

Die Weiterentwicklung der PPP-RL aus Sicht der Psychosomatischen Verbände

- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Chefarztkongress Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen e.V. (CPKA)
- Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD)

Psychosomatisch-psychotherapeutische (Komplex-) Behandlung

- Behandlung charakterisiert durch hochfrequente, multimodale und multiprofessionelle Psychotherapie
- „Zwei Zugangswege“ zur Medizin
- Integration der Abteilungen sowohl in Zentren für somatische Medizin sowie Psychosoziale Medizin als auch eigenständige Fachkliniken mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten
- Behandlung erfolgt in den meisten Fällen nach differentieller Indikationsstellung und elektiver Aufnahme

Psych- Krankenhäuser (Stand 2017/18)

	Betten	Einrichtungen
Psychosomatik	12.025	262
Psychiatrie	56.617	382
KJP	6.554	151
Gesamt	75.196	773
% PSM-PT	16,0	33,8

Übersicht

- Empirische Datengrundlage
- „One size fits all - Ansatz“ - ist keine Lösung
- Realistische Zeitplanung
- Strukturmodell Personalbemessung („Plattformmodell“)
- EPPIK-Studie (basierend auf dem Plattformmodell)
- Anrechenbarkeit von Berufsgruppen
- Zusammenfassung/ Diskussion

Fehlende empirische Datengrundlage

- Schaffung einer empirischen Datenbasis als Voraussetzung für die Festlegung von Personalmindestvorgaben
 - Bisher keine Berichterstattung der Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie
 - PSM unterlag nicht der Psych-PV. Orientierung an den Personalanhaltszahlen von Heuft (1993, 2011)
 - Keine Erprobung der Anhaltszahlen im Alltag
- **Empirische Datenbasis auf Grundlage einer wissenschaftlichen Untersuchung**

Fehlende empirische Datengrundlage

- Die Auflage des BMG (Beschluss vom 20.12.19) die Mindestvorgaben der Psychosomatischen Medizin zu überprüfen und anzupassen besteht unverändert
- Unter dem Druck im Mai 2019 votierten die Verbände für die Übernahme der Personalanhaltszahlen von Heuft für einen eigenen Behandlungsbereich
- Die Daten zur Personalausstattung durch Berichterstattung, die lediglich in 2 stationäre Bereiche (P1, P2) berichten können, werden am Ende nicht aussagekräftig sein
- **Notwendigkeit für ein Instrument bzw. Strukturmodell zur Personalbemessung**

„One size fits all“ ist keine Lösung

- Die Minutenwerte von 2 stationären (P1/P2) und 2 tagesklinischen (P3/P4) Behandlungsbereichen können nicht für das gesamte Fachgebiet sachgerecht sein
- Deutlichen Wachstums der Bettenkapazität von 4.412 (2002) auf 12.025 (2018) Betten, begleitet von einer Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche
- 4 Behandlungsbereiche in der Psychosomatik stehen 7 Bereichen in der KJP und 19 Bereichen in der AP gegenüber
- **Die Umsetzung der aktuellen PPP-RL würde zu erheblichen Verwerfungen in der psychosomatisch-psychoth. Versorgung führen**

„One size fits all“ - ist keine Lösung

- Testlauf der Fachverbände zeigt, dass erhebliche Teile der Versorgung
 - Einerseits von der Vergütung ausgeschlossen würden
 - Andererseits durch zu niedrige Personalvorgaben ihr Leistungsangebot nicht aufrechterhalten können
- Es kann nicht sein, dass in Ermangelung einer ausreichenden Datengrundlage eine Richtlinie umgesetzt wird, **die entweder zur Schließung von Kliniken oder dem Wegfall spezialisierter Angebote führt**
- Es braucht dringend eine **Ausdifferenzierung der P-Bereiche, um die spezialisierten Versorgungsbedingungen angemessen abzubilden**

Realistische Zeitplanung

- Die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Überprüfung der Mindestvorgaben ist NICHT bis Ende 2021 realisierbar!
- Aktuell: Förderung einer Studie (EPPIK-Studie: 2021 – 2024) zur Personalbemessung durch den Innovationsfonds, Bereitstellung der notwendigen Ressourcen
- Das Projektvorhaben soll anhand der Personal- und Leistungsdaten erstmals eine repräsentative Erhebung der Personalausstattung in Psychosomatischen Kliniken ermöglichen

Realistische Zeitplanung

- Ergebnisse des Projektvorhabens werden frühestens Ende 2024 vorliegen!
- Somit ist eine seriöse und belastbare Definition der Mindestvorgaben frühestens Anfang 2025 möglich!
- **Sanktionsmaßnahmen müssen dringend bis Anfang 2025 ausgesetzt werden**
- **Sofern die Sanktionsmaßnahmen früher in Kraft treten, braucht es dringend einen Dialog des G-BA mit den Verbänden**
 - Ohne eine Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben droht eine vergleichbare Situation wie bei der QFR-RL



