

Gut gemeint, doch nicht gut gemacht?

Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser in den Fallstricken der Verordnungen

Heiner Vogel im Gespräch mit Olivier Elmer

Heiner Vogel (PTJ): Lieber Herr Elmer, wir haben Sie um ein Gespräch gebeten, um die laufende Reform der Psychiatrie-Finanzierung besser zu verstehen. Wenn ich als Psychotherapeut Texte oder Nachrichten in diesem Zusammenhang höre oder lese, dann habe ich sehr schnell den Eindruck, dass es sich um eine Art Geheimwissenschaft handelt und ich ohnehin keine Chance habe, das alles wirklich zu verstehen. Sie haben sich damit aber schon länger beschäftigt und somit auch einen besseren Zugang zu den Themen. Wie kommt das?

Olivier Elmer: Von Haus aus Psychologischer Psychotherapeut, bin ich als Mitglied der Geschäftsleitung eines großen psychiatrischen Fachkrankenhauses für die Organisations- und die strategische Entwicklung unseres Hauses zuständig. Die patientenzentrierte Weiterentwicklung eines Krankenhauses ist aber immer auch von den finanziellen Rahmenbedingungen abhängig, mit denen ich mich somit zwangsläufig beschäftigen muss. Darüber hinaus habe ich mehrere Jahre im Psychiatrie-Referat des baden-württembergischen Sozialministeriums gearbeitet und mich im Rahmen dieser Tätigkeit mit den bundes- und landesrechtlichen Vorgaben für die Psychiatrie beschäftigt.

Im Jahr 2003 wurde in Deutschland die Krankenhausfinanzierung umgestellt. Bis dahin gab es die Tagespflegesätze, die von jedem Krankenhaus individuell mit der Gemeinschaft der Krankenkassenverbände verbindlich ausgehandelt worden waren und im Prinzip für alle Patient*innen, alle Indikationen/Diagnosen in der jeweiligen Krankenhausabteilung und alle Behandlungsphasen gleichermaßen galten. 2003 wurde für die meisten Indikationen/Diagnosen die Finanzierung nach bundeseinheitlichen Fallpauschalen eingeführt, die den Krankenhäusern unabhängig von der Behandlungsdauer gezahlt wurden. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser waren davon bis vor wenigen Jahren aus verschiedenen guten Gründen ausgenommen.

Im somatischen Bereich waren die Fallpauschalen der Versuch, die Finanzierung transparenter und zielgerichteter zu gestalten. Das hat zwar zu einer Verkürzung der Behandlungszeiten, aber auch zu problematischen Entwicklungen geführt – zum Beispiel durch Fehlanreize für lukrative Eingriffe oder die sogenannten „blutigen Entlassungen“. Die Politik

Glossar

PsychPV: Die Psychiatrie-Personalverordnung regelte als Verordnung des Bundesgesundheitsministers (die vom Bundesrat verabschiedet/genehmigt werden muss) bis 2019 die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser nach Behandlungsarten und -bereichen.

PEPP: Das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik ist ein Patientenklassifikationssystem zur tagesbezogenen Kostenkalkulation.

PsychVVG: Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen wurde 2017 eine Neuausrichtung des Vergütungssystems vorgenommen.

PPP-RL: Die Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung fest und belegt Unterschreitungen zukünftig mit Strafzahlungen.

DRG + Fallpauschalen: „Diagnosis Related Groups“ bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren für somatische Krankenhäuser, mit dem Krankenhausergebnisse anhand medizinischer Daten Fallgruppen zugeordnet werden. Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgt dann mit einer Pauschale, die je nach Fallgruppe bundeseinheitlich festgelegt ist (unabhängig von der Behandlungsdauer).

Bundespfllegesatzverordnung: Die BpflV regelt die Details der pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhausvergütung für Krankenhäuser, die nicht nach DRGs abrechnen.

versucht derzeit, die daraus auch resultierende Ökonomisierung des Gesundheitswesens wieder zurückzudrängen, etwa durch die bessere Berücksichtigung der Vorhaltekosten, also jener Kosten, die durch die notwendige Bereitstellung bestimmter Kapazitäten entstehen.

