

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0669-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



CrossMark

Iris Hauth¹ · Peter Brückner-Bozetti² · Gereon Heuft³ · Michael Kölch⁴ · Michael Löhr⁵ · Annette Richert⁶ · Arno Deister⁷¹ Alexianer St. Joseph Krankenhaus, Berlin, Deutschland² Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH/e.V., Bremen, Deutschland³ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland⁴ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ruppiner Kliniken, Neuruppin, Deutschland⁵ Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, Bielefeld, Deutschland⁶ Alexianer St. Hedwig Kliniken, Berlin, Deutschland⁷ Zentrum für psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe, Itzehoe, Deutschland

Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen

Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung

Im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136a (2) Sozialgesetzbuch (SGB) V [1] beauftragt, Richtlinien für geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen.

Nach dem PsychVVG sollen verbindliche Mindestvorgaben¹ das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal bestimmen, möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen [1]. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV; [2]) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstandard der Versorgung zu berücksichtigen. Die Richtlinie mit den verbindlichen Mindestvorgaben

des G-BA zur Personalausstattung soll zum 01.01.2020 wirksam werden.

Für den größten Teil der in den Kliniken behandelten psychischen Krankheiten gibt es inzwischen S3-Leitlinien. Diese Leitlinien entsprechen der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik. Jedoch werden störungsspezifische Leitlinien meist auf der Basis von Studien zu monosymptomatisch erkrankten Patienten entwickelt. In der Realität der Krankenhausbehandlung kommen jedoch häufig kombinierte Störungsbilder vor. Außerdem werden in den Leitlinien keine konkreten Angaben zur Personalbemessung gemacht. Deshalb sind adaptierte Vorgehensweisen notwendig. Soweit sich die Personalangaben nicht aus S3-Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auf externe Expertise – gestützt werden. Für das Fachgebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gilt es zudem zu berücksichtigen, dass die Psych-PV nie gegolten hat. Daher wurden von Heuft et al. [3] fachgebietsspezifische Personalanhaltszahlen entwickelt, die für die meisten psychosomatisch-psy-

chotherapeutischen Kliniken die aktuelle Basis für die Personalausstattung und die Verhandlung der hausindividuellen Entgelte darstellen.

Eine Arbeitsgruppe von Fachgesellschaften und Verbänden der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (im Folgenden Plattform² genannt) hat ein Strukturmodell entwickelt, welches sich zur systematischen Festlegung des Personalbedarfs eignet.

Die Grundannahmen des Modells sind:

1. In Anlehnung an die Psych-PV und die Personalanhaltszahlen soll ein System konstruiert werden, welches es erlaubt, für jede einzelne Behandlungseinrichtung den gesamten

¹ Zur Definition des Personalmindestbedarfs siehe weiter unten in Einleitung und im Abschnitt *Diskussion des Modells*.

² Folgende Fachverbände haben in der Plattform zusammengefunden: ackpa, BÄK, BAG Kinder- und Jugendpsychiatrie, BAG-Psychiatrie, BDK, BFLK, DFPP, DGGPP, DGKJP, DGPM, DGPPN, LIPPs, VKD (Untergruppe psychiatrische Kliniken, s. [Infobox](#)).

- behandlungsbezogenen Personalaufwand zu berechnen.
2. Ausgangspunkt für die Berechnung sind die Bedarfe aller in der Einrichtung behandelten Patienten, die sich aus Variablen wie z. B. der aktuellen Symptomatik, dem Grad der Gefährdung, den spezifischen Therapiezielen und der Art und Schwere der Funktionsdefizite ergeben.
 3. Unter Mindestpersonalbedarf ist das Personaltableau zu verstehen, welches benötigt wird, um (a) die multiprofessionelle, ärztlich geleitete Behandlung und die erforderlichen Versorgungsleistungen aller Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch die ihnen nach der UN-Kinderrechtskonvention zustehende Erziehung) sicherzustellen, die von den verfügbaren Leitlinien oder von einem Expertenkonsens vorgegeben wird, (b) den Schutz des Patienten selbst, der Mitpatienten und der Mitarbeitenden der Einrichtung vor Gefährdungen zu sichern, (c) eine stationsadäquate psychotherapeutische Behandlungsdosis sicherzustellen sowie (d) das psychosoziale Funktionsniveau soweit zu bessern, dass eine ambulante Behandlung möglich wird.

Das von der Plattform entwickelte Modell unterscheidet Personalbedarfe, die direkt für die Behandlung des einzelnen Patienten nötig sind, von solchen, die indirekt durch den Behandlungsbedarf bestimmt werden und dem Setting zuzuordnen sind (z. B. voll- und teilstationär, Regel- und Komplexbehandlung in der psychosomatischen Medizin), und von solchen, die sich auf institutioneller Ebene ergeben, wie z. B. die gemeindepsychiatrische Vernetzung und die Notfallversorgung durch die Einrichtung.

