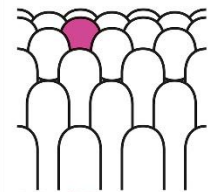


Thesenpapier „Neuordnung der Tätigkeiten in der Erwachsenenpsychiatrie“

für die
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger
Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG)
Geschäftsstelle Akazienweg 10
34117 Kassel



Hidden
Champion



2024/25

HEALTHCARE

ZEQ AG
Unternehmensberatung
Am Victoria-Turm 2
68163 Mannheim

Tel.: (0621) 300 8 400
Fax: (0621) 300 8 40-10
E-Mail: info@zeq.de
Web: www.zeq.de

1 Thesen zu Möglichkeiten für eine Neuordnung von Tätigkeiten

Die im Rahmen von Analysen erzielten Ergebnisse und die in einem Gutachten formulierten Aspekte zur Neuordnung von Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Psychologische Psychotherapeuten in der Erwachsenenpsychiatrie lassen sich in vierzehn zentralen Thesen zusammenfassen:

1. Die Auswertungen für acht Pilotkliniken zeigen auf, dass die heutigen Tätigkeitsprofile im Wesentlichen noch den Anforderungen der PPP-RL (Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik) gehorchen – signifikante Unterschiede als Resultat einer Verschiebung von Tätigkeiten zwischen den betrachteten Berufsgruppen zeigen sich nicht. Auch auf der Ebene der Einsatzgebiete (also Akut, Affektiv, Geronto, Trauma, etc.) lassen sich keine nennenswerten Verschiebungen feststellen.
2. Betrachtet man den zeitlichen Anteil, der auf die Übernahme der Tätigkeitsbündel gemäß Anlage 4 der PPP-RL bzw. auf einzelne Tätigkeiten innerhalb der Berufsgruppen und der Hierarchiestufen im Vergleich der Pilotkliniken entfällt, zeigen sich für einzelne Pilotkliniken statistisch auffällige Abweichungen – dies lässt darauf schließen, dass diese Kliniken den Spielraum, den die PPP-RL lässt, im Einzelfall individuell ausnutzen.
3. Die derzeitige, struktur-konservative Ausgestaltung der PPP-RL lässt die psychiatrischen Einrichtungen in der herkömmlichen Verteilung der Aufgaben zwischen den Berufsgruppen verharren und behindert die Kliniken bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer Ansätze, um zu einer Neuverteilung von Aufgaben zu kommen und damit auch Antworten auf den sich verschärfenden Fachkräftemangel – insbesondere bei den klinisch tätigen psychiatrischen Fachärzten – zu finden. Am ehesten noch lässt die derzeitige Fassung der PPP-RL ein gewisses Maß an Flexibilität im Einsatz von Psychologischen Psychotherapeuten und PsychiaterInnen zu.
4. Die PPP-RL nimmt in Bezug auf die Gestaltung und Verteilung der Aufgaben im Rahmen der Patientenversorgung zwischen den Berufsgruppen die Perspektive der fachlichen Experten ein und zielt darauf ab, diese auch kleinteilig gegeneinander abzugrenzen. Eine Neuordnung von Tätigkeiten sollte zukünftig aber einen Paradigmenwechsel vollziehen und klar die Klientenperspektive einnehmen: Im Fokus steht dabei primär, was die Klienten in den jeweiligen Settings benötigen und erst sekundär, welche Berufsgruppe den Bedarf situativ angepasst abdeckt. Selbstverständlich muss die besondere Expertise der jeweiligen Berufsgruppen gewahrt bleiben – es geht darum, dass sich alle Akteure in der Patientenversorgung weiter professionalisieren.
5. Die untersuchten Modellvorhaben stützen die Feststellung, dass die Änderung bzw. Ausweitung der Behandlungssettings (insbesondere Formen der ambulanten Versorgung bis hin zum „Home Treatment“) vorrangig die Verbesserung der Patientenversorgung zum Ziel hat oder aber alternative Vergütungsformen zum PEPP begründen soll. Eine weitreichendere Neuordnung von Tätigkeiten lässt sich nicht erkennen, ist aber auch nicht Teil der Zielsetzung der Modellvorhaben. Es finden sich allerdings Belege, dass in den Modellvorhaben am ehesten die Rolle des Pflegedienstes im therapeutischen Team aufgewertet wird.
6. Die Modellvorhaben zeigen aber tendenziell klar den Effekt, dass sich das Hierarchieverständnis und die Kooperation zwischen den Berufsgruppen verändert und damit auch eine veränderte, flexiblere Aufgabenwahrnehmung möglich wäre – je stärker der aufsuchende