Im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sind Behandlungsverläufe viel schwerer zu standardisieren als etwa eine Kniegelenks-OP. Deswegen kamen reine Fallpauschalen wie im DRG-System nie in Betracht. Aber auch hier gab es eine Reform: Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die Vergütung neu geregelt. Instrumente des Entgeltsystems sind die PEPP-Entgelte, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich entwickelt. Diese tagesgleichen Vergütungssätze richten

sich in ihrer Höhe nach der jeweiligen Behandlungsdauer. Sie weisen für jeden Tag die gleiche Bewertungsrelation aus. Zusätzlich können für bestimmte kostenintensive Leistungen, wie 1:1-Betreuung und intensivmedizinische Behandlung, ergänzende Tagesentgelte abgerechnet werden.

Häufig sprach man – etwas vereinfacht – davon, dass psychiatrische/psychosomatische Abteilungen oder Krankenhäuser so etwas wie die Sparschweine der Krankenhausträger waren. Was ist damit gemeint?

Es mag sein, dass es früher innerhalb größerer Häuser mit mehreren Fachabteilungen interne Mittelverschiebungen gab. Mittel für das Personal für die psychiatrische Therapie sollten aber auch dorthin fließen, denn das Personal ist unsere wichtigste Ressource. Insofern war es wichtig, den Mitteleinsatz transparent zu gestalten. Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung garantiert keine hohe Rendite – es sei denn, sie spezialisiert sich auf ein handverlesenes Patientengut. Wenn sie grundlegende Leistungen in einem Pflichtversorgungsgebiet leitlinienorientiert erbringen muss, wie es für ein öffentlich-rechtlich organisiertes Haus wie das unsere der Fall ist, ist sie keine „Cash Cow“. Aber den Anspruch habe ich gar nicht – ich plädiere nur für die auskömmliche Finanzierung einer evidenzbasierten Therapie! Und diese benötigt gut ausgebildetes Personal – und auch ausreichend Zeit, die individuell sehr verschieden sein kann.

Nun kommt, gerade vonseiten der Psychotherapeutenverbände und -kammern, sehr viel Kritik an den aktuellen Vorgaben zur Personalsituation in den Kliniken auf. Bis vor wenigen Jahren gab es die Psychiatrie-Personalverordnung, die oft liebevoll „PsychPV“ abgekürzt wurde. War denn damals alles besser?

Die Psych-PV hatte seit 1991, als sie eingeführt wurde, zu einer erheblichen Personalaufstockung in der Krankenhauspsychiatrie geführt – beim therapeutischen Personal um etwa 20 Prozent, an einzelnen Häusern um bis zu 40 Prozent. Damit verbunden waren konkrete Anforderungen an die Qualitätssicherung und -verbesserung in der psychiatrischen Versorgung. Erstmals wurde damit eine rechtsverbindliche Verknüpfung zwischen Aufgaben und Mitteln geschaffen. Doch das System musste grundlegend überarbeitet werden, so waren zum Beispiel Psychologische Psychotherapeut*innen als Berufsgruppe noch gar nicht erfasst. Und dass psychotherapeutische Interventionen auch in der Akutpsychiatrie bedeutsam sind, spiegelte sich kaum wider.

Mit dem PsychVVG von 2017 war doch auch die Absicht verbunden, die Leistungen in den entsprechenden Krankenhäusern am Bedarf auszurichten und leitlinienorientiert zu gestalten. Offenbar hat das aber nicht

geklappt. Wie kann man das erklären? Und: Was wird denn genau kritisiert?

Das PsychVVG enthält ja auch gute Ansätze, doch die dort vorgesehene Personalrichtlinie (die PPP-RL) ist so, wie vom G-BA konstruiert, sehr problematisch. Und was das PEPP-Entgeltsystem betrifft, so sollte dieses in seinen bisherigen Auswirkungen evaluiert werden. Auch die empirisch-wissenschaftliche Basis der PPP-RL ist dünn.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die gegenwärtige Systematik des Gesundheitswesens die Sektorgrenzen zementiert, indem das Krankenhausbett zentrale Bezugsgröße ist. Modelle wie das Regionalbudget bieten immerhin die Mög-

Die gegenwärtige Systematik des Gesundheitswesens zementiert die Sektorgrenzen, indem das Krankenhausbett die zentrale Bezugsgröße ist.

lichkeit, ambulante, teil- und vollstationäre Settings flexibel an den Bedürfnissen der Patient*innen auszurichten.

