlichkeitsarbeit könnte da viel bewirken, aber wir haben an und für sich gar nicht so wenig Ressourcen und wir müssen uns gesamthaft mehr überlegen als Psychiatrieversorgung wie wir die Ressourcen, die wir haben, optimal einsetzen können.

**punktum:** Sie haben es schon ein wenig erwähnt: der Fachkräftemangel macht Ihnen nur bedingt Sorgen, die pragmatische Lösung wäre «tue Gutes und sprich darüber».

**T. I.:** Der Fachkräftemangel betrifft uns natürlich schon auch. Die Rekrutierung für alle Stellen ist nicht einfach. Dort ist zum Beispiel der Pflegebereich relevant, gerade in anderen Ländern ist die institutionelle Psychiatrieversorgung sehr pflegefokussiert. Wenn man nach England schaut, was die Pflegenden dort von der Versorgung abdecken, ist das in der Schweiz ein sehr kleiner Bereich und bezieht sich sehr auf den stationären Bereich. Und dann wiederum der Bereich Psychiatriespital, und dort vor allem der Privatbereich, aber dort müssten wir auch im Pflegebereich sehr viel aktiver werden und dort auch betonen, wie attraktiv das Gebiet eigentlich ist. Dort müsste man auch die Kompetenzen anschauen. Das ist bei uns sehr

zögerlich, es gibt jetzt den «advanced nurse practitioner», wo man der Pflege mehr Kompetenzen zugesteht. Das finde ich sind wichtige Wege, wo wir wieder mal mit sehr breit abgestützter helvetischer Langsamkeit am Umsetzen sind.

**punktum:** Wieso entscheiden sich wenige Leute für das Fach Psychiatrie? Herr Seifritz sagte in der Puls Sendung, psychische Erkrankungen würden vielen Angst machen. Die psychischen Erkrankungen seien schwierig zu messen, das Erfolgserlebnis bleibe aus. Das klingt in vielen Ohren vielleicht unbefriedigend?

**T. I.:** Ja, man muss dort vom Modell von der Medizinerin, vom Mediziner ausgehen, wo sicher anders strukturiert ist als jemand, der klinische Psychologie wählt. Ich muss immer wieder ein bisschen schmunzeln, wenn ich ein medizinisches Konsil mache, dann rede ich eine Stunde mit den Angehörigen. Nachher im Konsil muss ich immer drei Punkte empfehlen: «Sie müssen 1.), 2.), 3.) machen» – so «Kochbuchwissen» ist ganz wichtig für Mediziner. Und das haben wir in der Psychiatrie eher weniger. Es ist weniger fassbar, es hat eine höhere Komplexität als die reine Medizin und das scheint vielen Menschen, die das Fach wählen, weniger zu entsprechen. Klar ist, dass Geld nicht der Faktor ist. Ich glaube, es wird Wenige geben, die zwischen Orthopädie und Psychiatrie entscheiden und sich nachher für Orthopädie entscheiden, weil man dort viel mehr verdient. Sondern die meisten Personen, die Psychiatrie anschauen, werden Hausarztmedizin anschauen, vielleicht Pädiatrie, alles Gebiete, wo man eine ähnliche Entlohnung hat. Geld ist in unserer Gesellschaft ein wichtiger Faktor, aber es gibt wenig Psychiaterinnen und Psychiater, die am Hungertuch nagen und ich denke, es ist nicht der motivierende Faktor für diese Menschen.

**punktum:** Sie haben in Ihrer Arbeit viele Erfahrungen mit psychologischen PsychotherapeutInnen machen können, die nicht mehr in Ausbildung waren. Hatten Sie, auch im Austausch mit anderen Psychiatern, je den Eindruck, dass eidgenössisch anerkannte, also ausgebildete psychologische Psychotherapeuten komplexe Fragestellungen und psychisch schwer erkrankte Patienten nicht gut behandeln konnten?

