

BPTK-Zukunft

MEHR ZEIT UND MEHR PSYCHOTHERAPIE BPTK-PRÜFSTEINE FÜR EINE MODERNE PSYCHIATRIE

Eine Information für angestellte Psychotherapeut*innen in den Kliniken

Inhaltsverzeichnis

Die Zukunft der Psychiatrie – Interview mit BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz.....	3
Die neue PPP-Richtlinie mit veralteten Inhalten.....	4
Politische Historie.....	4
Der Gemeinsame Bundesausschuss.....	4
Patient*innen und Behandlungsbereiche.....	5
Behandlungszeiten und Minutenwerte.....	5
Psychiatrie-Personalverordnung.....	5
BPTK: Mehr Zeit und mehr Psychotherapie in der stationären Versorgung.....	6
Gesetzgeber verlangt Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen.....	7
BPTK: „Bettenbezogene Mindestvorgaben“.....	7
Psychotherapie und Berufsgruppen.....	7
BPTK: Kompetenz- und Aufgabenprofil von Psychotherapeut*innen.....	7
Psychotherapeut*innen in Leitungsfunktionen.....	8
Überprüfung der Personalausstattung.....	8
Notwendige Nachbesserungen.....	8
Gesetzgeber.....	8
Selbstverpflichtung des G-BA.....	8
Das Modell der Ärzte-Allianz („Plattform-Modell“)... ..	9
BPTK-Einschätzung.....	10
Patientengruppen.....	10
Rolle der Psychotherapeut*innen.....	10
Stellenwert der Psychotherapie.....	10
Überprüfung der Personalausstattung.....	10
Fazit: Warum kann die Psychiatrie nicht so bleiben, wie sie ist?.....	11
BPTK-Prüfsteine für eine moderne Psychiatrie.....	11
BPTK-Einschätzung: Krankenhausdienste.....	12
Impressum.....	13

Die Zukunft der Psychiatrie – Interview mit BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz

Warum sind mehr psychotherapeutische Ressourcen in der Psychiatrie so notwendig?

Die Patient*innen in den Kliniken könnten erheblich besser versorgt werden. Patient*innen erhalten heute häufig zu wenig oder gar keine psychotherapeutischen Gespräche während ihrer stationären Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie, obwohl Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen als Behandlung indiziert ist, allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie. Vor allem Patient*innen mit psychotischen Erkrankungen bekommen in den meisten Kliniken keine leitliniengerechte Behandlung. Obwohl längst wissenschaftlich erwiesen ist, dass Psychotherapie auch bei dieser Erkrankung wirksam ist, begegnet uns noch viel zu häufig die Überzeugung, dass Psychosen, vor allem im akuten Stadium, vornehmlich mit Pharmakotherapie behandelt werden müssten. Aber auch beim Einsatz von Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie oder bei chronischen Depressionen hinkt die Realität in den Kliniken den Empfehlungen von Leitlinien in der Regel weit hinterher. Oft gibt es zwar einzelne Stationen, auf denen ein intensiveres Psychotherapieprogramm angeboten wird, auf den übrigen Stationen sind Psychotherapie oder Psychotherapeut*innen aber Mangelware.

Wie könnten sich Kriseninterventionen, Akutstationen oder auch der Stellenwert der Pharmakotherapie durch mehr Psychotherapeut*innen verändern?

Mehr psychotherapeutische Ressourcen erlauben nicht nur mehr Psychotherapie im engeren Sinne, also 25- bis 50-minütige Sitzungen Einzelpsychotherapie, sondern auch mehr Zeit für psychotherapeutische Kurzkontakte zum Beziehungsaufbau und für Kriseninterventionen. Psychotherapeut*innen müssen endlich auf jeder Station eine Selbstverständlichkeit sein. Auf Akutstationen, auf denen man häufig auch mit drohender Eigen- oder Fremdgefährdung konfrontiert ist, können Psychotherapeut*innen mit ihren Kompetenzen in Zusammenarbeit mit dem Stationsteam maßgeblich zur Gestaltung eines guten Stationsmilieus beitragen, das auf Deeskalation und die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist. Zwangsmaßnahmen sind zwar manchmal nicht vermeidbar, könnten aber deutlich seltener notwendig sein. Psychotherapeut*innen könnten Patient*innen und Mitarbeiter*innen unterstützen, diese belastenden und manchmal auch traumatisierenden Konflikte besser zu verarbeiten und künftig zu vermeiden. So wäre es auch möglich, Psychotherapie neben der Pharmakotherapie zum Standard der stationären Versorgung zu machen.

Wie stellen Sie sich die künftige Kooperation zwischen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen vor?

Psychotherapeut*innen können wie Ärzt*innen aufgrund ihres Kompetenzprofils Behandlungsverantwortung in Kliniken übernehmen. Für eine gute Versorgung brauchen wir beide Kompetenzprofile und eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen, das heißt

kooperative Stationsleitungen, bei denen eine Oberärzt*in mit einer „Oberpsychotherapeut*in“ zusammenarbeitet, die weisungsberechtigt in ihrem Bereich ist. Hierfür ergänzen sich die Profile beider Berufe ausgezeichnet.

Der Schwerpunkt der ärztlichen Ausbildung liegt auf der somatischen Versorgung und Behandlung von Erkrankungen, einschließlich der Pharmakotherapie. Die psychotherapeutische Qualifizierung während des Studiums ist bei den Psychiater*innen nicht so umfangreich wie bei den Psychotherapeut*innen und erfolgt im Kern erst in der Psychiatrie. Psychotherapeut*innen hingegen spezialisieren sich schon während ihres Studiums für die psychotherapeutische Behandlung und vertiefen dieses Wissen in der heutigen Aus- bzw. zukünftigen Weiterbildung. Beide Berufsgruppen können deshalb voneinander lernen und im Interesse der Patient*innen ihr jeweiliges Wissen für eine bessere Versorgung einbringen. In vielen Kliniken ist eine wertschätzende Kollegialität schon längst gelebte Realität. Nach meiner Erfahrung ist eine von gegenseitigem Respekt getragene Kooperation möglich. Diese braucht als Fundament allerdings künftig auch Strukturen, die die Gleichberechtigung der beiden Berufsgruppen ausdrücken. Ob die Wertschätzung der ärztlichen Kolleg*innen so weit geht, lässt sich leicht mit der Frage testen, ob eine kooperative Stationsleitung vorstellbar ist.