Darüber hinaus ist die Refinanzierung von Tarifsteigerungen strittig. Es kann nicht sein, dass die Bundespflegesatzverordnung von Kostenträgern so interpretiert wird, dass die Bezahlung von Tariflöhnen als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Und die Finanzierung innovativer Behandlungsformen, wie etwa der sogenannten stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld oder intensiv-ambulante Therapie, ist oft nicht wirklich kostendeckend.

Im Blick behalten müssen wir zudem die zu geringen Investitionen der Bundesländer: Im Rahmen der dualen Finanzierung, wie sie in Deutschland nach dem SGB V vorgesehen ist, sind die Krankenkassen für die Betriebskosten, also für die Behandlungskosten im engeren Sinn, zuständig. Die Bundesländer sollen ausreichende Investitionen gewährleisten. Eine moderne Psychiatrie benötigt auch moderne architektonische Lösungen und eine funktionierende Infrastruktur.

Das war jetzt sehr viel auf einmal. Vielleicht der Reihe nach: Wieso ist eine Evaluation des sogenannten PEPP, also des Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik, essenziell, bzw. inwiefern ist die Struktur und das Konzept des PEPP mitverantwortlich für die drohende Misere der Psychiatrie-Finanzierung? Und inwiefern werden mit der derzeitigen Finanzierung nach den Psych-VVG-Vorgaben die Systemgrenzen zementiert – schließlich sind doch Alternativen wie das Regionalbudget zulässig?

Ich würde nicht sagen, dass das PEPP-System zu einem finanziellen Desaster oder zu immensen Fehlanreizen führt. Denn bei der Etablierung des Systems wurden letztlich doch

zahlreiche Anregungen und Einwände der Fachverbände berücksichtigt. Dennoch gibt es kritische Punkte: ein hoher Personalaufwand für Kodierung und Prüfverfahren, ein erheblicher Anstieg der Dokumentationspflichten zulasten der Behandlungsressourcen und hohe Kosten für den Auf- und Ausbau von IT-Strukturen. Auch werden die häufigen somatischen Nebendiagnosen nicht angemessen berücksichtigt, und es fehlen spezielle Kodierrichtlinien – anders als in der Somatik. Ich sehe das Problem eher bei den geplanten unverhältnismäßigen Sanktionen der PPP-RL, zu niedrigen Investitionen und dem Bestreben der Kostenträger, Mindestbesetzungen in Budgetverhandlungen als leitliniengerecht zu interpretieren. Im Übrigen ist es auch nicht so, dass Qualitätsanforderungen im Krankenhaus bisher nicht kontrolliert werden: Der Medizinische Dienst prüft bereits jetzt zunehmend, ob ein Haus qualitative Strukturmerkmale erfüllt, die Voraussetzung für eine Leistungsabrechnung sind.

Was die Zementierung der Sektorengrenzen angeht, ist dies ein Problem des deutschen Gesundheitssystems insgesamt. Das ist als Problem lange bekannt, was dazu führt, dass bei Reformen oft Öffnungsklauseln für Modellvorhaben oder Ähnliches integriert werden. Das sollte auch genutzt und ausreichend finanziert werden.

Ein spezielles Problem stellt doch offenbar die Refinanzierung von Tarifierhöhungen dar und letztlich auch der zusätzlichen Kosten, die durch die allgemeine Inflation entstehen. In einer vernünftigen Welt müsste es selbstverständlich sein, dass dies gewährleistet ist, denn es ist ja irreal, wenn der Gesetzgeber erwartet, dass solche Kostensteigerungen immer und immer wieder durch gesteigerte Effizienz in der Arbeit der Häuser refinanziert werden. Nur: Dies ist doch sicher in gleicher Weise ein Problem auch bei allen anderen festzulegenden Gebührenordnungen oder Budgetregelungen im Gesundheitswesen, wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ambulant-ärztliche/psychotherapeutische Leistungen u. v. a. – oder habe ich das falsch verstanden?

Um die Kostenentwicklung der Krankenhäuser zu ermitteln, wird jährlich ein Orientierungswert berechnet. Er soll die Personal- und Sachkostenentwicklungen im Krankenhausbereich widerspiegeln. Zusätzlich gibt die Veränderungsrate die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen an. Beides dient der Ermittlung des Landesbasisfallwertes für die Budgetverhandlungen. Das sind aber statistische Kenngrößen, die zum Beispiel spezifische Kostensteigerungen nicht berücksichtigen können. Auch deshalb ist für die Psychiatrie eine Klarstellung in Bezug auf die Interpretation der Bundespflegesatzverordnung nötig. Und für die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die die besonders schweren Fälle behandeln, haben wir in den Bundesländern ganz unterschiedliche Entgeltregelungen. In Baden-Württemberg etwa wurden die Entgelte seit vielen Jahren nicht angepasst.

