



Psychotherapie im Krankenhaus Entwicklungspotentiale

Dipl.-Psych. Yvonne Hoffmeister

Leitende Psychologische

Psychotherapeutin

yvonne.hoffmeister@marienhaus.de

Tel.: 06591-17-80658



Allgemeinpsychiatrie mit Pflichtversorgungsauftrag

St. Elisabeth Krankenhaus Gerolstein

Marienhause Klinikum Eifel

76 stationären Betten und 2 Tageskliniken mit zusammen 34 Plätzen

eine Institutsambulanz (PIA)

Konzeption, Implementierung, Evaluation

Verhältnis Ärzte und Psychologen 1:1

Inhalt

These: Benötigt wird eine Klarstellung der Gesetzgebung bzgl. unseres Berufsstandes. Gleichzeitig sollten wir unser Selbstbild überdenken, um von anderen Berufsgruppen anerkannt zu werden

(> Verantwortungsübernahme, Mehrleistung, Vorleistung, Darstellung unserer Expertise -klinisch und im ABO-Bereich)

- 1) Warum braucht die Klinik Psychotherapie?
- 2) Wie äußert sich die gesetzgebende Gewalt hierzu?
- 3) Wie machen unsere ärztlichen Kollegen das?
- 4) Ein mögliches Konzept

(Im Folgenden wird der Einfachheit halber eine männliche Anredeform verwendet.)

1) Warum braucht die Klinik Psychotherapie?

Evidenzbasierte, leitliniengerechte Psychotherapie in Kliniken,

Ziel: Erhöhung der Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolge

- niederschwellige Hilfen für schwer erkrankte Patienten
- die sich kaum im ambulanten System wiederfinden
- da die Pat. die Rahmenbedingungen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht einhalten können (oder gar nicht erst einen Platz bekommen)
- 81% der Patienten äußerten bei einer katamnestischen Untersuchung sechs Monate nach einer stationären Behandlung, dass sie den **Behandlungserfolg auf die zentrale Rolle der Psychotherapie zurückführen** (Maß et al., 2019)

1) Warum braucht die Klinik Psychotherapie?

- Die Ergebnisse einer **Komplextherapie mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie akuter und chronischer Depression** fallen deutlich besser aus als bei ambulanten Psychotherapien (Prä-Post-Effektstärken von knapp zwei und mehr) (Schramm et al., 2007; Brakemeier et al., 2015)
- Leitlinien s. bspw. Neuversion S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register Nr. 038-009)
- **Psychotherapie ist bei den meisten Störungsbildern die wichtigste und effektivste Therapieform**
- *Frequenz der psychotherapeutischen Behandlung sollte **mindestens zweimal 50 Minuten** pro Woche im Einzelsetting für die Behandlung der häufigsten Erkrankungen betragen (s. Leitliniengerechte Psychotherapie z.B. Schnell, 2016 sowie Mehl, 2016)*

1) Warum braucht die Klinik Psychotherapie?

- Es gibt keine Berufsgruppe mit ähnlich guter Psychotherapieausbildung
- Diagnostik, wissenschaftliches Arbeiten, quantitative Methoden, Grundlagenforschung, umfassende Grundausbildung
- ABO-Psychologie: Wissen über Führungsstile, Organisationsprozesse Mikro- und Makrostrukturen, Wissen über Teamprozesse
- Klinische Behandlungskonzepte:** „Ressourcen- und Resilienzorientierung, intensive psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, multimodales Behandlungsprogramm“
- Direkte, indirekte Veränderungsmessung, qualitative Befragungen:
Pat. profitieren von psychologischen Einzelgesprächen

1) Warum braucht die Klinik Psychotherapie?

Zitiert aus: Report Psychotherapie 2021 - Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.