Wie verändert die künftige Weiterbildung der Psychotherapeut*innen die Kliniken?

Wer künftig Fachpsychotherapeut*in werden möchte, muss sich dafür voraussichtlich für mindestens zwei Jahre weiterbilden. Die Landesgesetze verlangen, dass diese Weiterbildung unter Leitung einer persönlich und fachlich befähigten Psychotherapeut*in durchgeführt wird, die weisungsberechtigt ist. Das heißt, künftig arbeiten in den Kliniken Psychotherapeut*innen in Leitungsfunktionen. Dadurch werden sich die Organisationsstrukturen weiter verändern. Kooperative Leitungsstrukturen drängen sich geradezu auf.

Was heißt das insgesamt für die Krankenhausorganisation?

In einem Satz? Psychotherapeut*innen werden gleichberechtigte Behandler*innen in den Kliniken.

Lässt sich diese grundlegende Strukturänderung gemeinsam mit Ärzt*innen gestalten?

Ich würde es mir jedenfalls wünschen. Die heutigen Strukturen vieler Kliniken sind schlichtweg überholt. Ein modernes Krankenhaus, das gut versorgt ist, ist auf Kooperation und Teamgeist geradezu angewiesen. In den Kliniken wissen das bereits viele ärztliche Kolleg*innen. Augenhöhe ist dort meist Alltag. Ob die ärztlichen Standespolitiker*innen diesen Prozess der gemeinsamen Versorgung und Verantwortung mitgestalten, ist nicht ganz so sicher. Viele präsentieren sich immer noch als erbitterte Verteidi-

ger überholter Privilegien. Berufspolitisch müssen wir wohl noch Überzeugungsarbeit leisten, aber ich vertraue dabei auf die normative Kraft des Faktischen. Es ist an der Zeit, standespolitisches Denken im Interesse unserer Patient*innen zu überwinden.

Inwieweit verschärft der Ärztemangel in den P-Fächern die berufspolitischen Konflikte?

Psychotherapie in den Kliniken kann sowohl von den Ärzt*innen als auch von den Psychotherapeut*innen übernommen werden. Psychotherapeut*innen leisten heute bereits große Teile der Psychotherapie in den Kliniken, weil Ärzt*innen fehlen oder zunehmend fremdsprachige Ärzt*innen tätig sind, denen die sprachlichen Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung fehlen. Der Personalmangel ist bereits so groß, dass er auf Dauer die stationäre Versorgung von psychisch kranken Men-

schen ernsthaft gefährdet. Die Kliniken brauchen dringend Psychotherapeut*innen mit Behandlungsverantwortung und in Leitungsfunktionen.

Die Kompetenzen der Psychotherapeut*innen weiter nur begrenzt einzusetzen, ist unverantwortlich und liegt auch nicht im Interesse unserer ärztlichen Kolleg*innen. Solange Ärzt*innen weiterhin allein für die Aufnahme und Entlassung der Patient*innen zuständig sind, wird ihnen außer für Visiten und Entlassungsberichte nicht viel Zeit für die psychotherapeutische Behandlung bleiben. Durch eine gleichberechtigte Übernahme dieser Aufgaben durch Psychotherapeut*innen – mit Ausnahme der somatischen Diagnostik und Behandlung einschließlich der Pharmakotherapie – ließen sich hingegen Ressourcen für Psychotherapie auch durch Ärzt*innen gewinnen.

Die neue PPP-Richtlinie mit veralteten Inhalten

Politische Historie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde mit der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und dem damit verbundenen Auslaufen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vom Gesetzgeber beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie, kurz: PPP-Richtlinie) zu beschließen (§ 136a SGB V).

Bei der Entwicklung der Mindestvorgaben sollte sich der G-BA insbesondere daran orientieren, wie viel Personal für eine leitliniengerechte Behandlung erforderlich ist. Soweit sich die Personalvorgaben nicht aus S3-Leitlinien ableiten ließen, sollten sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auch auf externe Expertise – gestützt werden. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hatte der G-BA zudem die Anforderungen der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen – insbesondere auch in Bezug auf die Berufsgruppen – sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung zu berücksichtigen.

Die PPP-Richtlinie ist zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Das Ergebnis blieb weit hinter den Erwartungen zurück. Dem G-BA gelang trotz fünfjähriger Beratungen praktisch nicht viel mehr, als die Personalstandards der Psych-PV mit nur geringfügigen Änderungen zu verlängern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Die Regeln des deutschen Gesundheitssystems werden nicht allein zum Beispiel durch Gesetze des Bundes oder Verordnungen des Bundesgesundheitsministeriums festgelegt, sondern auch durch Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), einer eigenständigen Verwaltung der Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, auch „gemeinsame Selbstverwaltung“ genannt. Als „kleiner Gesetzgeber“ regelt der G-BA mit seinen Richtlinien, welche Leistungen die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt. Der G-BA legt zudem die Qualitätsstandards im Krankenhaus fest. Hierzu zählt auch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie).

In allen Gremien des G-BA sind Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen und der Leistungserbringer*innen – Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen, Vertragszahnärzt*innen und Krankenhäuser – auf der anderen Seite. Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen werden im G-BA durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten. Zudem sind Vertreter*innen der Patient*innen in allen Gremien eingebunden, sie haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht. Das „Gemeinsame“ der Selbstverwaltung hat also noch seine Grenzen.

Die Entscheidungen des G-BA werden im „Plenum“ getroffen. Vorbereitet werden diese Entscheidungen von themenbezogenen „Unterausschüssen“ – im Fall der PPP-Richtlinie dem Unterausschuss Qualitäts-

sicherung. Die Entscheidungsvorlagen der Unterausschüsse wiederum werden von „Arbeitsgruppen“ fachlich vorbereitet.

