

Protokoll der Mitgliederversammlung des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefärzte an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Termin: 05.11.2004, 14:30 –18:15 Uhr

Teilnehmer: siehe Teilnehmerliste

Tagesordnung:

1. PsychPV
 - 1a. Befragung von Herrn Prof. Fähndrich
 - 1b. Diskussion
2. Psychosomatik
3. Beteiligung unseres Arbeitskreises an „Ständige Konferenz ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände“ (STÄKO)
4. Bericht aus den Arbeitskreisen (Forensik, Gerontopsychiatrie, Weiterbildung, Geistige Behinderung)
5. Integrierte Versorgung
6. Arbeitskreis 2002 zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung beim Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
7. Arbeitszeitgesetz
8. Diversifizierung der Trägerlandschaft
9. Verschiedenes

Herr Beine eröffnet die Sitzung und begrüßt die Mitglieder des Arbeitskreises.

Zunächst stellen sich die neuen Mitglieder vor:

Frau Dr. Wittmund, Nordhausen
Herr Dr. Teichel (?)
Herr Prof. Klimke, Offenbach
Herr Dr. Bader, (?)
Herr Dr. Terbrack, Langen, Niedersachsen
Herr Dr. Kaiser, Merzig

Leider ist erst später aufgefallen, dass nicht alle Namen leserlich waren. Deswegen die Bitte an alle KollegenInnen, die nicht in unserer Adressliste stehen, sich zu melden.

Grußwort BAG

Frau Munk verliest die Grußadresse des Vorstandes der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V., in der eine Kooperation zur politischen Durchsetzung gemeinsamer Ziele, betreffend Entgeltsystem, Psychosomatik, Sucht, Forensik und integrierte Versorgung angeboten wird.

1. PsychPV

1a.

Herr Fährndrich legt die Ergebnisse seiner Umfrage bzgl. PsychPV vor. Es haben sich 99 Chefärzte an der Befragung beteiligt. Es zeigt sich, dass die Besetzung nach PsychPV sehr unterschiedlich ist:

- Erfüllungsgrad PsychPV
Für alle Berufsgruppen, die abgefragt wurden, liegt der Erfüllungsgrad sowohl im Mittelwert als auch im Median über 90 %. Allerdings sind Schwankungen groß. Bei den Ärzten liegen allerdings nur 14 Kliniken unter 90 % Erfüllungsgrad, bei den Sozialarbeitern sind es immerhin 35.
- Besetzung der Station in der Nachtschicht:
38 von 99 Kliniken haben grundsätzlich auf jeder Station 2 Nachtwachen. 7 Kliniken haben nur eine Nachtwache auf der Station, dennoch weicht die Anzahl der betreuten Betten/Pflegestation in der Nacht nicht von den anderen Kliniken ab, diese Kliniken haben offenbar eher kleine Stationen. Der Mittel-

wert der Anzahl der betreuten Betten durch eine Pflegekraft liegt sowohl bei allen 99 Kliniken als auch bei den Kliniken, die nur eine Pflegekraft in der Nacht haben, bei 13,7 Betten (Median 13,5 Betten) Das Minimum liegt bei 8 Betten/Pflegekraft, das Maximum bei 20 Betten.

Resümee:

Die PsychPV wird bei einem Großteil der Kliniken/Abteilungen noch einigermaßen eingehalten, von Ausnahmen abgesehen wie z. B. 70% Erfüllungsgrad.

Die Versorgung in der Nacht ist mit 13,7 Betten im Durchschnitt ebenfalls noch erträglich, hat aber offenbar deutliche lokale Unterschiede.

In der Diskussion wird deutlich, dass hier vieles im Fluss ist, weil sehr viele Träger offenbar gerade in letzter Zeit noch versuchen, Personal abzubauen, Stellen nicht zu besetzen usw.. Aus diesem Grunde beschließt die Mitgliederversammlung, eine solche Umfrage im Laufe des Jahres 2005 erneut zu starten, um aktuelle Zahlen zu haben, aber auch über diese Tatsache einen gewissen Druck ausüben zu können.

1b.