Krankenhaustage nach Diagnosegruppen

Tage je 1.000 VJ

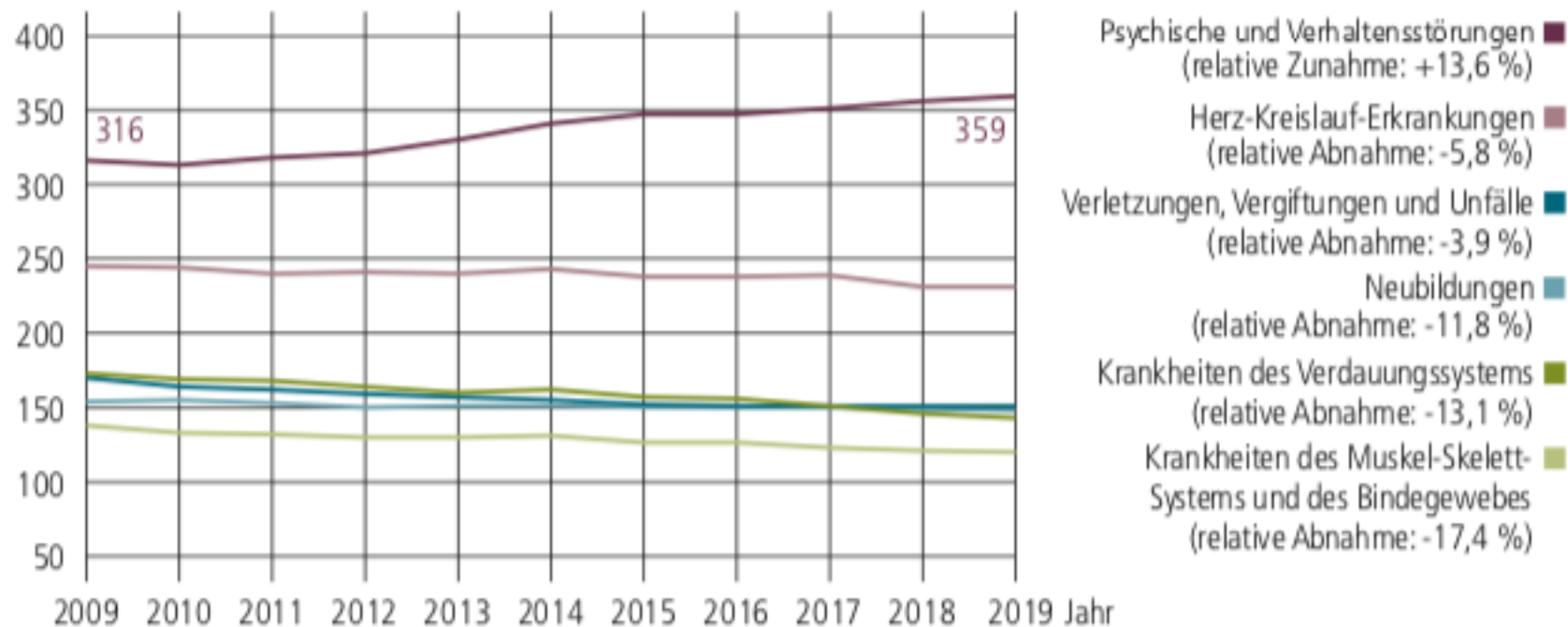


Abbildung 53: Krankenhaustage je 1.000 VJ nach den 6 häufigsten Diagnosegruppen von 2009 bis 2019.
Quelle: Augurzky et al. (2020).

2) Wie äußert sich die gesetzgebende Gewalt hierzu?

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) – Reformgesetz

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) - Kode Erweiterungen

(Pauschalisierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) – Besonderheiten)

Psychisch-Kranken-Gesetz (Psych - K(H)G)

2) Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie (PPP-RL)

- **Hintergrund:** Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (2016) (PsychVVG)
 - Der **G-BA** hatte den Auftrag erhalten, **verbindliche Mindestvorgaben** für die Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen **therapeutischen Personal** zu formulieren und für eine **leitliniengerechte** und hinreichende psychotherapeutische Behandlung zu sorgen
 - Nach 4 Jahren ist der G-BA diesem gesetzlichen Auftrag nur in Ansätzen und mit einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand für die Kliniken nachgekommen

2) Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie (PPP-RL)

Historischer Rückblick:

Psychiatrien waren für unheilbar Kranke vorgesehen; Verwahranstalten („Irrenanstalten“ des 19. Jahrhunderts).

Von den streng hierarchisch organisierten „Irrenanstalten“, in denen niemand ernsthaft eine Entwicklung der Insassen erwartete, hat sich bis heute eine gewisse Entwicklung vollzogen.

Das hat auch dazu geführt, dass die PPP-RL (2020) für uns Psychotherapeuten eine leichte Verbesserung gegenüber der Psych-PV (1991) darstellt.