Im Unterausschuss Qualitätssicherung, in dessen Zuständigkeit die PPP-Richtlinie fällt, hat neben der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat auch die Bundespsychotherapeutenkammer als „Beteiligte“ ein Mitberatungs-, aber – das ist wichtig – kein Antrags- und Stimmrecht. Das bedeutet, dass die Bundespsychotherapeutenkammer zwar Vorschläge in die Beratungen einbringen kann und die Vorschläge der anderen Parteien mitberaten darf. Doch am Ende darf sie nicht mit abstimmen und entscheiden, welche Vorschläge übernommen werden.

In der „Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“ (AG PPP) hat deshalb auch die Bundespsychotherapeutenkammer mitgearbeitet. Für die konkrete Ausgestaltung der PPP-Richtlinie waren im Plenum am Ende aber nur die Stimmen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses entscheidend.

Patient*innen und Behandlungsbereiche

Bis auf die „Rehabilitative Behandlung“ wurden alle Behandlungsbereiche der Psych-PV in die PPP-Richtlinie übernommen. Ein eigener Behandlungsbereich „Psychosomatik“ wurde ergänzt, da die Mindestvorgaben auch für psychosomatische Kliniken gelten sollen.

Eine Weiterentwicklung des „Patienten-Klassifikationssystems“, das heißt der Einteilung der Patient*innen in Gruppen mit gleichem Behandlungsbedarf, das den heutigen Anforderungen an die Versorgung entspricht, hat nicht stattgefunden. Dabei ist unstrittig, dass die Einteilung der Psychiatrie in Allgemeinpsychiatrie, Geronto-

psychiatrie und Suchtpsychiatrie überholt ist und nicht mehr den Patientengruppen und ihrer unterschiedlichen Behandlung entspricht.

Ebenso unterscheidet die Psych-PV und damit auch die PPP-Richtlinie noch schlicht Regelbehandlung, Intensivbehandlung et cetera. Diese Unterscheidung ist vor allem durch die Behandlung auf der Station geprägt. Sie berücksichtigt nicht die Weiterentwicklungen in Richtung einer flexibleren, durchlässigeren Versorgung mit Ambulanzen und Tageskliniken. Wer die PPP-Richtlinie liest, bekommt den Eindruck, dass der G-BA die seit mehr als einem Jahrzehnt bestehende Notlage nicht zur Kenntnis genommen hat.

Behandlungszeiten und Minutenwerte

Die Zeit, die für jede Patient*in zur Verfügung stehen soll und die die Grundlage für die Ermittlung des Personalbedarfs bildet, wurde geringfügig erhöht. So wurden die Pflegeminuten für die Intensivbehandlung um 10 Prozent erhöht und die Minutenwerte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über alle Berufsgruppen um 5 Prozent.

In der „psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe“ wurden die Minutenwerte so erhöht, dass jede Patient*in in der Erwachsenenpsychiatrie – rein rechnerisch – 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten kann. Das ist zwar mehr als die 29 Minuten pro Patient*in und Woche, die laut Psych-PV in der Regelbehandlung pro Woche und Patient*in möglich waren. Es ist aber immer noch weitaus weniger, als von Fachexpert*innen für notwendig gehalten wird. Selbst in der ambulanten Behandlung erhalten Patient*innen in der Regel mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. In den psychiatrischen Krankenhäusern, die gerade eine intensivere Behandlung von psychisch kranken Menschen ermöglichen sollen, bleibt damit die Versorgung weiterhin unzureichend.

Psychiatrie-Personalverordnung

Historie

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die 1991 in Kraft getreten ist, war ein Meilenstein auf dem Weg von einer Verwehr- zu einer Behandlungspsychiatrie. Erstmals gab es Personalstandards für die psychiatrischen Kliniken, die sich an den diagnostischen und therapeutischen Merkmalen der Patient*innen orientierten. In der Psych-PV wird beschrieben, wer welche Tätigkeiten in der Patientenversorgung übernimmt. Dafür werden „Tätigkeitsprofile“ für die verschiedenen Berufsgruppen festgelegt. Außerdem werden die Patient*innen „Behandlungsbereichen“ zugeordnet. Für jeden Behandlungsbereich und jede Berufsgruppe wird die Arbeitszeit in Minuten je Patient*in und Woche festgelegt. Die Minutenwerte werden in Personalstellen umgerechnet.

Warum kann man die Patientenklassifikation der Psych-PV nicht übernehmen?

Die Psych-PV beruht auf einer überholten Einteilung in Teilgebiete (Allgemein-, Geronto-, Sucht- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie verschiedene Behandlungsbereiche (zum Beispiel Regel- und Intensivbehandlung). Die Einteilung in Allgemein-, Geronto- und Suchtpsychiatrie entspricht häufig nicht mehr den Strukturen in den Kliniken. Viele Kliniken haben keine eigenen Suchtabteilungen mehr und Patient*innen über 65 Jahre werden nicht mehr automatisch in der Gerontopsychiatrie behandelt.

Von den Behandlungsbereichen der Psych-PV werden meist nur noch die Regel- und Intensivbehandlung für die Einstufung der Patient*innen genutzt. „Rehabilitative Behandlung“ oder „langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ wird kaum noch angeboten.

Ein weiterer gravierender Mangel der Psych-PV ist, dass sie alle Möglichkeiten flexibler Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor nicht kennt, das heißt, dass sie neue Formen teilstationärer und ambulanter Behandlung nicht erfasst. Außerdem berücksichtigt sie nicht die Psychosomatik.

Warum sind die Minutenwerte so niedrig?

Die Personalausstattung der Psych-PV beruht auf Konzepten der 1980er Jahre. Die medizinischen, therapeutischen und versorgungspolitischen Entwicklungen der letzten drei Jahrzehnte, die den Personalbedarf erheblich veränderten und vergrößerten, sind nicht berücksichtigt. In fast allen evidenzbasierten S3-Leitlinien für psychisch kranke Erwachsene stellt die Psychotherapie – in der Regel kombiniert mit einer Pharmakotherapie – den Standard dar. Die Minutenwerte der Psych-PV wurden aber nie entsprechend der gestiegenen Personalanforderungen erhöht. Auch an Aufklärung und Information der Patient*innen („Shared Decision Making“) werden heute andere Anforderungen gestellt als noch vor 30 Jahren. Schließlich sind die zeitlichen Anforderungen an Qualitätssicherung und Dokumentation deutlich gestiegen.