Charakter eines Settings ist, desto stärker wird die Rolle des Pflegedienstes aufgewertet. Erste Auswertungen zeigen, dass dadurch die Zufriedenheit zunimmt, auch wenn die individuelle Belastung steigt. Neue Versorgungssysteme fördern die Innovation und die Veränderung bei der Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen.

7. Eine große Auswirkung auf die Neuordnung von Tätigkeiten lässt der Einsatz von akademisierten Pflegefachkräften auf dem Level von Masterabschlüssen erwarten, im Allgemeinen sind dies Advanced Practice Nurses (APN) bzw. im Speziellen Psychiatric Mental Health Nurse Practitioners (PMHNP). Langjährige Erfahrungen im angloamerikanischen bzw. europäischen Ausland zeigen, dass im Falle einer breiteren Integration der akademisierten Pflegefachkräfte in die therapeutischen Teams auch in deutschen Psychiatrien die Attraktivität des Pflegeberufs erheblich gesteigert werden kann. Dadurch gelingt nicht nur die Umsetzung von zukunftsweisenden Versorgungsformen für psychisch Erkrankte mit hoher fachlicher Qualität besser, sondern es bietet den psychiatrischen Kliniken auch die Chance, ärztliche Tätigkeiten in nennenswertem Umfang übertragen zu können. Das könnte zumindest einen relevanten Beitrag zur Verringerung des ärztlichen Fachkräftemangels leisten.
8. Die Auswertung der Beispiele von Modellen insbesondere im Sinne eines „Flexible Assertive Community Treatments (FACT)“ im Ausland stützt die These einer stark zunehmenden Bedeutung von akademisierten Pflegefachkräften in der psychiatrischen Versorgung.
9. Alternativ zu den akademisierten Pflegefachkräften bietet auch der Einsatz von Physician Assistants (PA) zukünftig ein relevantes Potenzial, um insbesondere (assistenz-)ärztliche Aufgaben in Psychiatrien zu übernehmen, z. B. im Rahmen des Aufnahmeverfahrens oder im Stationsdienst. Hier gibt es aber in Bezug auf das Einsatzgebiet und die konkrete Definition der Aufgabenübernahme in psychiatrischen Einrichtungen noch Klärungsbedarf – derzeit liegen nur wenige Erfahrungswerte vor. Denkbar ist ein Einsatz von PA in psychiatrischen Kliniken insbesondere in Fachabteilungen mit einem relevanten somatischen Hintergrund der Patienten, also beispielsweise in der Gerontopsychiatrie, bei Abhängigkeits-erkrankungen oder auch in der Psychosomatik.
10. Geht man davon aus, dass die Zahl der AbsolventInnen im Fach Psychologie zukünftig weiterhin höher liegt und stärker wächst, als der Anteil der AbsolventInnen im Fach Medizin und unterstellt man, dass sich dies auch auf den Anteil von PsychologInnen und ÄrztInnen im psychiatrisch-klinischen Umfeld übertragen lässt, dann werden klinisch tätige Psychologische Psychotherapeuten in Zukunft stärker auch ärztliche Aufgaben übernehmen – das schließt auch die Übernahme von Leitungspositionen bis hin zur Abteilungsleitung mit ein. Wenn die rechtlichen (und organisatorischen) Voraussetzungen geschaffen werden und strukturelle Voraussetzungen für die Abrechnung eines Behandlungsfalls (OPS- bzw. Komplex-Codes) dem nicht entgegenstehen, ist die Übernahme der Gesamtbehandlungsplanung und von (heute ärztlichen) Tätigkeiten wie Anamnese/ Erhebung psychopathologischer Befund, Diagnosestellung, Indikation zur Aufnahme, Visite und auch das Management der Psychopharmaka sowie auch die Teilnahme am Dienstmodell durch Psychologische Psychotherapeuten vorstellbar (Gewährleistung des „Facharztstandards“). Konsiliarisch oder in dualer Verantwortung mit dem Ärztlichen Dienst wäre dann die somatische (insbesondere internistische) Behandlung der PatientInnen abzudecken. Erleichtert werden kann die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Psychologische Psychotherapeuten am ehesten in Fachabteilungen/ Einheiten mit einem hohen Grad einer psychotherapeutischen Ausrichtung (z. B. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)). Hingegen werden Abteilungen/