Der Austausch über die Schwierigkeiten bei der Realisierung der aus der PsychPV errechneten Stellenbesetzung nimmt breiten Raum ein. Konsens besteht darüber, dass es sich um eine gültige Rechtsverordnung handelt, die die Träger verpflichtet, sie umzusetzen. Thematisiert wird zunächst, dass die Budgetierung der Krankenhausfinanzierung dazu führt, dass die steigenden Personalkosten, auch bei gleichem Stellenpool, nicht abgedeckt werden können. Herr Beine weist in diesem Zusammenhang auf die Entscheidung der Schiedsstelle im Fall der Klinik Tannenhof hin: Diese hatte argumentiert, dass sie wegen der Budgetierung die PsychPV nicht erfüllen könne. Dies wurde von der Schiedsstelle abgelehnt mit der Begründung, diese Differenz müsste innerhalb des Krankenhauses kompensiert werden.

Berechnungen von Kollegen ergaben, dass mit dem eingefrorenen Budget von 1998 - bei gleichbleibender Belegung an den Stichtagen und daraus folgender gleichbleibender Stellenberechnung - real 19 % weniger Personal bezahlt werden kann. In-

wieweit die PsychPV einen Ausnahmetatbestand darstellt, der die Bundespflege-satzverordnung und damit die gültige Budget-Regelung außer Kraft setzt, ist zwi-schen Kassen und Trägern umstritten und muss bei den Schiedsstellen durch ent-sprechende einschlägige Rechtsverfahren geklärt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Geschäftsführungen den Weg zur Schiedsstelle oder zu einer gerichtlichen Klärung anstrengen.

Von vielen Kollegen wird konstatiert, dass kaum Kenntnis der PsychPV bei den Ge-schäftsführungen vorhanden ist. Insbesondere wird davor gewarnt, sich auf von der Verwaltung berechnete Pläne nach PsychPV zu verlassen, sondern die Stellen mit den bekannten, vergleichsweise einfach anzuwendenden Computerprogrammen selbst auszurechnen. Besonders berücksichtigt werden muss dabei, dass die Nacht-dienste sowohl für Ärzte als auch für Krankenpflegemitarbeiter nicht in der PsychPV erfasst sind und also noch zusätzlich im Stellenplan aufgeführt werden müssen, e-benfalls Stellen für die Psychiatrische Institutsambulanz. Ein abzudeckender Nacht-dienst ergibt, je nach exakter Dauer, zwischen 2,35 und 2,8 Stellen.

Frau Schlegel, Frankfurt am Main, berichtet, dass es ihr gelungen ist, mit den Kassen eine Verschlüsselung nur nach A1, A2; G1/G2 u.s.w. zu verhandeln, so dass sich vergleichsweise hohe Minutenwerte für ärztliche Behandlung ergeben.

Es wird empfohlen, die Nachprüfung der PsychPV auch Besuchskommissionen nahe zulegen bzw. dafür zu sorgen, dass dies zum offiziellen Aufgabengebiet von Be-suchskommissionen wird. Sinnvoll erscheint auch, die PsychPV in alle Kataloge zur Qualitätssicherung, sowohl extern als auch intern, aufzunehmen.

Herr Böcker schildert aus einer älteren Befragung von Chefarzten zur PsychPV, dass trotz gleichlautender Antwort, die PsychPV sei erfüllt, erstaunlicherweise bei Anlegen einfacher Vergleiche (z.B. Ärzte/10 Behandlungsplätze, Psychologen/10 Behand-lungsplätze) sehr unterschiedliche Ergebnisse herauskamen. Es mögen zwar ge-ringfügige Abweichungen möglich sein, aber der gravierende Unterschied zwischen 0,45 und 1,6 (Durchschnitt 1,0) bei den Vergleichen lässt sich nur damit begründen, dass die Stellen nach PsychPV nicht exakt berechnet bzw. von den chefärztlichen Kollegen nicht nachgerechnet wurden.