Nun gibt es zwar seit geraumer Zeit die vom PsychVVG geforderte Personalvorgabe PPP-RL, die der G-BA zu erstellen hatte. Aber sie ist noch nicht „scharf gestellt“, das heißt, eine Nichterfüllung der Vorgaben führt nicht zu einer automatischen Sanktionierung der Kliniken. Wieso wurde das In-Kraft-Setzen des Sanktionsmechanismus jetzt schon mehrfach verschoben? Und würden die Sanktionen zu einer Verbesserung der Personalsituation führen?

Die PPP-RL ist leider kein empirisch gestütztes Personalbemessungsinstrument, das eine leitliniengerechte Behandlung einschließlich Psychotherapie gewährleistet. Nach dieser Richtlinie führt bereits eine geringfügige Unterschreitung der Personal-Mindestvorgaben in nur einzelnen Berufsgruppen nicht nur zur Verpflichtung, das Budget zurückzuzahlen, das für das nicht beschäftigte Personal vorgesehen war. Darüber hinaus wird es eine unverhältnismäßige Strafzahlung geben, die um ein Mehrfaches über dem nicht ausgegebenen Personalbudget liegen kann. Auch werden Ausfälle aufgrund kurzfristiger Krankheit bei den vorgeschriebenen Meldungen berücksichtigt – und das alles bei einem gravierenden Fachkräftemangel. Schließlich muss man die Grundkonstellation sehen: In den Budgetverhandlungen behandeln Kostenträger die Mindestvorgaben der Richtlinie nicht als solche, sondern gehen davon aus, dass es sich dabei quasi um die optimale Ausstattung handeln würde. Allein aufgrund dieser Konstellation besteht somit ein Risiko, Mindestvorgaben zu unterschreiten.

Das Ganze stellt eine deutliche Ungleichbehandlung im Vergleich zur Somatik dar, in der die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen mit deutlich geringeren Sanktionen versehen wird.

Und es birgt das Risiko, dass die Krankenhäuser mit Kapazitätseinschränkungen reagieren. Beispielsweise könnten sie sich gezwungen sehen, kleinere, gemeindepsychiatrisch vernetzte Einheiten, bei denen das Risiko der Unterschreitung der Personaluntergrenzen besonders hoch ist, zu schließen. Auch die aktuell tagende Regierungskommission für die Krankenhausreform hat übrigens die Fallstricke der PPP-Richtlinie erkannt.¹

Die Einrichtung einer Sachverständigenkommission durch den Bundesgesundheitsminister ist ja kritisiert worden, weil die Selbstverwaltung nicht einbezogen wurde. Die Selbstverwaltung ist zwar ein hohes Gut – im G-BA zum Beispiel versuchen Vertreter*innen von Krankenhäusern, Krankenkassen und Ärzteschaft, tragfähige Kompromisse zu finden. Daraus folgen oft sehr detaillierte Regelwerke, die einen extrem hohen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen. Um den Wald vor lauter Bäumen noch zu sehen, ist es aber bisweilen sinnvoll, Expert*innen mit anderen, etwa wissenschaftlichen Be-

¹ www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung#c29232

zügen einen Blick auf ein System werfen zu lassen. Das hat die Regierungskommission getan und eine gute Diskussionsgrundlage mit ihren Empfehlungen geliefert.

Offenbar sind die Risiken für die Versorgung schwer abschätzbar und deshalb scheut der G-BA vor einer wirklichen In-Kraft-Setzung zurück. Was hat denn die Regierungskommission als Alternative vorgeschlagen?

Die Regierungskommission empfiehlt, die Psychiatrie bei den Sanktionen nicht schlechter als die Somatik zu stellen, den bürokratischen Aufwand zu reduzieren und die Fixierung auf Stationen und Betten durch settingunabhängige Bezugsgrößen zu ersetzen. Und das erscheint mir auch richtig.

Vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und einiger mit ihr verbundenen Gesellschaften von Chefärzt*innen und Klinikträgern wird als Alternative zur Systematik der PPP-RL seit Längerem ein alternatives Konzept gepusht, das sogenannte Plattformmodell.

Das Plattformmodell, das von zahlreichen Fachverbänden getragen wird, erlaubt die Berechnung einer Personalausstattung, die für eine leitliniengerechte Patientenversorgung erforderlich ist. Und zwar entsprechend dem individuellen Bedarf, dem zeitlichen Verlauf der Behandlung und dem Therapie-setting. Berücksichtigt werden die aktuelle Symptomatik, spezifische Therapieziele sowie Art und Schwere der Funktionsdefizite. Moderne Behandlungskonzepte, wie multimodale Psychotherapie, Hilfen zur Teilhabe oder stationsäquivalente Behandlung, sollen so besser umgesetzt, Psychiatrienerfahrene als Genesungsbegleiter*innen sowie Angehörige einbezogen werden.

Das Modell unterscheidet Personalbedarfe, die direkt für die Behandlung notwendig sind, von solchen, die aus dem Setting (etwa Tagesklinik) folgen, sowie jenen, die sich etwa durch gemeindepsychiatrische Vernetzung oder die Notfallversorgung ergeben.

Das hört sich doch auf den ersten Blick sehr patientenorientiert und versorgungsnah an. Nur stelle ich mir das in der Umsetzung nicht sehr einfach vor, weil die Patient*innen doch, nachdem sie in die Klinik aufgenommen worden sind, unterschiedliche Bedarfe haben und weil sich diese Bedarfe doch auch ändern – in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt. Wie kann denn solch ein Modell in der Realität umgesetzt werden? Wer soll letzten Endes entscheiden, welche Behandlungsbedarfe bei einer Patientin oder einem Patienten auf einer Station, in einer Klinik bestehen – und wie sich das in Personalstellen umrechnet?

Moderne therapeutische Teams tauschen sich multiprofessionell untereinander und mit den Patient*innen über den spezifischen Behandlungsbedarf aus. Ein Personalbemessungsinstrument sollte flexibel unterschiedliche Dimensionen erfassen, wie etwa psychiatrisch-psychotherapeutische, psychosoziale und somatische Aspekte. Und es bedarf regionaler Netzwerke, die nach fachlichen Qualitätskriterien eine sektorübergreifende, patientenzentrierte Versorgung ermöglichen – auch für Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf. Solche Netzwerkarbeit muss dann aber auch auskömmlich finanziert sein.

ver.di als Gewerkschaft befürwortet sehr klar das Plattformmodell. Welche Position sehen Sie bei den Kammern bzw. der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)?

Wenn ich es recht verstehe, geht es der BPtK darum, dass überprüfbar sein muss, ob Mindeststandards bei der Personalausstattung eingehalten werden. Jede Klinik muss demnach nachweisen, dass sie das Geld, das sie für ihre Personalausstattung erhält, auch hierfür einsetzt. Das halte ich auch für richtig – aber es geht eben auch um die Art der Überprüfung und der Sanktionierung, wie ich dargelegt habe. Inhaltlich geht es der BPtK um die angemessene Berücksichtigung

— **Das Plattformmodell erlaubt die Berechnung einer Personalausstattung, die für eine leitliniengerechte und an den individuellen Bedarf angepasste Patientenversorgung erforderlich ist.** —

psychotherapeutischer Leistungen. Auch das ist ja ein berechtigtes Anliegen. Meines Erachtens wäre es gut gewesen, die DGPPN hätte die BPtK in die Debatte aktiv einbezogen.

Am Ende wird man nicht drum herumkommen. Egal, ob es beim jetzigen Modell (mit Modifikationen) bleibt oder ob es einen Schwenk zum Plattformmodell geben wird: Es muss mehr Geld ins System kommen, um leitliniengerechte Behandlungen in der Psychiatrie durchzuführen – oder?

Es muss so viel Geld im System sein, dass eine leitliniengerechte Behandlung gewährleistet ist. Dazu gehört auch, Psychotherapie breiter zu verankern als bisher üblich, zum Beispiel in der Akutpsychiatrie.