Einheiten mit einer Spezialisierung beispielsweise auf Abhängigkeitserkrankungen (Intoxikationen) oder Schizophrenie, ebenso wie Gerontopsychiatrie (z. B. Delir-/ Demenzbehandlung) auch zukünftig einen hohen Anteil ärztlicher Präsenz erfordern. Der Weg zu einer Veränderung wird hier – wie oben beschrieben – allerdings nur über die Veränderung von Anforderungen in den OPS-Codes gehen können.

11. Denkt man die Veränderungen in der Organisation der Patientenversorgung, die aus der Erweiterung der stationären Versorgung um ambulante Settings bis hin zu Formen des „Home Treatments“ resultieren, weiter, ist absehbar, dass sich die Rolle des Ärztlichen Dienstes ändern wird: Dieser wird sich zukünftig stärker auf die Kernaufgabe der Steuerung und Integration der Behandlung fokussieren, mit der Folge, dass sich die Beiträge der anderen Berufsgruppen an der Patientenversorgung verändern werden.
12. Verfolgt man die Auswirkungen der bereits verfügbaren digitalen Anwendungen sowie die Entwicklung des Einsatzes von Künstlicher Intelligenz (KI) auch im klinischen Kontext, kann davon ausgegangen werden, dass heute noch zeitaufwändige „händische“ oder nur partiell digital unterstützte Tätigkeiten durch Automatisierung ganz entfallen. Ferner wird die KI, z. B. in Bezug auf die Anamnese und die Sammlung sowie Verfügbarkeit von Patientendaten oder auch die klinische Entscheidungsunterstützung die Tätigkeitsfelder der untersuchten Berufsgruppen stark verändern und die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch die Berufsgruppen des Pflegedienstes und der Psychologischen Psychotherapeuten ermöglichen und fördern.
13. Der zunehmend digitale Workflow wird sich stark auf Strukturen und Prozesse auswirken – dabei betreffen die größten, auch kurz- bis mittelfristig bereits absehbaren Auswirkungen die Steuerung von Kapazitäten (z. B. Management der Behandlungsplätze einschließlich Wartelisten) und Ressourcen (z. B. Management des Personaleinsatzes). Die hiermit heute noch verbundenen Tätigkeiten und Zeitaufwände werden zukünftig entfallen. Im Gutachten wird dieser Effekt exemplarisch am zentralisierten Aufnahme- und Diagnostikzentrum aufgezeigt.
14. Die Tätigkeiten der untersuchten Berufsgruppen werden sich zukünftig anderen Aufgabenfeldern zuordnen lassen müssen als in der derzeitigen PPP-RL vorgesehen. Insbesondere Managementaufgaben und auch Leitungsaufgaben werden einen höheren Stellenwert erhalten.