Realistische Zeitplanung

- Von der PPP-RL geht bereits jetzt eine Signalwirkung aus, da Kliniken versuchen die Mindestvorgaben zu erfüllen
 - Es ist medizinisch nicht vertretbar, dass Mindestvorgaben, die bisher in der Praxis nicht erprobt wurden, das therapeutische Angebot verändern und bestimmen
- **Diese Signalwirkung ist zu stoppen und eine realistische Zeitplanung vorzunehmen**

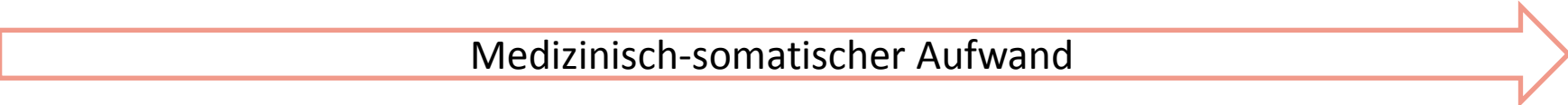

Strukturmodell für die Personalbemessung („Plattformmodell“, Cuntz et al.; Hauth et al. 2019)

- PSM: Personalaufwand orientiert sich in erster Linie an der therapeutischen (TE) und medizinischen Leistung, die für eine leitlinienorientierte und qualitätsgesicherte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlungen erforderlich ist
- Art und Schwere der Erkrankung erlaubt in der Psychosomatischen Medizin kein adäquate Ableitung des Personalbedarfs
- Die PSM braucht eine Personalbemessungsmethodik, die sich an:
 - **Intensität therapeutischer Leistung &**
 - **Aufwand der medizinisch-somatischen Versorgung** orientiert

Strukturmodell für die Personalbemessung („Plattformmodell“)

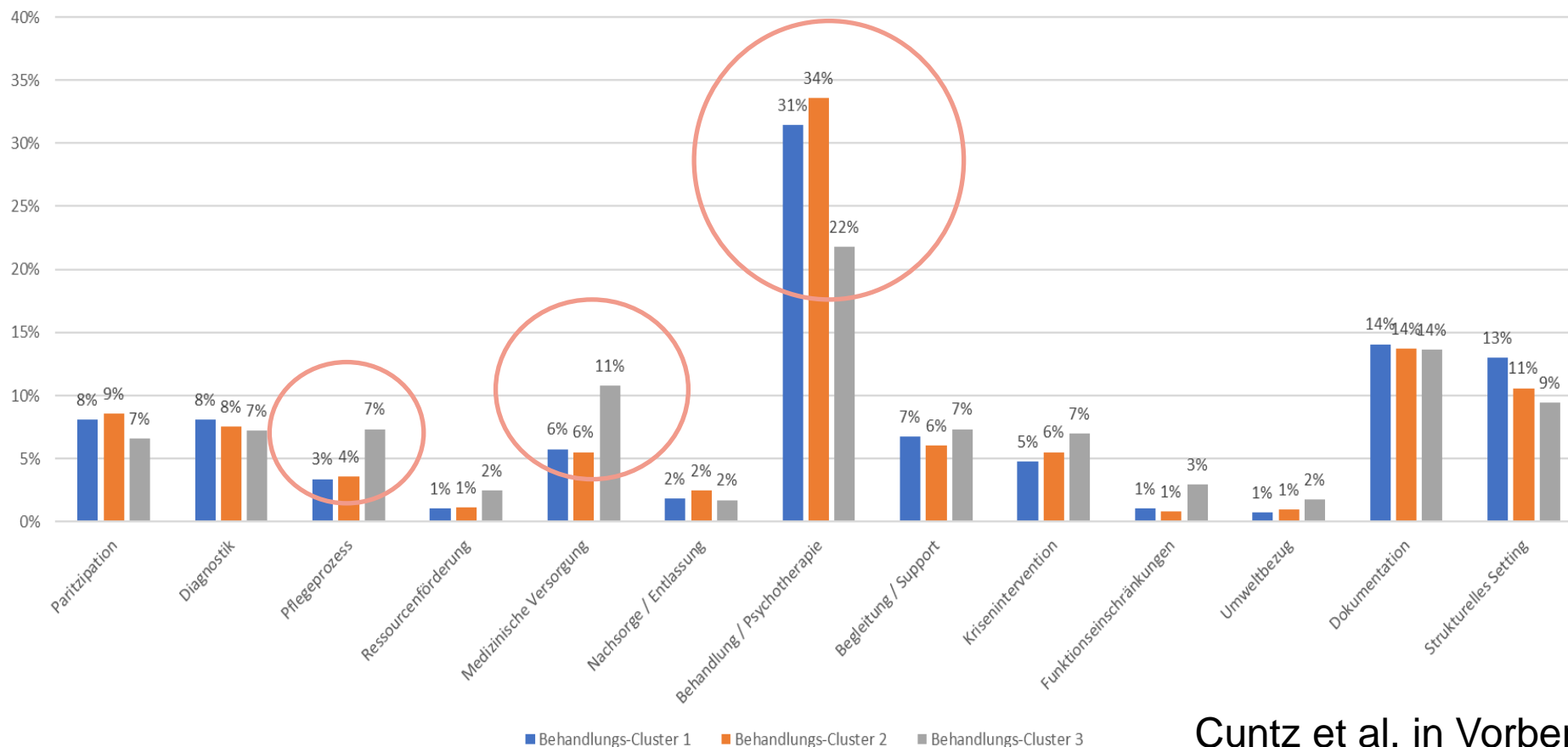
Behandlungscluster PSM-PT: „Vier“felderschema