2) PPP-RL

- Grundlage der Richtlinie aktuell: Keine Studie, sondern acht **Fachexpertengespräche** (durchgeführt durch den G-BA) und **S3-Leitlinien**
- Übergangslösung von 2020 bis 2024, neben **Kontrolle der Einhaltung: Datenerhebungsinstrument**; Richtlinie wird alle 2 Jahre überprüft (Quelle: Tragende Gründe vom 19. September 2019)

2) PPP-RL

Erhebliche Neuerungen ggü. PsychPV:

„ § 2 (2) Die Behandlung ... ist grundsätzlich nur zulässig, wenn die in § 6 geregelten Mindestvorgaben erfüllt werden“

2) PPP-RL

§ 5 Berufsgruppen

Ein Tausch ist möglich zwischen „ÄrztInnen“ und „PsychologInnen“

*... soweit diese **gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnungen erfolgen soll, erbringen.***

- Servicedokument: „Ausnahmetatbestände“

2) PPP-RL

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

(4) Die Mindestvorgaben sind erfüllt, wenn der Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und **keine der Berufsgruppen** in der Einrichtung einen **Umsetzungsgrad unter 100 Prozent hat**

Anlage 1 Minutenwertetabellen

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche im jeweiligen Behandlungsbereich

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
A1	207	856	49	122	28	76
A2	257	1536	35	117	29	74
A4	132	1012	75	113	27	59
A5	154	476	107	103	31	14
A6	114	329	107	176	17	67
A7	265	509	132	102	50	49
A9	-	-	-	-	-	-
S1	226	835	61	72	35	109
S2	256	1562	68	51	34	153
S4	106	961	102	112	38	77
S5	131	477	106	101	31	48
S6	115	318	105	154	16	101
S9	-	-	-	-	-	-
G1	183	1270	56	102	35	75
G2	211	1645	37	78	40	51
G4	100	1187	63	72	44	42
G5	119	519	98	76	31	13
G6	115	372	107	167	26	68
G9	-	-	-	-	-	-
P1	154	476	107	103	31	14
P2	265	509	132	102	50	49
P3	114	329	107	176	17	67
P4	265	509	132	102	50	49

PPP-RL
(2020)

<https://www.g-ba.de/richtlinie/n/113/>

§ 5 Minutenwerte

(1) Der Personalbemessung für die nachstehenden Berufsgruppen sind je Patient und Woche folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplompsychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A 1	207	578	29	122	28	76
A 2	257	1 118	12	117	29	74
A 3	82	376	110	197	29	79
A 4	132	734	57	113	27	59
A 5	154	198	107	103	31	14
A 6	114	51	83	176	17	67
S 1	226	557	43	72	35	109
S 2	256	1 142	55	51	34	153
S 3	82	242	110	156	46	175
S 4	106	683	80	112	38	77
S 5	131	199	100	101	31	48
S 6	115	40	81	154	16	101
G 1	183	992	26	102	35	75
G 2	211	1 221	0	78	40	51
G 3	84	518	66	85	42	79
G 4	100	909	43	72	44	42
G 5	119	241	81	76	31	13
G 6	115	94	83	167	26	68

Psych-PV (1991)

Kunze, H.,
Kaltenbach, L., &
Auerbach, P. (1992).
Psychiatrie-
Personalverordnung
: Textausgabe mit
Erläuterungen und
Materialien für die
Praxis. W.
Kohlhammer

Minutenwerte / Pat. u. Woche

		Psych-PV (1991)	PPP-RL (2020)
A1-Pat.: (Allgemeine Psychiatrie)	Psychologen	29` $\triangleq 1:7,1$	49` $\triangleq 1:4,2$
	Ärzte	207`	207`

1. Berechnungsweise (Abs. 1)

1.1 Für die Ermittlung der Personalstellen gelten folgende Rechenformeln:

a) Personalstellen ohne Leitungskräfte und ohne Basiszeitwert für Stationen (Abs. 1)

$$\frac{\text{Anzahl der Patienten} \times \text{Minutenwerte je Behandlungsbereich}}{60 \text{ Minuten} \times (38,5 - \text{Ausfallzeit})} = \text{Anzahl der Personalstellen der Berufsgruppe}$$