Die 50-Minuten Einzels psychotherapie pro Woche sind deshalb ein „rein rechnerischer“ Wert, weil pro Berufsgruppe die Minuten für alle Tätigkeiten pro Woche und Patient*in gezählt werden. Dazu gehören aber nicht nur die Behandlungszeiten mit der Patient*in, sondern auch die Zeiten, die für Dokumentation, organisatorische Aufgaben sowie anteilig für unter anderem Visiten, Teambesprechungen, Supervision anfallen. Auch ist nicht vorgegeben, dass die 50 Minuten als psychotherapeutisches Einzelgespräch oder in kürzeren Einheiten oder psychotherapeutischen Kriseninterventionen bei den Patient*innen ankommen. Damit ist nicht einmal sichergestellt, dass eine Patient*in in einem psychiatrischen Krankenhaus auch nur die 50 Minuten Psychotherapie erhält, die im ambulanten Bereich der Regelfall sind.

Die neue PPP-Richtlinie ignoriert außerdem das Kompetenzprofil der Psychotherapeut*innen. Entsprechend der veralteten Psych-PV soll die Patientenbehandlung in psychiatrischen Kliniken nach wie vor zu einem weit größeren Anteil von „Ärzt*innen“ als von „Psycholog*innen“ übernommen werden. Die ärztliche Berufsgruppe bekommt deutlich mehr Minuten pro Patient*in und Woche zugeteilt, insbesondere für alle Tätigkeiten bei der Aufnahme und Entlassung von Patient*innen sowie für die Behandlungsführung.

Das ärztliche Übergewicht in der Patientenbehandlung ist inzwischen allerdings vielfach standespolitisches Wunschdenken und längst nicht mehr Realität. Tatsächlich übernehmen Psychotherapeut*innen heute häufig einen größeren Teil der Patientenversorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern als ihre ärztlichen Kolleg*innen – mit Ausnahme der somato-medizinischen Versorgung. Dieses Verhältnis muss sich vor dem Hintergrund des grundsätzlich anderen Kompetenzprofils der

heutigen „Psychotherapeut*innen“ im Vergleich zu den „Psycholog*innen“ vor 40 Jahren auch in den Minutenwerten für die Personalvorgaben wiederfinden.

BPTK: Mehr Zeit und mehr Psychotherapie in der stationären Versorgung

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag müssen die Minutenwerte für Psychotherapie gegenüber den Minutenwerten der PPP-Richtlinie substanziell erhöht werden. Nur so kann eine leitlinienorientierte Versorgung insbesondere in psychiatrischen Krankenhäusern gewährleistet werden.

Aus Sicht der BPTK müssen die Personalvorgaben in den verschiedenen Behandlungsbereichen pro Patient*in und Woche durchschnittlich mindestens 100 Minuten Einzels psychotherapie sowie 180 Minuten Gruppenpsychotherapie ermöglichen. Dabei sind diese Minutenwerte als rechnerische Größe zu verstehen. Umfang und Frequenz der einzelnen psychotherapeutischen Interventionen sind jeweils an den individuellen Bedarf der Patient*in anzupassen. Bei Bedarf können sie zum Beispiel auch in mehreren kürzeren Einzelgesprächen, als psychotherapeutische Krisenintervention oder Gruppenpsychotherapie in Kleingruppen erbracht werden. Eine moderne stationäre Versorgung, die Zwang und Gewalt so weit wie möglich vermeidet, benötigt mehr psychotherapeutische Ressourcen.

Gesetzgeber verlangt Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen

Auch der Gesetzgeber war über die neue PPP-Richtlinie des G-BA verärgert: Er hat dem G-BA deshalb postwendend einen neuen gesetzlichen Auftrag erteilt: Innerhalb eines Jahres (bis zum 1. Januar 2021) soll er die PPP-Richtlinie um „bettenbezogene Mindestvorgaben“ für Psychotherapeut*innen je Krankenhausbett ergänzen (§ 136a Absatz 2 Satz 7 SGB V). Damit sind ausdrücklich Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gemeint. Deutlicher hätte der Gesetzgeber nicht rügen können.

Auch der Gesetzgeber sieht den strukturellen Mangel an Psychotherapie insbesondere in psychiatrischen Kliniken. Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht in diesem Auftrag eine große Chance, Psychotherapie und Psychotherapeut*innen in den psychiatrischen Kliniken zu stärken. Sie setzt sich deshalb in den Beratungen des G-BA dafür ein, dass der gesetzliche Auftrag fristgerecht umgesetzt wird und hat hierfür konkrete Vorschläge eingebracht.

BPTK: „Bettenbezogene Mindestvorgaben“

Der Grundgedanke des Gesetzgebers war unmittelbar einleuchtend: In jedem Krankenhausbett liegt eine psychisch kranke Patient*in, die Behandlung und damit auch Psychotherapie benötigt. Allerdings ist Patient*in nicht gleich Patient*in. Patient*innen können sehr unterschiedlich schwer erkrankt sein. Mit der Zahl der schwer kranken Patient*innen kann der Behandlungs- und Personalbedarf erheblich steigen. Deshalb hält auch die Bundespsychotherapeutenkammer es fachlich für besser, den Bedarf an Psychotherapeut*innen nach der Schwere der Erkrankungen zu ermitteln. Sie schlägt deshalb vor, die Maßgabe „je Bett“ aus dem gesetzlichen Auftrag zu streichen, aber an den Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen festzuhalten. Damit soll sichergestellt werden, dass es im Bereich der Psychotherapie zu substanziellen Verbesserungen kommt.

Vor allem Ärzt*innen kritisieren eine „Sonderlösung“ für Psychotherapeut*innen. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert jedoch ausdrücklich mehr Psychotherapie. Dieses Mehr kann durch Ärzt*innen oder durch Psychotherapeut*innen erbracht werden. An der grundsätzlichen Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ hat sich mit der neuen PPP-Richtlinie nichts geändert und soll es nach Ansicht der Bundespsychotherapeutenkammer auch in Zukunft nicht.