Der direkte Behandlungs- und Betreuungsbedarf wird je nach Fachgebiet in drei Dimensionen gegliedert:

- der psychiatrisch-psychotherapeutischen/psychosomatisch psychotherapeutischen/kinder- und jugendpsychiatrischen-psychotherapeutischen,
- der somatischen und
- der psychosozialen Dimension.

Die von der Plattform auf diesem Verständnis aufbauend entwickelten Tätigkeitsprofile der jeweiligen Berufsgruppen berücksichtigen die Anforderungen einer leitlinien- und patientenorientierten, soweit möglich evidenzbasierten, und an den Patientenrechten orientierten Behandlung und wurden anhand der aktuellen Versorgungssituation entwickelt.

Anforderungen an die Personalausstattung

Seit 1991 ist die Personalausstattung in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychotherapie nach der Psych-PV [2] und seit 1993 in den Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch die Personalanzahlzahlen [3] geregelt. In der Psych-PV werden die Tätigkeitsprofile der verschiedenen Berufsgruppen am Patienten sowie patientenferne Tätigkeiten beschrieben. Patienten werden nach der Psych-PV bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet. Für jeden Behandlungsbereich und jede Berufsgruppe wurde die Arbeitszeit in Minuten je Patient und Woche festgelegt. Die Minutenwerte werden in Personalstellen umgerechnet. Die Psych-PV hat nach ihrer Einführung durch die Sicherung ausreichenden Personals zu einer entscheidenden Entwicklung differenzierter Therapiekonzepte in den psychiatrischen Kliniken beigetragen. Die von der Psych-PV vorgegebene Personalausstattung bezieht sich aber auf die Konzepte der 1980er-Jahre. Die medizinischen, therapeutischen und versorgungspolitischen Entwicklungen der letzten drei Jahrzehnte und die sich daraus ergebenden veränderten Therapieprozesse, die den Personalbedarf erheblich beeinflussen, sind nicht berücksichtigt.

In den für alle wesentlichen psychischen Erkrankungen entwickelten evidenzbasierten S3-Leitlinien für das Erwachsenenalter stellt die kombinierte psychopharmakologisch-psychotherapeutische Therapie den Standard der Behandlung dar (vgl. u. a. [4]), wobei es Patientengruppen gibt, die schwerpunktmäßig einer psychopharmakologischen

Behandlung bedürfen, und Patientengruppen, die ganz überwiegend psychotherapeutisch zu behandeln sind. An die allgemeine psychotherapeutische Versorgung sowie an die Differenzialdiagnostik (z. B. im Bereich der hirnrorganischen Erkrankungen) werden andere Ansprüche als vor 30 Jahren gestellt, ebenso an die Diagnostik und Behandlung psychischer Ersterkrankungen und somatischer Begleiterkrankungen.

Darüber hinaus tragen weitere Entwicklungen zu einem erhöhten Aufwand und damit zur Notwendigkeit der Anpassung des Personalbedarfs bei: Leistungsverdichtung durch reduzierte Verweildauern und erhöhter Aufwand bei Aufnahme und Entlassung sowie generell bei allen medikolegalen Vorgängen, Veränderungen der Patientenstruktur auch durch demografische und epidemiologische Entwicklungen, eine veränderte therapeutische Haltung, die die Autonomie des Patienten in den Mittelpunkt stellt (u. a. partizipative Entscheidungsfindung, Deeskalationsstrategien zur Vermeidung von Gewalt, Einbindung in triadische Prozesse und gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen sowie z. B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie völlig veränderte familiäre Strukturen [5]). Zusätzlich ergeben sich durch eine Vielzahl neuer gesetzlicher Bestimmungen erhebliche Zeitaufwände. Hier sind Schulungsaufwände für Hygiene, Medizinproduktbetreiberverordnung, Datenschutz, Brandschutz und vor allem Zeiten für Fort- und Weiterbildung und Qualitätssicherung zu berücksichtigen [6]. Eine Reihe von Untersuchungen thematisiert den Personalbedarf für Tätigkeiten ohne Patientenkontakt in stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und kommt zu dem Ergebnis, dass je nach Berufsgruppe und Funktion der Aufwand für diese Tätigkeiten zwischen 23 und 42% der Arbeitszeit beträgt [6, 7].

Die erhöhten Anforderungen an das therapeutische Personal führen zu einer impliziten Rationierung, d. h. Beschäftigte in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung können erforderliche Tätigkeiten aufgrund der zunehmenden Arbeitsbelastung und fehlender

Nervenarzt <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0669-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

I. Hauth · P. Brückner-Bozetti · G. Heuft · M. Kölch · M. Löhr · A. Richert · A. Deister

Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136a (2) SGB V beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal in stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festzulegen. Dies hat die Fachgesellschaften/-verbände veranlasst, eigene konzeptionelle Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung der Personalbemessung zu entwickeln.