Dazu ein Rechenbeispiel unter folgenden Annahmen:

Behandlungsbereich A 1, 19 Patienten

Berufsgruppe: Ärzte

Ausfallzeit: 16,5 %

$$\frac{207 \times 19}{60 \times (38,5 - 16,5 \%)} = 2,04 \text{ Personalstellen}$$

Therapieplan

Übersicht Kalenderwoche 22 (27.05.2019 - 02.06.2019 23:59:59)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
08:15-08:40: 1-5_Morgenrunde 2 (Raum 109)	08:15-08:40: 1-5_Morgenrunde 2 (Raum 109)	08:15-08:40: 1-5_Morgenrunde 2 (Raum 109)	08:15-08:40: 1-5_Morgenrunde 2 (Raum 109)	08:15-08:40: 1-5_Morgenrunde 2 (Raum 109)		
09:00-10:15: 1_Soziales Kompetenztraining 2 (Raum 109)	09:00-10:15: 2_Ergotherapiegruppe 2 (Raum 121)	09:00-10:15: 3_Ergotherapiegruppe 2 (Raum 121)	09:00-10:15: 4_Physiotherapiegrupp e 2 (Raum 122)	09:00-11:45: 5_Kochgruppe Planen/Kochen 2 (Küche)		
10:30-11:45: 1_Physiotherapiegrupp e 2 (Raum 122)	10:30-11:45: 2_Physiotherapiegrupp e 2 (Raum 122)	10:30-11:45: 3_Achtsamkeitsgruppe 2 (Raum 109)	10:30-11:45: 4_Skillsgruppe 2 (Raum 109)			
			12:30-13:00: 4_Kochgruppe Einkauf 2			
13:00-14:15: 1_Walkinggruppe 2		13:00-14:15: 3_Progressive Muskelrelaxation 2 (Raum 109)	13:00-14:15: 4_Gemeinschaftsaktivit ät 2			
14:30-15:45: 1_Imagination/Konzent rationstraining 2 (Raum 109)	14:30-15:45: 2_Bezugspflegegruppe 2 (Raum 109)	14:30-15:45: 3_Psychotherapiegruppe 2 (Raum 109)	14:30-15:45: 4_Themenzentriertes Arbeiten 2 (Raum 121)			
15:45-16:10: 1_Abschlussrunde 2 (Raum 109)	15:45-16:10: 2_Abschlussrunde 2 (Raum 109)	15:45-16:10: 3_Abschlussrunde 2 (Raum 109)	15:45-16:10: 4_Abschlussrunde 2 (Raum 109)			

**In mehreren
Kliniken wird
derzeit ein
störungsübergreif
endes, modular-
psychotherapeuti
sches System von
Interventionen
erarbeitet**

PTK

- Mittagessen 12:00-13:00 Uhr
- Chefarztvisite Donnerstagmorgen
- Tel.: 06503 / 81-2197
- Für Physiotherapiegruppen bitte Sportkleidung mitbringen!

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

a. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie **Oberärztinnen und Oberärzte**

a. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte im Stationsdienst

1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung

- Psychiatrische Anamnese und Befunderhebung, **körperliche Untersuchung**, Fremdanamnese, Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme
 - Visiten, Verlaufsuntersuchungen, Befundauswertung, **Medikationskontrolle und medizinische Behandlung**
 - Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief
 - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
 - Teilnahme an Oberarztvisite/Kurvervisite
- 2. Einzelfallbezogene Behandlung
 - Einzelgespräche/Einzels psychotherapie
 - Krisenintervention
 - Familiengespräche/Familientherapie
- **Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses**, Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
- **Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich gutachterlicher Stellungnahmen**
 - Gruppentherapie
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
 - Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen
 - Teilnahme an den Therapiekonferenzen
 - Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision, Balintgruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)

c. Regelaufgaben der Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 1 1.
Klinisch-psychologische Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (**insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik**) sowie bei der Therapieplanung
 - Verlaufskontrolle, Teilnahme an Visiten
 - Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Berichte
 - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
 - Teilnahme Oberarztvisite/Kurvervisite 2. Einzelfallbezogene Behandlung
- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
 - Krisenintervention
 - Familiengespräche/Familientherapie
- Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, Rehabilitations- und Nachsorgeplanung 3. Gruppentherapie
 - Gruppentherapie, einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
 - Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen
 - Teilnahme an Therapiekonferenzen
 - Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen
 - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)

2) Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) - Reformgesetz

- **Erstes Quartal 2021: Einheitliche Überführung der Medizinischen Dienste in eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts (Umbenennung in MD) → „MDK so kein Werkzeug mehr der Kostenträger“**
- Mitglieder der **Landespflegekammer und Landesärztekammer** sind nicht stimmberechtigt, KK-Vertreter sitzen mit einer Mehrheit von 76,2% im Verwaltungsrat des MD

2) Strukturprüfung OPS-Komplexkodes (§ 275d SGB V)

OPS-Kodes 1-945 *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit*

Erforderliche Unterlagen:

Ausgefüllter Selbstauskunftsbogen und die folgenden Belege für die jeweiligen Strukturmerkmale (werden Strukturmerkmale durch Kooperationen erfüllt, sind die Kooperations-/Honorarverträge sowie die Qualifikationsnachweise der Ärzte/Therapeuten und soweit erforderlich Dienstpläne vorzulegen).

- *Das multiprofessionelle Team besteht aus Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, Fachkräften für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*
 - **Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise aller Mitglieder des multiprofessionellen Teams**
 - **Ärzte**
 - **Sozialarbeiter**
 - **Psychologen**
 - **Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

2) Psychisch-Kranken-Gesetz (Psych - KHG)

§

27

Besondere Sicherungsmaßnahmen

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur aufgrund der schriftlichen Anordnung durch die fachliche Einrichtungsleitung, eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten zulässig. Eine Fixierung nach Absatz 1 Satz 4 Nr. 6 ist ausschließlich aufgrund der schriftlichen Anordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt zulässig. Bei Gefahr im Verzug können besondere Sicherungsmaßnahmen auch mündlich angeordnet werden; sie sind danach unverzüglich schriftlich zu begründen. Bei Gefahr im Verzug dürfen besondere Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 4 Nr. 1 bis 5 auch durch anderes therapeutisches oder pflegerisches Personal der Einrichtung angeordnet werden. Die Entscheidung der fachlichen Einrichtungsleitung, der zuständigen Ärztin oder des zuständigen Arztes oder der zuständigen Psychotherapeutin oder des zuständigen Psychotherapeuten ist unverzüglich nachzuholen.

2) Zwischen - Fazit

Sicht eines Verwaltungsdirektors, Geschäftsführers:

„Ausnahmetatbestände“ (bedürfen einer Begründung)

Aber: Fehlende Ärzte durch Psychologen ersetzen und damit Strafzahlungen vermeiden. –Darauf sollten wir aufmerksam machen.

Sicht eines ärztlichen Leiters/ Chefarztes:

PiA der sich mit der Aussage bewirbt: „Ich habe nicht gelernt Einzelgespräche zu führen, aber wie genau sind die Konditionen?“

Unter Einbezug der neuen gesetzlichen Regelwerke: Strafzahlungen bei nicht-Einhaltung der Regelminuten, MD(K) Prüfungen

Fazit: Vorleistungen, Mehrarbeit, Betonung von Expertise, Leitungen auch durch Psychotherapeuten

Zu Absatz 1

Leitende Ärzte im Sinne des Absatzes 1 sind Ärzte mit Letztverantwortung für die Patienten. Für sie wird ein zusätzlicher Personalbedarf auf der Abteilungsebene anerkannt. Dem gegenüber sind anteilige Zeitwerte für Oberärzte bereits in den Personalvorgaben enthalten. Für die Vertretung der Ärzte in der Krankenhausleitung ist keine zusätzliche Personalstelle vorgesehen, weil diese Funktion regelmäßig von einem der leitenden Abteilungsjärzte (Chefärzte) wahrgenommen wird. An Stelle eines Arztes kann der Krankenhausträger in eigener Verantwortung auch einen Diplom-Psychologen als Leitungskraft einsetzen.

Der Zeitbedarf für die Leitungskräfte ist abhängig von der Aufgabenstruktur der psychiatrischen Einrichtungen. Die Aufgabenstruktur schlägt sich bei dem vorliegenden leistungsbezogenen Konzept insbesondere in der Zahl der nachgeordneten Ärzte und Diplom-Psychologen nieder. Diese Zahl dient daher als Bezugsgröße für die Personalbemessung für Leitungskräfte.