Psychotherapie und Berufsgruppen

Die Berufsgruppen sowie die Tätigkeitsprofile wurden nahezu unverändert aus der Psych-PV übernommen. Die Oberkategorie „Psycholog*innen“ blieb, sie wurde lediglich um die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ergänzt. Die Regelaufgaben wurden nicht angepasst.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hält dies für eine inakzeptable Entwertung eines akademischen Heilberufs: Weder ist es sachgerecht, approbierte Psychotherapeut*innen unter der Berufsgruppe „Psycholog*innen“ zu subsummieren noch für Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen dieselben Regelaufgaben zu definieren.

BPTK: Kompetenz- und Aufgabenprofil von Psychotherapeut*innen

Das Kompetenz- und Aufgabenprofil der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen unterscheidet sich grundlegend von dem der „Psycholog*in“, das noch aus den Anfängen der Psych-PV stammt.

Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen erwerben im Gegensatz zu Psycholog*innen nach einem Studium und einer drei- bis fünfjährigen Ausbildung eine Approbation und sind Angehörige eines akademischen Heilberufs. Psychotherapeut*innen werden während ihrer Ausbildung umfassend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen qualifiziert. In der ambulanten Versorgung haben sie Facharztstatus und übernehmen eigenverantwortlich die Behandlung ihrer Patient*innen. Sie haben die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation sowie zur Verordnung von Krankenfahrten und zur Einweisung in das Krankenhaus. Mit Inkrafttreten des reformierten Psychotherapeutengesetzes im September 2020 erhalten sie zudem die Befugnisse zur Verordnung von Ergotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Die Übertragung dieser Kompetenzen auf die Vertragspsychotherapeut*innen ist ein Beleg für das umfassende Kompetenzprofil dieser Berufsgruppe. Die Übernahme der Behandlungsführung und -verantwortung durch Psychotherapeut*innen muss nach zwei Jahrzehnten auch in der stationären Versorgung nachvollzogen werden und in den Tätigkeitsprofilen dieser Berufsgruppe kodifiziert werden. De facto wäre die stationäre Versorgung längst gefährdet, wenn Psychotherapeut*innen nicht auch Behandlungsführung und Verantwortung übernehmen würden.

Psychotherapeut*innen in Leitungsfunktionen

Wenn Psychotherapeut*innen die Behandlungsführung und -verantwortung in den Krankenhäusern übernehmen, muss sich dies auch in den Organisationsstrukturen des Krankenhauses abbilden. Analog der Oberärzt*innen muss es entsprechende Psychotherapeut*innen auf Oberarzt-niveau geben, die eine Station oder Abteilung leiten und die organisatorische und fachliche Aufsicht übernehmen. Sichergestellt werden muss dabei, dass diejenigen somatischen Kompetenzen, die den Psychotherapeut*innen fehlen, ärztlich abgedeckt werden. In den Kliniken sind kooperative Leitungsmodelle vielerorts längst Realität. Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen arbeiten dort schon auf Augenhöhe zusammen und ergänzen sich mit ihren unterschiedlichen Fachkompetenzen, zum Beispiel bei der Patientenaufnahme oder in Visiten.

Auch aus anderen Gründen werden sich die Klinikstrukturen ändern. In naher Zukunft werden dort Psychotherapeut*innen arbeiten, die für die Weiterbildung ihrer Kolleg*innen verantwortlich sind. Diese „Weiterbildungsbefugte*“ ist Beschäftigte* der Klinik und leitet dort ihre Kolleg*innen in Weiterbildung an. Gleichzeitig sind aber die Versorgungsaufgaben dieser Kolleg*innen von der Leitung einer Station oder Abteilung zu verantworten. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, bietet es sich deshalb an, dass die „Weiterbildungsbefugte*“ gleichzeitig auch die Leitung einer Station oder Abteilung übernimmt.

Schließlich erhält die Frage der Personalentwicklung und -bindung auch bei Psychotherapeut*innen immer entscheidendere Bedeutung. Psychotherapeut*innen sind unersetzlich, um die Patientenversorgung in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu gewährleisten. Ohne sie ist der Ärztemangel in den Kliniken nicht zu kompensieren. Wer aber Psychotherapeut*innen auf Dauer in der stationären Versorgung halten möchte, muss ihnen auch berufliche Perspektiven bieten. Die Übernahme von Leitungsfunktionen gehört hier unbedingt dazu.

Überprüfung der Personalausstattung

Die neue PPP-Richtlinie hat einen wichtigen Fortschritt gebracht: Die Personalausstattung jeder Klinik muss nachgewiesen und daraufhin überprüft werden, ob sie den Mindestvorgaben entspricht.

Ob die Mindestvorgaben eingehalten werden, ist von den Kliniken jeweils für die verschiedenen Berufsgruppen quartalsweise zu ermitteln und nachzuweisen. In einer Übergangszeit von vier Jahren müssen die Einrichtungen zunächst 85 Prozent der Vorgaben erfüllen, dann 90 Prozent und ab dem Jahr 2024 100 Prozent. Dabei sind die Nachweise stations- und monatsbezogen differenziert nach Berufsgruppen zu führen.

Werden die Mindestvorgaben in der gesamten Einrichtung in einem Quartal unterschritten, sind finanzielle Sanktionen vorgesehen. Kleinere wochenweise Abweichungen können über die drei Monate ausgeglichen werden. Das erste Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie bleibt sanktionsfrei, ab dem Jahr 2021 erfolgen Sanktionen, die der G-BA bis zum 30. Juni 2020 beschließen will.

Notwendige Nachbesserungen

Gesetzgeber

Auch dem Gesetzgeber reichte die Fortführung der veralteten Psych-PV als neue PPP-Richtlinie nicht aus. Er erteilte dem G-BA deshalb postwendend einen neuen gesetzlichen Auftrag: Innerhalb eines Jahres (bis zum 1. Januar 2021) soll er die PPP-Richtlinie um „bettenbezogene Mindestvorgaben“ für Psychotherapeut*innen ergänzen. Damit sind ausdrücklich Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gemeint.