**T. I.:** Das ist etwas, wo ich wiederum nicht berufsgruppenspezifisch sehen würde, sondern individuell. Es gibt in allen Berufsgruppen Personen, die ein sehr breites Spektrum haben und es gibt Personen, die klar spezialisiert sind. Ich kenne auch ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die wiederum sehr pharmakologisch sind, wenig Psychotherapiewissen haben, Gesprächsführung nicht ihre Stärke ist oder auch Sozialversicherungsrecht und Auswirkungen im Bereich Arbeitsfähigkeit kein Thema ist. Ich würde mir sicher wünschen, dass alle Ausbildungen einfach breit sind. Eben ich glaube, das biopsychosoziale Spektrum das müssen heute alle Berufsgruppen abdecken. Wenn man Betroffene fragt: «was ist Ihnen am Wichtigsten»? Dann hört man praktisch ausnahmslos: «den Job zu behalten trotz psychischer Belastung». Leider erlebe ich oft, dass der Bereich Arbeit in der Psychotherapie kein Thema ist. Er kommt im Therapiemanual praktisch nicht vor. Dass man Symptome im Hobbybereich aber nicht in der Arbeitstätigkeit erfragt, was für die meisten Leute recht zentral ist! Ich wünschte mir dort generell eine Ausweitung und ich denke auch Notfallkompetenzen könnten noch stärker entwickelt werden. Ich höre von unseren Mitarbeitenden von allen Fachgruppen immer wieder wie wichtig es ist, dass man Erfahrung hat, wie es mit jemandem hochsuizidalem, mit jemandem fremdgefährdendem, mit jemandem akutpsychotischem ist,

dass man sich dort im Umgang sicher fühlt. Und dort erlebe ich auch eine gewisse Stigmatisierung von uns selber in Bezug auf Krankheitsbilder. Es gibt ganz viele Personen, die einen Schwerpunkt haben auf depressive Erkrankungen, Angsterkrankungen, ADHS ist relativ beliebt. Es gibt relativ wenig Personen von uns, die sagen: «Ich arbeite eigentlich gerne mit Menschen, die eine erweiterte Wahrnehmung haben, die psychotisch erleben.» Dasselbe gilt für den Bereich der Komplementärmedizin.

### **Andere Länder, andere Sitten**

**punktum:** Sie haben auch viel Berufserfahrung im Ausland, sind international gut vernetzt. Was könnte die Schweiz von diesen Ländern lernen in der guten interdisziplinären Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Psychiatrie und psychologischer Psychotherapie?

**T. I.:** Es gibt Länder, die sehr verstanden haben, dass wenn man Menschen mit einer psychischen Belastung begleiten will, es in der Regel ein Netzwerk braucht, welches diese Leute trägt. Ein Teil dieses Netzwerks ist fachlich und ein Teil des Netzwerks, wo dann immer grösser werden sollte, sollte das private Netzwerk sein. Also das heisst, in der Regel eine Person unterstützen zu wollen, mit einer psychischen Belastung, ist ein schwieriges Unterfangen. Und es sollte immer der Teamgedanke sein. Ich finde das machen andere Länder systematisch besser. Das sind skandinavische Länder, das ist Holland, das ist England und Neuseeland, bei denen das sehr im Versorgungssystem integriert ist. Bei uns erlebe ich den Schwerpunkt sehr auf der Einzeltherapie und das auch wiederum in allen Berufsgruppen. Ich bin selber auch Gutachter gewesen, habe dort leider auch immer wieder Menschen gesehen, die über lange Zeit nicht gesundet sind. Und ich bin immer wieder erstaunt, dass man nicht probiert das Netzwerk vom Hilffsystem zu erweitern, wenn man nicht weiterkommt. Ich denke, dort könnte man sehr viel lernen. Ich finde, die Kompetenzregelung in der Schweiz ist eher konservativ ausgelegt. Wir haben verschiedenste Berufsgruppen mit sehr viel Wissen und man darf und sollte diesen Leuten auch mehr Verantwortung geben.

### **Anordnungsmodell**

**punktum:** Was wären in Ihren Augen positiven Nebeneffekte des Anordnungsmodells?

**T. I.:** Ich würde mir wünschen, dass Psychotherapie niederschwelliger würde und breiter in der Bevölkerung und dass sich Menschen auch schneller Hilfe holen könnten. Es ist immer noch so, dass sehr viele Leute sehr lang warten, bis sie sich Hilfe holen. Beim Pro Mente Sana Beratungstelefon ist einer der Hauptpunkte: «jetzt habe ich mich endlich entschieden, ich will Hilfe und es ist so ein Dschungel jemanden zu finden». Obwohl wir ja weltweit gesehen fast am meisten Ressourcen haben, ist ein Psychotherapieplatz zu finden immer noch hochanspruchsvoll. Und da reden wir von der Stadt Zürich, da reden wir noch nicht vom Berner Oberland, wo das ein relativ schwieriges Unterfangen ist. Das andere, was ich mir wünsche, ist, eine engere Zusammenarbeit von der hausärztlichen Versorgung mit der psychologisch-psychiatrischen Versorgung. Für die Grundversorgung psychische Gesundheit fühlt sich in Holland oder England der Hausarzt oder die Hausärztin zuständig. Diese arbeiten