Absatz 1 schreibt eine auch anteilige Berücksichtigung von Stellen für den leitenden Abteilungsjarzt vor. Hierdurch werden die in der Praxis unterschiedlichen Abteilungsgrößen angemessen berücksichtigt. In Krankenhäusern mit kleinen Abteilungen können so beispielsweise anteilige Stellen für einen leitenden Abteilungsjarzt, seinen Stellvertreter und einen Oberarzt zusammengelegt und von einem Arzt ausgefüllt werden. Bei weniger als acht nachgeordneten Ärzten und Diplom-Psychologen übernimmt folglich der leitende Arzt auch oberärztliche Tätigkeiten.

§ 107 Abs. 1
Nr. 2 SGB V:
„ständige
ärztliche
Leitung“

2) Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes RLP (in Kraft getreten am 01. 01. 2011)

Meilenstein im stationären Bereich, RLP Vorreiter:

Psychotherapeuten können Abteilungen leiten

die Landespsychotherapeutenkammer wird offiziell in die
Krankenhausplanung des Landes eingebunden

Hieraus, sowie einem ansteigenden Ärztemangel, ergeben sich
Chancen für Psychotherapeuten in stationären Bereichen, es ist
aber eine Klarstellung durch den Gesetzgeber notwendig

2) Facharztgleichstellung

Keine klaren Gesetzesregelungen, ausgeprägte Hierarchien,
Machtanspruch des ärztlichen Berufsrechts

Facharztstandard: Kein berufs- oder sozialrechtlicher Bezug
Begriff findet sich nicht im SGB V

Kein Facharztpatent

Konkreter Fall wird beurteilt

Theoretische und praktische Beherrschung der Behandlung

Nicht-Fachärzte als Behandler möglich

im jeweiligen Fachgebiet vorausgesetzte Fähigkeiten und
Fertigkeiten

2) Facharztgleichstellung

PP erfüllt Facharztstandard im Gebiet der jeweiligen

Behandlungsbefugnis

Diagnose

Indikationsstellung und

Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert

Selbstständige und eigenverantwortliche Behandlung im Fachgebiet,
keine Hilfeleistung (§ 39 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 28 Abs.
3 SGB V); Gleichstellung mit Fachärzten

3) Wie machen unsere ärztlichen Kollegen das?

- Bestehen auf ihrer Expertise, haben sich schon seit über 100 J. organisiert
- Fühlen sich verantwortlich für das Funktionieren von Etwas
- Nehmen dafür Mehrleistungen auf sich
- Sind trainiert schnelle Entscheidungen zu treffen
- Springen ein -auch bei unangenehmen, notwendigen Aufgaben- (Dienste, Funk ...)
- „place and train“: Übernahme neuer Aufgaben ohne übertriebene Selbstzweifel
- Lobbyarbeit, Gremien, Ausschüsse, eigene Gewerkschaft, Versicherungen, eigenes Versorgungswerk

3) Warum sagt niemand:

„Lassen Sie mich durch, ich bin Psychotherapeut“?

„Halbgott in Weiß - Phänomen“ -Eine mögliche sozialpsychologische Erklärung:

Selbstwertstützende Attributionen

Erklärung eigener Erfolge basierend auf internalen Faktoren

Elaboration-Likelihood-Modell:

Einstellungsänderung nach persuasiver Kommunikation; Persönliche Relevanz eines Themas führt zur Wichtigkeit von stichfesten Argumenten, und einer erhöhten Aufmerksamkeit

Ist das Thema von weniger persönlicher Relevanz, so wird ein peripherer Weg der Informationsverarbeitung eingeschlagen: „berühmten oder hochrangigen Sprechern kann Vertrauen geschenkt werden“.

4) Ein mögliches Konzept

*Benötigt wird: **Mehr Zeit für Patienten, mehr Zeit für Gestaltung von Teamprozessen***

Wenn wir von einer hierarchisch-patriarchalen Struktur in den Kliniken zu einer modernen Gestaltung kommen wollen, dann sollte in einer flachen Hierarchie das Wissen breit verteilt sein (**Mitarbeiterzentrierter Führungsstil**).