2. Psychosomatik

Herr Beine schildert die Lage: Es gibt seit 1992 zwei Facharztbezeichnungen: „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychotherapeutische Medizin“, (seit 2004: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), die die Facharztweiterbildung in der Behandlung von weitestgehend überlappenden Krankheitsbildern (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen etc.) abdecken. Neben den 12.000 Rehabilitationsbetten gibt es bereits 4.000 Akutbetten für Psychosomatische Medizin. Dabei sind zwei Tendenzen zu verzeichnen: 1. Schaffung Psychosomatischer Abteilungen neben Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern; 2. für die bestehenden Rehakliniken werden Akutbetten beantragt; 3. Fachkrankenhäuser beantragen psychosomatische Betten, teilweise, um den Abbau psychiatrischer Betten zu kompensieren.

In Nordrhein- Westfalen haben sich beide Ärztekammern in jeweils einen Brief an die westfälische Gesundheitsministerin für eine separate Krankenhausplanung in der Psychosomatik ausgesprochen. Die nordrhein-westfälischen Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie haben sich gegenüber dem Ministerium einmütig gegen eine separate Krankenhausplanung ausgesprochen. Die Weiterentwicklung muss abgewartet werden.

In Baden-Württemberg ist die Bettenplanung diesbezüglich, zumindest vorläufig, abgeschlossen. Das Ministerium hat entschieden, die Betten der Psychiatrie und Psychotherapie anzugliedern. Die betroffenen Abteilungen haben sich einverstanden erklärt, die Aufgabe zu übernehmen und eine verstärkte Einbeziehung von Psychotherapie zu gewährleisten. Offen ist, inwieweit Weiterbildungs- Ermächtigungsanträge von den Ärztekammern befürwortet werden.

In Hessen ist ein Gutachten in Auftrag gegeben, das die Bettenbedarfsziffer für das Fachgebiet Psychosomatik bestimmen soll. Ausgehend vom „Janssen-Gutachten“ hat das Sozialministerium entschieden, die Frage auf diese Art und Weise klären zu lassen. Z. Z. sieht es so aus, als ob vom Landesministerium selbstständige Abteilungen favorisiert werden.

Im Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ist es den Landesvereinigungen der psychiatrischen Chefarzte gelungen, selbstständige Abteilungen zu verhindern.

In Schleswig Holstein wurde eine Bettenmessziffer von 0,1/1000 Einwohnern für psychosomatische Betten festgelegt; dies entspricht 270 Betten. Davon werden $\frac{2}{3}$ in Allgemeinkrankenhäusern und Fachkliniken stehen (durch Umwidmung), $\frac{1}{3}$ an psychosomatischen Reha -Kliniken.

In Sachsen ist in Görlitz neben der bereits bestehenden Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eine Abteilung für Psychosomatik eröffnet worden. Die Zusammenarbeit gestaltet sich ausgesprochen schwierig. Wie befürchtet droht sich eine Art Zweiklassenpsychiatrie zu etablieren mit einer personellen Ausdünnung der Klinik für Psychiatrie zugunsten der Klinik für Psychosomatik. Es gibt Vorstöße von Fachvertretern der Psychosomatik im Ministerium, die weitere Abteilungen gründen wollen.

Allgemein wird dem Wunsch Ausdruck verliehen, die Musterweiterbildungsordnung noch einmal zu revidieren, was sicher schwierig werden dürfte, da gerade erst eine revidierte Fassung der Musterweiterbildungsordnung auf dem Ärztetag verabschiedet wurde.

In diesem Zusammenhang berichtet Herr Beine als Vertreter von Ackpa im DGPPN – Vorstand über Bestrebungen, einen Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in die Weiterbildungsordnung einzuführen. Die DGPPN beabsichtigt damit, die Qualifikation in diesem Bereich speziell auszuweisen und diesen Bereich als genuines Arbeitsfeld der Psychiatrie auszuweisen. Es entsteht eine kontroverse Diskussion in der Mitgliederversammlung, ob eine weitere Schwerpunktbildung in der Weiterbildungsordnung den anstehenden Fragen gerecht wird oder ob nicht vielmehr dem Spezialisierungsgedanken damit Vorschub geleistet wird.

Die Mitgliederversammlung entscheidet, das Thema Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der nächsten Mitgliederversammlung nochmals aufzunehmen. Herr Beine hebt noch einmal hervor, dass es entscheidend sei, die Kernkompetenz Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Auseinandersetzung mit der Psychosomatik in den Vordergrund zu stellen. Es wird deutlich, dass in der Diskussion sowohl inhaltliche als auch strategische Überlegungen eine Rolle spielen.