Wir haben implizit bisher von der Finanzierung und den Behandlungen in Psychiatrischen Kliniken gesprochen. Nun gilt die PPP-RL ja auch für psychosomatische Krankenhausabteilungen, die häufig, vielleicht sogar meistens, ganz anders arbeiten und arbeiten können: keine Notaufnahmen, keine geschlossenen oder beschützenden Stationen, dagegen überregionale

und nur geplante Aufnahmen. Gilt die von Ihnen beschriebene Kritik an der Finanzierungsstruktur und die Gefahren für die Versorgung der Patient*innen auch für diese Häuser?

Das Problem unverhältnismäßiger Strafzahlungen ergibt sich ja auch hier. Gerade kleinere psychosomatische Einheiten oder psychosomatische Satelliten können diese zum Beispiel bei krankheitsbedingten Ausfällen oft schwer kompensieren und haben hohe Strafzahlungen zu erwarten. Das Problem des Fachkräftemangels löst diese Richtlinie aber sicherlich nicht. Und wenn ein Krankenhaus Fachkräfte einstellen könnte, um Engpässen vorzubeugen und eine gute Behandlung zu sichern, die Kostenträger aber nicht bereit wären, dies in den Budgetverhandlungen über Mindestvorgaben hinaus zu berücksichtigen, dann hätten wir ein Problem in der Psychiatrie wie in der Psychosomatik.

Was würde diese Entwicklung, wenn sie unverändert weiterläuft, denn für die Patient*innen und die psychiatrische Versorgung bedeuten?

Kleinere Einheiten wären in ihrer Existenz bedroht. Der G-BA hat ja jetzt die Sanktionen für 2024/2025 ausgesetzt. Bis März 2024 muss ein Beschluss zum neuen Sanktionsmechanismus gefasst werden. Es ist zu hoffen, dass dieser so gefasst wird, dass berechtigte Kritikpunkte aufgenommen werden.

Welche Rolle spielen denn die Ausbildungsteilnehmer*innen in der Psychiatrie nach



Dr. Olivier Elmer

Psychiatrisches Zentrum Nordbaden
Heidelberger Straße 1a
69168 Wiesloch
olivier.elmer@pzn-wiesloch.de

Dr. Dipl.-Psych. Olivier Elmer ist Psychologischer Psychotherapeut. Er ist Mitglied der Geschäftsleitung des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden. Dort ist er u. a. zuständig für Organisationsentwicklung, Strategie und Klinisches Risikomanagement.

der bisherigen Ausbildung in dem psychiatrischen Finanzierungssystem und wie würde sich das darstellen, wenn man das Plattformmodell umsetzen würde?

Die bisherigen Ausbildungsteilnehmer*innen werden ja in der Kodierung nur erfasst, insofern sie quasi ihren „Grundberuf“, also psychologische Tätigkeit im engeren Sinne, ausüben und entsprechend eingruppiert sind. Das spiegelt deren tatsächliche Leistung im therapeutischen Klinikalltag nicht wider. Eine bessere Lösung, mit fairer Bezahlung, die den jeweiligen psychotherapeutischen Qualifizierungsgrad berücksichtigt, ermöglicht das neue Weiterbildungsmodell. Abrechnungssysteme kennen das Modell der fachärztlichen Weiterbildung – das des alten Gesetzes mit einer weiteren Ausbildung, die auf ein Studium draufgesattelt wird, hat bekanntlich zu zahlreichen systematischen Schwierigkeiten geführt.

Die Situation der zukünftigen Psychotherapeut*innen in Weiterbildung, also gemäß der neuen Weiterbildung, ist ja ganz anders, weil sie sozusagen ordentlich angestellt und bezahlt werden müssen. Was bedeutet das für das Finanzierungssystem?

Die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung ist Voraussetzung dafür, genügend Weiterbildungsplätze zu schaffen und damit die Reform der Psychotherapeutenausbildung umzusetzen. Hier ist jetzt die Bundesregierung am Zug, das zu regeln!

Vielen Dank, Herr Elmer, für dieses Interview!



Prof. Dr. Heiner Vogel

Universität Würzburg
Arbeitsgruppe Rehabilitationswissenschaften
Zentrum für Psychische Gesundheit des
Universitätsklinikums Würzburg
Pleicherwall 1, 97070 Würzburg
heiner.vogel@uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. Heiner Vogel, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, leitet die Arbeitsgruppe Rehabilitationswissenschaften des Universitätsklinikums Würzburg. Zudem steht er der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. vor. Er ist Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie Sprecher des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.