In unserer Klinik ist das **Verhältnis von Psychologen und Ärzten 1:1**. Auch der kollegiale Umgang miteinander ist gleichberechtigt. Die beiden Berufsgruppen geben sich gegenseitig keine Weisungen. Sie arbeiten gleichberechtigt zusammen.

Die internen Fortbildungen, Fallbesprechungen etc. finden gemeinsam statt und werden von beiden Berufsgruppen **gleichberechtigt** gestaltet. Das wird von beiden Berufsgruppen als hilfreich und selbstverständlich wahrgenommen.

4) Ein mögliches Konzept

Warum entsteht ein solches Modell in der Provinz?

Unser Modell ist ursprünglich aus der Not geboren: Es war oft schwer, frei werdende **Assistentenstellen** zu besetzen und deshalb haben wir angefangen, sie mit Psychologen und jetzt natürlich durch psychologische Psychotherapeuten zu besetzen. Das hat sich in der Praxis so bewährt, dass inzwischen aus der Not eine Tugend geworden ist. Dabei beteiligen sich die Psychotherapeuten auch an **unbeliebten Aufgaben**, wie z. B. „Arzt“-Brief-Schreibung.

Eine **Abgrenzungskultur** führt dagegen dazu, dass Autorität in Institutionen schwindet. (Das hat beispielsweise die Pflege in den 80er Jahren gemacht, als sie der Meinung war Aufgaben aus Überlastung streichen zu müssen -Blutabnahme usw.).

Bei Rotationen ist auch ein **Tausch von Psychologen und Ärzten** möglich; das Leitungsteam (Arzt und Psychologe) stimmt sich gleichberechtigt ab.

4) Ein mögliches Konzept

Übernahme von Verantwortung: Bspw. Vordergrunddienste , Übertragung von Daten der PPP-RL, MDK Korrespondenzen, Personalverantwortung

Innerhalb der Fachabteilung:

Teaminterviews, Anleitung aller Berufsgruppen, Fallbesprechungen, Fortbildungen, Konzepte erstellen, Behandlungskonzepte, Therapieplanungen, Organisationskonzepte, Verfahrensanweisungen, Dienstpläne (aller Berufsgruppen), Gutachten, sozialgerichtliche Klärungen, Rotationsbesprechungen, Personalplanungen werden gemeinsam besprochen.

Vertretung der Fachabteilung innerhalb des Krankenhauses:

Sitz in Gremien, Besprechungen mit kaufmännischen Direktoren als Leitungsteam, Implementierung PPP-RL, MDK-Strukturprüfungen, Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen, Konsiliardienst, Projekte (Delir-Demenz, Sucht, Schutzsuchende) Verwaltungsbereiche mit der FA verbinden (BW-Controlling, Medizin-Controlling),

Vertretung der Fachabteilung nach außen/ Institutionen, Kooperationen/ Öffentlichkeitsarbeit

4) Ein mögliches Konzept

Synthese: Sokratischer Dialog des Psychologen, schnelle Entscheidung des Arztes

Was können wir tun um unser Gesamtsystem zu stärken und uns gemeinsam verantwortlich zu fühlen für eine Institution, die am Ende zumindest eine schwarze 0 führen muss?

Wie stärkt sich eine Gruppe in einem komplexen Gesamtsystem?

Brakemeier, E. L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., ... & Normann, C. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: a pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 51-56.

Germany, Kunze, H., Kaltenbach, L., & Auerbach, P. (1992). *Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Erläuterungen und Materialien für die Praxis*. W. Kohlhammer.

Maß, R., Backhaus, K., Hestermann, D., Balzer, C., & Szeliess, M. (2019). Inpatient treatment decreases depression but antidepressants may not contribute. A prospective quasi-experimental study. *Comprehensive psychiatry*, 94, 152124.

Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech D Clin Psych, S., Zobel D Clin Psych, I., ... & Berger, M. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 768-777.

<https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>

Report Psychotherapie 2021 - Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

Ziele von Psychotherapie in der Psychiatrie:

Herpertz, S. C., Schnell, K., & Falkai, P. (2012). Psychotherapie in der Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart.

Schnell, K., & Herpertz, S. C. (2011). Psychotherapy in psychiatry: the current situation and future directions in Germany. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 261(2), 129-134.