Die Mitgliederversammlung autorisiert den Vorstand, geeignete Schritte zu unternehmen, um die Kernkompetenz im Bereich Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie zu betonen und ggf. auch gegenüber anderen Facharzttrichtungen abzugrenzen und aufzuwerten.

Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Alzheimer Demenz als genuines Arbeitsgebiet der Psychiatrie in manchen Krankenhäusern nur als G-Diagnose, und damit als neurologisches Krankheitsbild, verschlüsselt werden kann, und dass es Tendenzen von neurologischen Fachgesellschaften gibt, das Feld Demenz zu besetzen.

Für das Protokoll bis hierher: Dr. med. I. Munk

3. STÄKO

Frau Schlegel, als unsere Vertreterin in der STÄKO, gibt einen kurzen Überblick über die aktuelle Arbeitssituation in der STÄKO:

- zunehmende Dichotomisierung zwischen Psychosomatikern und Psychiatern bei zunehmendem Übergewicht der Psychosomatik durch den Austritt bzw. Austrittsbestreben mehrerer Psychiatrie- und Nervenärzteverbände (Austritt des Verbandes der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater, Austrittsüberlegungen der DGPPN)
- die MV war sich einig, dass wir zum jetzigen Zeitpunkt naheliegende Austrittsimpulse nicht nachgeben, sondern die Arbeit in der STÄKO weiter verfolgen sollten, insbesondere fachpolitische Stellungnahme zur psychosomatischen Versorgung in Deutschland, Frau Schlegel wurde angeboten, sie auch zeitweise in der STÄKO zu vertreten.

4. Situationsschilderung aus den Arbeitskreisen

Arbeitskreis Forensik (Trabert, Emden)

Das DGPPN-Zertifikat hat zur Zeit weiterhin seine Gültigkeit, wird aber zukünftig nur noch im Rahmen der neuen Zusatzweiterbildungsordnung forensische Psychiatrie zu erwerben sein.

Die MV war sich einig, dass aus dem neuen Unterbringungsgesetz der Terminus Psychiatrisches Krankenhaus im Rahmen der Anordnung der Maßregel gemäß § 63/64 nicht durch den Terminus „Forensisches Krankenhaus“ ersetzt werden soll.

Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie

In Vertretung von Herrn Kipp (Kassel) wies Herr Grünherz (Hagen) auf die 23. Arbeitsgruppentagung am 02.12.2004 in Kassel hin, die zusammen mit dem Symposium Psychoanalyse und Altern vom 03. – 04.12.2004 im Ludwig-Noll-Krankenhaus stattfindet.

Die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie ist multiprofessionell ausgerichtet und richtet sich ausdrücklich auch an nichtärztliche Berufsgruppen in unseren Abteilungen.

Arbeitsgruppe Weiterbildung

Herr Grünherz berichtet über den aktuellen Stand der Bestätigung der Musterweiterbildungsordnung durch die einzelnen Landesärztekammern, wobei bisher nur in Bayern die neue Weiterbildungsordnung von der Landesärztekammer verabschiedet wurde.

Arbeitsgruppe geistige Behinderung

Herr Kaiser aus Merzig wiederholte noch einmal die Aufforderung und das Angebot, in dem Arbeitskreis geistige Behinderte zusammen mit der Bundesdirektorenkonferenz mitzuwirken. Aus unserem Arbeitskreis ist bisher Herr Schmidt aus Merzig in dieser Arbeitsgruppe vertreten, der auch die Koordination für die Interessierten unseres Arbeitskreises übernehmen würde (Telefon: 06861/7051701). Verwiesen sei auch hier auf den Brief an den Arbeitskreis von Herrn Werner und Herrn Schmidt vom 14.04. diesen Jahres, der dem letzten Rundbrief beigelegt wurde.