in der Regel in einem Team von Therapeuten zusammen. Und ich glaube das Modell wird bei uns auch mehr kommen mit dem Anordnungsmodell. Dass diese Allianz eigentlich gestärkt wird, das finde ich sinnvoll.

**punktum:** In welchen Bereichen sind Sie skeptisch?

**T. I.:** Ich sehe bei uns im Berner Oberland, aber das wird sich in anderen Regionen ähnlich zeigen, einen Generationenunterschied bei den Hausärztinnen und Hausärzten. Die früheren Hausärztinnen und Hausärzte, die haben sich ganzheitlich zuständig gefühlt. Und die jüngere Generation greift paradoxerweise sehr rasch zum Konsilblock. Alles was psychologisch, psychiatrisch, seelisch ist, ist nicht ihr Kompetenzbereich. Weil die Anordnung einfacher ist, wird automatisch überwiesen. Wenn man aber die Personen fragt, sagen diese «für diese Schlafstörung, die ich habe, möchte ich eigentlich von meiner Hausärztin behandelt werden, die mich seit 20 Jahren kennt, da möchte ich nicht gerade innerhalb von zwei Minuten an jemand anderen verwiesen werden. Oder wenn, dann möchte ich selber wählen können, welchen Weg ich gehen würde».

**punktum:** Wie können die beiden Seiten (PsychologInnen und PsychiaterInnen) auch nach der Krise wieder näher zueinander rücken? In der COVID-19 Krise konnte beobachtet werden, wie sich Psychiater für die delegierten PsychotherapeutInnen eingesetzt haben.

**T. I.:** Ich bin da eigentlich optimistisch, indem ich denke, «doch da hat tatsächlich etwas neues angefangen». Es hat Menschen wie auf einer anderen Ebene erreicht, wo das vorher für viele eher so eine abstraktere Diskussion war und auch eine finanziell sehr gelenkte Diskussion, wo es um Angst und Macht ging. Jetzt in der Krise hat man trotzdem gemerkt, wie das eigentlich ist. Das hat auch Türen geöffnet. Von daher gehe ich davon aus, dass es nicht einfach wieder zurück geht. Es geht dort auch um Machtverhältnisse innerhalb der Fachgesellschaften, wo sich jetzt ein vorher vielleicht eher schweigender Teil zu Wort gemeldet hat - und nicht ein anderer Teil einfach seine Meinung geändert hat. Sondern es hat doch Personen bewogen, mal so offensichtlich die Diskrimination zu sehen – das hat Menschen bewogen, zu reden.

**Nachtrag von T.I.:**

Ich wäre eigentlich persönlich nicht fürs Anordnungsmodell, ich bin für einen direkten Zugang über die Grundversicherung analog zu FachärztInnen. Ich habe auch beim Anordnungsmodell den Eindruck, dass die Hemmschwelle über einen anordnenden Arzt (zB PsychiaterInnen, HausärztInnen) zu gehen, bei uns weiterhin relativ hoch ist. Und so wie die heutige Hausarztmedizin funktioniert mit diesen Zehnminutenterminen, wo man ein Thema besprechen darf, verhindert auch, dass wenn ich mit dem Kopfweh hingehere, nachher darüber reden kann, dass ich einen Partnerschaftskonflikt habe und dort Unterstützung möchte. Das macht es, finde ich, sehr schwierig. Ich war eigentlich für eine andere Lösung.



*Thomas Ihde ist seit 2007 Chefarzt der Psychiatrie der Spitäler fmi AG im Berner Oberland und Stiftungspräsident der Pro Mente Sana. Es schreibt zudem regelmässig Kolumnen und Ratgeber für den Beobachter. Als Hobby leitet er achtsamkeitsbasierte Wüstentrekking im Oman.*

*Das Interview führte Valeska Beutel, Leiterin Berufspolitik SBAP.*