Cluster 0: Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung bei normalem somatischem Aufwand (< 3 TEs/BW durch Ärzte & Psychologen)

Medizinisch-somatischer Aufwand 			
 Psychotherapeutischer Aufwand	1	Normaler somatisch-medizinischer Aufwand	Erhöhter somatisch-medizinischer Aufwand
	Komplexbehandlung	Mind. 3TEs/BW durch Ärzte & Psychologen 1	Mind. 3TE/BW & qualifizierte Behandlung einer somatischen Erkrankung 3
	Intensivierte Komplexbehandlung	Mind. 10 „qualifizierte“ TEs/BW (davon mind. 4 durch Ärzte/Psychologen) 2	Mind. 10 TE/BW & qualifizierte Behandlung einer somatischen Erkrankung 4

„One size fits all“ – ist keine Lösung

Verteilung der Tätigkeiten in Abhängigkeit vom Behandlungscluster



Personalbemessung basierend auf dem Plattformmodell *EPPIK-Studie*



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Das Teilprojekt der PSM zielt auf die:

- 1. Identifizierung, Quantifizierung und Validierung der im Plattformmodell entwickelten 4 Behandlungskluster,
- 2. Ist-Analyse der Personalausstattung für die 4 Behandlungskluster und 2 TK Bereiche (P3, P4).
- 3. Erstellung von prototypischen Therapieplänen der vier Behandlungskluster und 2 TK-Bereiche, als Grundlage für die Abschätzung des Soll-Personalbedarfs

Gegenseitige Anrechenbarkeit/ Austauschbarkeit von Berufsgruppen

- Unterschiedliche Therapieprogramme und –bedingungen erfordern eine unterschiedliche Personalausstattung („Berufsgruppenmix“)
 - Bsp.: Bedarf an Sozialarbeit: sozial gut integrierte AN (BMI 15kg/m²) vs. sozial desintegrierter Angstpatient
- Solange die Ausdifferenzierung der P-Bereiche nicht stattgefunden hat, braucht es für die gegenseitige Anrechenbarkeit von Spezialth., Physioth. und Sozialarbeiter eine höhere Flexibilität (Sonderregelung!),
 - Alternativ kann auch eine breitere Definition der Regelaufgaben vorgenommen werden

Gegenseitige Anrechenbarkeit/ Austauschbarkeit von Berufsgruppen

- Höchstgrenzen der Anrechenbarkeit für nicht PPP-RL Personal (§8 Abs 5) in der PSM sollten erst auf dem Boden einer ausreichenden Datengrundlage festgelegt werden
 - Prüfung basierend auf den aktuellen Festlegungen für die AP und KJP
- **Mindestvorgaben für einzelne Berufsgruppen sollten nicht zu normativen „Nebenwirkungen“ führen und das therapeutische Vorgehen bestimmen**

Zusammenfassung/ Diskussion

- Die EPPIK-Studie bietet eine sehr gute Möglichkeit eine empirische Datengrundlage für die PSM zu schaffen
- Basierend auf dieser Datengrundlage ist eine sachgerechte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Überprüfung der Mindestvorgaben möglich
- Die Ergebnisse des Projektvorhaben sind frühestens Ende 2024 verfügbar
- Um normative „Nebenwirkungen“ der aktuellen Mindestvorgaben für die Therapie zu vermeiden, sollten Sanktionen in der PSM bis Anfang 2025 ausgesetzt werden

CPKA



VPKD
Verband der Psychosomatischen
Krankenhäuser- und
Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V.

Die Psychosomatischen Verbände sind bereit konstruktiv an der notwendigen Transparenz und den Konzepten zur Weiterentwicklung der PPP-RL mitzuarbeiten

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

