

**Stellungnahme des Verbands der psychosomatischen Krankenhäuser und
Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2
Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**Hier: Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:
Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer
Regelungen (Stand: 02.06.21)**

Bad Wiessee, den 2. Juli 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) nimmt zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 02.6.21) nachfolgend Stellung und hofft auf deren Berücksichtigung. Diese Stellungnahme ist in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) entstanden.

Im Folgenden wird zuerst auf die grundlegende Herausforderung in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.

1. Grundsätzliches

Der VPKD begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden.

In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen

(Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund bemühen sich die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände intensiv um die Gewinnung zusätzlicher Daten und bitten gleichzeitig um zusätzliche Zeit für deren seriöse Erhebung und Auswertung. Unter anderem wird für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich sein. Diese Daten werden beispielsweise im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.

Die Nachweise der PPP-RL leiden unter dem grundlegenden Mangel, dass wegen der fehlenden Trennschärfe (siehe Anmerkungen zu § 3 und Anlage 1) der aktuell definierten Behandlungsbereiche vollkommen unterschiedliche Stations-, bzw. Einrichtungstypen in die gleichen Behandlungsbereiche berichten werden und für andere Stations- und Einrichtungstypen gar keine oder gar zu viele Behandlungsbereiche vorgesehen sind. Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellt mit 275 Einrichtungen und Abteilungen in Deutschland (Stand 2019) ein gutes Drittel (34%) aller Einheiten für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Es sind jedoch nur 6 der 33 Behandlungsbereiche der PPP-RL für die Psychosomatik vorgesehen (18,2% Anteil Behandlungsbereiche). Unter diesen sechs Behandlungsbereichen für die Psychosomatik sind jedoch drei teilstationäre Behandlungsbereiche vorgesehen (50% der psychosomatischen Behandlungsbereiche). Diese hohe Anzahl teilstationäre Bereiche wurden von den psychosomatischen Fachgesellschaften zu keinem Zeitpunkt gefordert. Zum Vergleich sind in der Psychiatrie (Erwachsenen und Kinder-Jugend) nur 5 von 27 Behandlungsbereichen teilstationär (18,5%). Auch müssen Lösungen für besondere Bereiche gefunden werden. Das Gebiet der Kinder-Jugend-Psychosomatik weist einen hohen Versorgungsbedarf auf und es werden eine stetig steigende Anzahl neuer Versorgungsangebote ausgewiesen.¹

Aller Voraussicht nach wird die Erhebung von vermischten Daten in einer unzureichenden Anzahl Behandlungsbereiche, die wiederum einen zu geringen Differenzierungsgrad haben, zu Nachweisen mit geringer oder keiner Aussagekraft führen. Eine wissenschaftlich begleitete Untersuchung einer größeren und repräsentativeren Datenmenge ist erforderlich, um eine sinnvolle Unterscheidung von Behandlungsbereichen und deren zugehörige Stations-, bzw. Einrichtungstypen zu erreichen.

Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2024 vorgenommen werden.

¹ Im PEPP-System 2020 wurde dieser Entwicklung vom IneK Rechnung getragen, indem die Anwendbarkeit mancher OPS-Codes der Kinder-Jugend-Psychiatrie auf die Psychosomatik erweitert wurde.

Es macht wenig Sinn bereits jetzt weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben festzulegen, für die keine Evidenz vorliegt, oder auch bereits Anpassungen von nicht in der Versorgungspraxis überprüften Behandlungsbereichen vorzunehmen (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen versuchen werden diesen Mindestvorgaben zu entsprechen – mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen.

Der VPKD fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie. Deren Erarbeitung nahm mehr als ein Jahrzehnt in Anspruch.²

Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren Mindestvorgaben für Psychotherapeuten wird durch den VPKD ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Die Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin bereits unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl, der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen Psychotherapie. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinie Psychotherapie ist mit einer stationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen, wobei insbesondere in der Psychosomatischen Medizin einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden sollte.

² 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia

Im Einzelnen:

Zu § 2 Grundsätze

(2) Die Behandlung der den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordneten Patientinnen und Patienten ist nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen dieser Richtlinie grundsätzlich nur zulässig, wenn die in § 6 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.

Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang haben gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:

....

P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt.

Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.

Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.

Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.

Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(3) ... Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].

Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensiver psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g reduziert werden.

Ferner befürwortet der VPKD, wie bereits in unserer letzten Stellungnahme zur PPP-RL (Stand 07.09.20) ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativtherapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.

Zu § 11 Nachweisverfahren

(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an das IQTIG [DKG, BÄK] ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale und kompetente Stelle übernommen werden, die hierzu auch personell in der Lage ist. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MDK-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG ist als neutrale Instanz besser geeignet Überprüfungen zu übernehmen.

(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.

Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.

Zu §12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen.

Zu §16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

- 1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.*
- 2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.*
- 3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.*

Der VPKD bedankt sich bei den Parteien des G-BA für die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022. Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.

Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewählt werden.

(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.

Der VPKD begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist unbedingt zu verhindern. Somit lehnt der VPKD die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5, P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine

einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.

Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht angemessen ab.

Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bislang waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist sachgerecht und sinnvoll.

Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen. Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.

Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.

Vor diesem Hintergrund fordern wir auch für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.

Die Festlegung der PsychPV in der Psychiatrie hat viele Jahre benötigt (s.o.). Dies verdeutlicht, dass auch für die erstmalige Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin deutlich mehr Zeit benötigt wird.

Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

P. Psychosomatik

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)

Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.

Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“

P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung stationär/teilstationär

Die Einführung neuer Behandlungsbereiche mit nicht empirisch geprüften Minutenwerten wird sehr kritisch gesehen. Siehe hierzu auch §3.

Zu Anlage 4 Regelaufgaben

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Der VPKD schließt sich der Position von GKV-SV, BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.

Unter den Regelaufgaben der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten empfehlen wir noch die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ mit aufzunehmen.

Ferner gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß §2 Abs. 10 PPP-RL ist die (interne) Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten).

Die Forderung der BpTK, dass PsychotherapeutInnen (nicht ärztlich), Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht. Sowohl Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somatomedizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislaufkrankungen) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essenziell.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die der VPKD unterstützt und mit trägt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung kritisieren und um Änderung bitten:

Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Im Rahmen der EPIIK-Studie wird eine geeignete und für die Einrichtungen repräsentative Datenbasis erstellt, die als Grundlage für die erstmalige Festlegung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatische Medizin genutzt werden sollte.

Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.

Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Auch müssen noch Lösungen für besondere Fälle, wie die die Kinder-Jugend-Psychosomatik gefunden, werden. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.

Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß §8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung (die eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatischen Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPIIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.

Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren.

Wir hoffen auf eine Berücksichtigung unserer Positionen. Wir stehen gerne für Rückfragen und einen konstruktiven Dialog zur Verfügung.

mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Klitzsch', with a stylized flourish at the end.

Ludwig Klitzsch
1. Vorsitzender