Selbstverpflichtung des G-BA

Der G-BA selbst hatte ein schlechtes Gewissen. Deshalb verpflichtete er sich, noch in der Richtlinie weitere konkrete Anpassungen bis zum 1. Januar 2022 vorzunehmen. Neben Mindestvorgaben für die Nachdienste sollen auch die Tätigkeitsprofile von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Abgrenzung zu den Aufgaben der Psycholog*innen definiert werden. Für eine grundlegende Weiterentwicklung, insbesondere von zeitgemäßen und zukunftsorientierten Personalvorgaben, gab er sich allerdings nochmals fünf Jahre Zeit, so viel Zeit, wie er bereits für die jetzige PPP-Richtlinie benötigte. Bis zum 1. Januar 2025 will er diesmal so weit sein.

Das Modell der Ärzte-Allianz („Plattform-Modell“)

Eine Allianz von Ärzteverbänden arbeitete bereits parallel zu den Beratungen der neuen PPP-Richtlinie an einem eigenen Vorschlag, um den Personalbedarf in psychiatrischen Kliniken zu ermitteln.¹ Mit dem Vorschlag ließ sich noch keine einzige Stelle in einer psychiatrischen Klinik berechnen, da wurde er schon als „Plattform-Modell“ der Öffentlichkeit präsentiert.

Psychotherapeutische Fach- oder Berufsverbände waren bei der Entwicklung nicht einbezogen worden, auch die Bundespsychotherapeutenkammer nicht, obwohl es immer wieder Kooperationsangebote von ihrer Seite gab. Wie schon bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung sehen sich viele Standesvertreter*innen der Ärzteschaft durch den psychotherapeutischen Heilberuf bedroht.

Das Modell der Ärzte-Allianz geht über die Ziele der neuen PPP-Richtlinie hinaus. Es soll grundsätzlich ein Instrument sein, eine ausreichende Personalausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu ermitteln. Die PPP-Richtlinie soll dagegen erst einmal die größten Missstände in den Kliniken verhindern. Sie dient der Qualitätssicherung und legt deshalb vor allem Mindeststandards in der Personalausstattung fest.

Ausgangspunkt des Ärzte-Modells ist der individuelle Behandlungsbedarf jeder einzelnen Patient*in, die in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung behandelt wird. Dieser wird anhand von drei als „Dimensionen“ benannten Kriterien beurteilt:

- psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsbedarf und -aufwand:
alle Leistungen, die durch die psychische Symptomatik entstehen, zum Beispiel Psychotherapie und Pharmakotherapie, aber auch Kriseninterventionen bei Suizidalität,
- somatischer Behandlungsbedarf und -aufwand:
somatische Diagnostik und Behandlung, Aufwand für die körperbezogene Versorgung,
- psychosozialer Behandlungsbedarf und -aufwand:
Interventionen, die für die Klärung und Lösung sozialer Probleme (Wohnen, Finanzen, Arbeit, Familie, Schule et cetera) und für die soziale Integration und Teilhabe nach der Entlassung und für den Einbezug des Umfeldes der Patient*in erforderlich sind.

Dabei wird für jedes Kriterium eingeschätzt, ob die Patient*in einen „Regelbedarf“ oder einen „erhöhten Behandlungsbedarf“ hat:

- Regelbedarf:
alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und darüber hinaus erforderlichen Tätigkeiten, die für die Behandlung der Patient*innen in der Regel erforderlich sind,
- erhöhter Behandlungsbedarf:
verknüpft mit einer hohen Frequenz von Kontakten und Gesprächen, kurzfristigen Interventionen aller Berufsgruppen, Anleitung und Begleitung, erhöhtem Pflegeaufwand, erhöhtem Aufwand für Abstimmung, Koordination, Kommunikation sowie Einzelbetreuungsanforderungen.

Hierdurch entstehen acht verschiedene Gruppen von Patient*innen mit unterschiedlichem Behandlungsbedarf. Um die jeweiligen Patientenkategorien zu konkretisieren, wurden drei bis fünf Musterbeispiele aus dem klinischen Alltag (Fallvignetten) definiert, auf deren Basis die Patient*innen von den Behandler*innen den verschiedenen Gruppen zugeordnet werden sollen.

Für jede Berufsgruppe werden neue Tätigkeitsprofile definiert. Hierfür wurden die Regelaufgaben der Psych-PV berücksichtigt und unter Einbezug der Diagnostik und Therapieempfehlungen der evidenzbasierten S3-Leitlinien, von Expertenkonsens und der veränderten Versorgungspraxis weiterentwickelt. Berücksichtigt werden sowohl die direkten Behandlungstätigkeiten an der Patient*in als auch die Tätigkeiten mit indirektem Patientenbezug wie zum Beispiel Dokumentation oder Netzwerkarbeit. Der Personalbedarf einer Klinik ergibt sich – wie auch bei der Psych-PV – aus der Summe des für jede Patient*in einge-

¹ **Unterstützer*innen der Ärzte-Allianz:** Arbeitskreis der Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BAGKJPP), Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAGKT), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie), Verband der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK), Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BFLK), Bundesärztekammer (BÄK), Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e. V. (DAKBT), Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)

schätzten Behandlungsbedarfs und den dahinterliegenden Leistungen der verschiedenen Berufsgruppen.²

Das Modell der Ärzte-Allianz wurde einem ersten Testlauf unterzogen, an dem 120 Expert*innen aus allen Berufsgruppen teilgenommen haben. Damit sollte insbesondere getestet werden, ob sich die Patient*innen den Rastern zuordnen lassen und so der Behandlungsbedarf je Patient*in ermitteln lässt. Die Ergebnisse wurden im Februar 2020 öffentlich vorgestellt.

BPTK-Einschätzung

Patientengruppen

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer lässt dieser Testlauf keinerlei Einschätzung zu, ob sich die Patient*innen nach den vorgeschlagenen Kategorien trennscharf und verlässlich den Gruppen zuordnen lassen. Insbesondere wurde nicht getestet, ob eine Patient*in von verschiedenen Behandler*innen und in verschiedenen Kliniken stets gleich eingeordnet wird. Es ist deshalb vorstellbar, dass bei einer Patient*in mit einer Schizophrenie in Klinik A ein regulärer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf festgestellt wird und in Klinik B ein erhöhter, je nachdem vielleicht, ob die Klinik eine „biologische“ oder auch eine „psychotherapeutische“ Behandlungsphilosophie bei Psychosen hat.