Arbeitsgruppe Institutsambulanz

Herr Lorenzen (Hamburg-Eilbek) berichtete über das Treffen der Vertreter der Institutsambulanzen bei Herrn Spengler, wo noch einmal die regional unterschiedliche Finanzierung in Form von Fallpauschalen teilweise zwischen 90,00 und 350,00 €

deutlich wurde. Angeregt wurde eine Kurzumfrage zum Stand der Situation der Institutsambulanzen, die aber unabhängig von der Bundesarbeitsgemeinschaften psychiatrischer Krankenhausträger durchgeführt werden sollte. Die nächste Jahrestagung wird den Termin der jährlichen Zusammenkunft der Institutsambulanzvertreter nicht mehr tangieren.

Arbeitsgemeinschaft Soziotherapie und Rehabilitation

Herr Mecklenburg (Gummersbach) wies noch einmal auf das Kompendium Ergotherapie (www.ackpa.de/aktuelles), geeignet insbesondere für die Ausbildung der Assistenzärzte und als Einführung in dieses Gebiet der Ergotherapie für alle Berufsgruppen, hin. Als Nachfolger für Herrn Mecklenburg wird Herr Heisler unseren Arbeitskreis in der Arbeitsgemeinschaft zukünftig vertreten.

5. Arbeitskreis-Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung bei „BMGS“

Am 17. November 2004 findet die 6. und wahrscheinlich letzte Sitzung des Arbeitskreises 2002 zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung beim BMGS statt, um endgültig die Empfehlung zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung auf Bundesebene zu verabschieden. Diese wird dann in unserer Homepage unter Aktuelles für alle zugänglich ins Netz gestellt werden.

Arbeitsschwerpunkt wird zukünftig die Weiterentwicklung der PsychPV sein, damit auch im Jahre 2008 unabhängig von dem DRG-System in der Somatik ein möglichst personenzentriertes, am individuellen Hilfebedarf orientiertes Krankenhausfinanzierungssystem für die Psychiatrie möglich sein wird. Dazu wird sich eine Arbeitsgruppe zusammen mit der APK der Krankenhausgesellschaft und der BDK bilden.

6. Neues zum Arbeitszeitgesetz

Entsprechend der neuen möglichen Novellierung des EUGH-Gesetzes stellte Herr Gerber (Neunkirchen) ein Modell für seine Abteilung vor, wobei er noch einmal auf das Grundprinzip hinwies, dass sich auch im Arbeitszeitgesetz die therapeutischen Grundprinzipien, die mit Hilfe der PsychPV gewährleistet werden sollen, widerspie-

geln müssen, worauf letztlich die Versicherten auch einen Rechtsanspruch haben. Das Modell von Herrn Gerber wird als Anlage dem Rundbrief beigelegt.

7. Zwischenwahlen

1. Auf persönlichen Wunsch wird Herr Auerbach (Bochum) zukünftig nicht mehr aktiv in unserem Vorstand mitarbeiten (aber natürlich weiterhin als aktives Arbeitskreismitglied), wodurch sich eine Nachwahl für den Vorstand notwendig machte. Auf Vorschlag der Mitgliederversammlung stellte sich Herr KÜthmann aus Memmingen zur Wahl. Er wurde von den anwesenden Mitgliedern des Arbeitskreises mit überzeugender Mehrheit gewählt und somit in den geschäftsführenden Anschluss des Arbeitskreises herzlichst aufgenommen.

Die Mitglieder unseres Arbeitskreises bedanken sich herzlich bei Peter Auerbach für die geleistete Arbeit und die kollgiale und humorvolle Art und Weise.

2. Da Herr Schulte (Lauterbach) den zukünftigen Leiter des Kommendekreises bei den ersten Sitzungen zur Seite stehen würde, wünschte er schon jetzt die Wahl eines Nachfolgers und schlug dafür Frau Munk aus Leipzig vor. Auch dieser Wahlvorschlag wurde mit großer Zustimmung von den anwesenden Mitgliedern des Arbeitskreises bestätigt. Frau Munk nahm die Wahl an.

3. Als nächsten Tagungsort der Jahresversammlung des Arbeitskreises und der Herbstmitgliederversammlung wurde Leipzig bestimmt. Termin 10. – 12.11 2005.

4. Der nächste Kommendekreis mit der Frühjahrsmitgliederversammlung findet am 14. März 2005 in Kassel statt.

Für das Protokoll: Dr. med. D. Zedlick