Nach der persönlichen Einschätzung der Expert*innen war die Zuordnung „praktikabel“, sie „gelingt gut“. Die Bundespsychotherapeutenkammer hält aber objektivierbare und im Idealfall evidenzbasierte Kriterien für die Patientenklassifikation für unverzichtbar. Es muss klar sein, nach welchen Kriterien, zum Beispiel Diagnose, psychosoziale Einschränkungen, somatische Komorbiditäten, Patient*innen klassifiziert werden und welcher Leistungsanspruch für sie damit verbunden ist.

Tatsächlich liegt die Zuordnung der Patient*innen im Ärzte-Modell im Ermessen der Behandler*in. Die Grundlage für die Ermittlung des Personalbedarfs bleibt damit eine Ermessensentscheidung. Dazu passt, dass das Ärzte-Modell nicht klarstellt, wer eine Patient*in einstuft: die Ärzt*in, die Pfleger*in oder die Psychotherapeut*in?

Rolle der Psychotherapeut*innen

Das Ärzte-Modell hat bisher weder die Berufsgruppen noch die Tätigkeitsprofile, die der Personalbemessung zugrunde liegen sollen, veröffentlicht. Welche Rolle Psychotherapeut*innen im Ärzte-Modell übernehmen, ist deshalb nicht zu beurteilen.

Für die Bundespsychotherapeutenkammer ist entscheidend, dass Psychotherapeut*innen zukünftig eine eigene Berufsgruppe mit einem eigenen Tätigkeitsprofil darstellen. Das Tätigkeitsprofil der Psychotherapeut*innen muss gemäß ihrem Kompetenzprofil zudem die Behandlungsführung und -verantwortung für die Patient*innen beinhalten. Hierzu zählt auch, dass Psychotherapeut*innen verantwortlich für die Aufnahme und Entlassung der Patient*innen sind. Für die Kooperation mit den ärztlichen Kolleg*innen ist der Bundespsychotherapeutenkammer die beidseitig breite Überschneidung der Kompetenzprofile von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen wichtig.

Stellenwert der Psychotherapie

Das Ärzte-Modell hat ferner nicht veröffentlicht, welche Leistungen der verschiedenen Berufsgruppen in welchem Umfang für die Behandlung der Patient*innen in den verschiedenen Patientengruppen zugrunde gelegt werden.

Entscheidend für die Bundespsychotherapeutenkammer ist, dass die Behandlung bedarfs- und leitliniengerecht erfolgt. In Bezug auf die Psychotherapie heißt das, dass für jede Patient*in in jeder Patientengruppe ausreichende psychotherapeutische Ressourcen zur Verfügung stehen müssen. Diese müssen rechnerisch mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche ermöglichen, aufteilbar in kürzere Einheiten und ergänzt um Gruppenpsychotherapie.

Überprüfung der Personalausstattung

Offen ist zudem, ob mit dem Plattform-Modell überprüfbar ist, welches Personal eine Klinik hat und welche Leistungen damit erbracht werden, sprich, wie die Patient*in versorgt wird.

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer dürfen die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholt werden. Mit der Einführung eines jeden neuen Personalbemessungsinstruments muss auch überprüfbar sein, ob Mindeststandards bei der Personalausstattung eingehalten werden. Jede Klinik muss nachweisen, dass sie das Geld, das sie für ihre Personalausstattung erhält, auch hierfür einsetzt – und damit nicht andere Klinikbereiche quersubventioniert oder Investitionen in die Klinik finanziert.

² Für eine ausführlichere Darstellung des Modells der Ärzte-Allianz siehe Hauth, I., Brückner-Bozetti, P., Heuft, G. et al. Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen. *Nervenarzt* 90, 285–292 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0669-z>

Fazit: Warum kann die Psychiatrie nicht so bleiben, wie sie ist?

- Die Psychiatrie hat zu wenig Personal, um insbesondere die erwachsenen Patient*innen psychotherapeutisch so zu behandeln, wie es aktuelle wissenschaftliche Leitlinien empfehlen. Die Evidenz von Psychotherapie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten so erheblich verändert, dass dies eine grundlegende Modernisierung der psychiatrischen Kliniken verlangt.
- Die PPP-Richtlinie, die seit dem 1. Januar 2020 in Kraft ist, ist alter Wein in neuen Schläuchen: Die neue Richtlinie ist die veraltete Psych-PV mit nur geringfügigen Änderungen. Das klägliche Ergebnis verursachte große öffentliche Empörung. Die Richtlinie nimmt in Kauf, dass Patient*innen weiterhin nicht die Behandlung bekommen, die sie benötigen. Sie ist eine Fortsetzung der psychotherapeutischen Mangelversorgung vor allem in psychiatrischen Krankenhäusern.
- Die Behandlungszeiten für Psychotherapie reichen nach der neuen Richtlinie immer noch nicht aus. In der „psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe“ wurden die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie so erhöht, dass jede Patient*in – rein rechnerisch – 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten kann. Das ist aber immer noch weitaus weniger, als von Fachexpert*innen für notwendig gehalten wird. Selbst in der ambulanten Behandlung erhalten Patient*innen in der Regel mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Die 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche sind zudem ein eher fiktiver Wert, weil pro Berufsgruppe die Minuten für alle Tätigkeiten pro Woche und Patient*in gezählt werden. Dazu gehören aber nicht nur die Behandlungszeiten mit der Patient*in, sondern auch die Zeiten, die für Dokumentation, organisatorische Aufgaben sowie anteilig für unter anderem Visiten, Teambesprechungen, Supervision anfallen. Damit ist nicht einmal sichergestellt, dass eine erwachsene Patient*in in einem psychiatrischen Krankenhaus auch nur die 50 Minuten Einzelpsychotherapie erhält, die im ambulanten Bereich der Regelfall sind. In den psychiatrischen Krankenhäusern, die gerade eine intensivere Behandlung von psychisch kranken Menschen ermöglichen sollen, bleibt damit die Versorgung weiterhin unzureichend.
- Auch der Gesetzgeber war über die PPP-Richtlinie verärgert: Er hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss deshalb postwendend einen neuen gesetzlichen Auftrag erteilt: Innerhalb eines Jahres (bis zum 1. Januar 2021) soll er die PPP-Richtlinie um „bettenbezogene Mindestvorgaben“ für Psychotherapeut*innen ergänzen. Damit sind ausdrücklich Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gemeint. Deutlicher hätte der Gesetzgeber nicht rügen können.
- Die PPP-Richtlinie schiebt ein zentrales Problem auf die lange Bank, für das vor allem Psychotherapeut*innen seit dem Psychotherapeutengesetz 1999 eine Lösung verlangen: die Gleichstellung von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch in den Kliniken. Die Integration des neuen Heilberufs erfordert im stationären Sektor insbesondere Leitungs- und Behandlungsverantwortung für die Kolleg*innen.
- Die Ärzteschaft aber stellt sich mehrheitlich taub gegenüber den Forderungen der Psychotherapeut*innen. Eine Allianz ihrer Berufs- und Fachverbände versucht, weiter die ärztliche Dominanz in den Kliniken zu erhalten, obwohl es aufgrund des Mangels an Psychiatr*innen längst in vielen Kliniken mehr als schwierig ist, die stationäre Versorgung sicherzustellen. Psychotherapeut*innen springen seit Langem ein – aber Behandlungsverantwortung und kooperative Stationsleitung bleiben die Ausnahme.
- Eine Allianz unter Führung der Ärzteschaft hat ein eigenes Modell vorgestellt, das Fehler der Psych-PV („Plattform-Modell“) wiederholt. Die Einschätzung des Behandlungsbedarfs soll weiterhin im Ermessen der Behandler*in liegen, ohne objektivierbare Entscheidungskriterien. Eine Überprüfung der Kliniken, ob sie Mindeststandards bei der Personalausstattung einhalten, ist bisher nicht vorgesehen. Die bestehende Intransparenz, ob Patient*innen leitliniengerecht behandelt werden, soll – nach dem was bekannt ist – erhalten bleiben. Psychotherapeutische Fach- oder Berufsverbände waren nicht in die Entwicklung einbezogen, auch die Bundespsychotherapeutenkammer nicht, obwohl es immer wieder Kooperationsangebote von ihrer Seite gab.

BPTK-Prüfsteine für eine moderne Psychiatrie

- Pro Patient*in und Woche mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie sowie 180 Minuten Gruppenpsychotherapie. Umfang und Frequenz der einzelnen psychotherapeutischen Interventionen sind jeweils an den individuellen Behandlungsbedarf der Patient*innen anzupassen.
- Ermittlung des Behandlungsbedarfs für verschiedene Patientengruppen anhand objektiver, nachvollziehbarer und überprüfbarer Merkmale. Es muss klar sein, nach welchen Merkmalen, zum Beispiel Diagnose, psychosoziale Einschränkungen, somatische Komorbiditäten, Patient*innen klassifiziert werden und welcher Leistungsanspruch für sie damit verbunden ist.
- Definition eines neuen, modernen Aufgaben- und Kompetenzprofils für die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen. Dazu gehören die Integration der Psychotherapeut*innen auf Augenhöhe in Leitungsfunktionen und Behandlungsverantwortung.

- Überprüfung der Personalausstattung der Kliniken und Ausschluss von Quersubventionierung anderer Krankenhausbereiche oder Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, wie sie in Psych-PV-Zeiten praktiziert wurden. Sanktionen bei Unterschreitung der Mindeststandards.

BPTK-Einschätzung: Krankenhausdienste

In der Gesundheitspolitik besteht eine große Bereitschaft, die Strukturen psychiatrischer Kliniken zu modernisieren. Mit dem Beruf der Psychotherapeut*in steht neben den Ärzt*innen ein weiterer Heilberuf zur Verfügung, der mit vergleichbaren Kompetenzen eigenverantwortlich in die Patientenversorgung eingebunden werden und damit auch den bestehenden Ärztemangel vor Ort kompensieren kann. Zu mehr Verantwortung und Leitungspositionen gehört es perspektivisch, auch die verschiedenen Dienste (zum Beispiel Nachtdienst, Bereitschaftsdienst, Aufnahmedienst, Wochenenddienst) in den Kliniken mit zu übernehmen.

Dieser Verantwortung stellt sich die Profession, wenn für Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, wie seit Langem von den Gewerkschaften gefordert, adäquate Rahmenbedingungen erreicht werden. Die wesentlichen Punkte sind:

- Honorierung: Die Dienste müssen deutlich besser vergütet werden.
- Arbeitszeitkonto: Die Dienstzeiten müssen grundsätzlich als Arbeitszeiten gelten.
- Höchstgrenzen für Dienste: Es muss klar geregelt sein, dass nur eine bestimmte Anzahl an Diensten zum Beispiel für ein Kalendervierteljahr angeordnet werden darf. Es sind ausreichend freie Wochenenden zu garantieren. Es muss darauf geachtet werden, dass Berufs- und Familienleben vereinbar bleiben.
- Notfallversorgung in psychiatrischen Kliniken: In psychiatrischen Kliniken kann die Notfallversorgung eine somatische Behandlung und insbesondere auch die Verordnung von Medikamenten erfordern. Das ist häufig bei Zwangseinweisungen und Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder der Fall. Es ist deshalb – auch unter Haftungsgesichtspunkten – immer zu regeln, wie diese ärztliche Kompetenz im Rahmen von Diensten zur Verfügung steht. Bereitschaftsdienste könnten zum Beispiel doppelt besetzt werden. Möglich ist auch ein ärztlicher Hintergrunddienst, der bei Bedarf hinzugezogen werden kann.

Impressum

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785 – 0
Fax: 030.278 785 – 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout:

PROFORMA GmbH & Co. KG
1. Auflage, Juni 2020

www.bptk.de