Methode. Durchführung regelmäßiger Expertenworkshops, deren Ergebnisse systematisch dokumentiert und durch die Experten validiert wurden.

Ergebnisse. Die wesentlichen Elemente des Konzeptes sind: Ausgangspunkt für die Berechnung der Personalausstattung sind

die Bedarfe aller in der Einrichtung behandelten Patienten. Der Behandlungsbedarf hat drei Dimensionen: (a) psychiatrisch-psychotherapeutischen/psychosomatisch-psychotherapeutischen/kinder- und jugend-psychiatrischen-psychotherapeutischen, (b) somatischen und (c) psychosozialen Bedarf. Das entwickelte Modell unterscheidet Personalbedarfe, die in direktem Bezug zur Behandlung des einzelnen Patienten stehen, von solchen die durch das Behandlungssetting verursacht werden und solchen, die sich auf institutioneller Ebene ergeben. Unter Mindestpersonalbedarf ist das Personaltableau zu verstehen, welches u. a. benötigt wird, um (a) die multiprofessionelle, ärztlich geleitete Behandlung und die erforderlichen Versorgungsleistungen aller Patienten

sicherzustellen, die von den verfügbaren Leitlinien oder von einem Expertenkonsens vorgegeben wird, sowie (b) den Schutz des Patienten selbst, der Mitpatienten und der Mitarbeitenden der Einrichtung vor Gefährdungen zu sichern.

Schlussfolgerungen. Das Modell berücksichtigt den medizinischen Fortschritt, im Sinne der evidenzbasierten Leitlinien, der veränderten Versorgungspraxis inklusive gesellschaftspolitischer Normen, die auf die Selbstbestimmung der Patienten ausgerichtet ist.

Schlüsselwörter

Psychiatrie · Psychosomatik · Personal · Personalbemessung · Medizinische Leitlinien

Staffing of inpatient psychiatric facilities. A patient-oriented and guideline-oriented staffing concept

Abstract

Background and goal. According to § 136a (2) SGB V (volume V of the German Social Security Code) the German legislator instructed the Federal Joint Committee (G-BA) to specify binding minimum standards for the staff needed for the treatment in inpatient psychiatric and psychosomatic facilities. This induced the expert associations/organizations to develop their own conceptual approach as to the future organization of staffing.

Method. Organization of regular expert workshops, the results of which were systematically documented and validated by the experts.

Results. The essential elements of the concept are: the starting points for the

calculation are the needs of all patients treated in the institution. The need for treatment has three dimensions: (a) psychiatric psychotherapeutic/psychosomatic psychotherapeutic/pediatric and adolescent psychiatric-psychotherapeutic, (b) somatic and (c) psychosocial needs. The model developed by the platform distinguishes between staff requirements being directly related to the treatment of the individual patient, staff requirements caused by the treatment setting and such staff requirements arising at an institutional level. Minimum staff requirement is understood as the staff structure which is, among others, needed to guarantee the multiprofessional, physician-

led treatment and the required medical care services for all patients specified by the existing guidelines or an expert consensus as well as to ensure the protection of the patient, fellow patients and the employees working in the facility against hazards.

Conclusion. This model considers the medical progress within the meaning of the evidence-based guidelines and the modified healthcare practice including sociopolitical standards aimed at the patients' self-determination.

Keywords

Psychiatry · Psychosomatics · Staff · Staffing · Medical guidelines

Ressourcen nicht mehr erbringen. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2014 wird in einer Befragung des therapeutischen Personals deutlich, dass Ärzte, Psychologen und Pflegekräfte u. a. folgende Tätigkeiten reduzieren mussten: Zuwendung und Gespräche mit den Patienten (59,2 %), adäquate Dokumentation der Behandlung (48,2 %), Abstimmung in der Behandlung mit anderen Fachkräften (45,5 %) sowie die Beratung von Patienten und Angehörigen (42 %; [8]). Darüber hinaus wurde aktuell gezeigt,

dass die personelle Ausstattung und die Bettenzahl einer Station für den Behandlungserfolg psychisch erkrankter Patienten relevante Einflussgrößen sind [9].

Die personelle Ausstattung wirkt sich auf die Behandlungsqualität aus. In der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind Zeit für unterstützende Gespräche, psychosoziale Interventionen und Psychotherapie in einer qualitativ guten multimodalen Therapie unerlässlich. Individuelle Begleitung,

Beziehungsqualität, Aufbau und Halten einer vertrauensvollen Beziehung sind dabei wesentliche Elemente.

Methodik

Vor diesem Hintergrund arbeiten die psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbände seit Mitte 2017 daran, ein eigenständiges Modell zur zukünftigen Personalausstattung zu entwickeln.

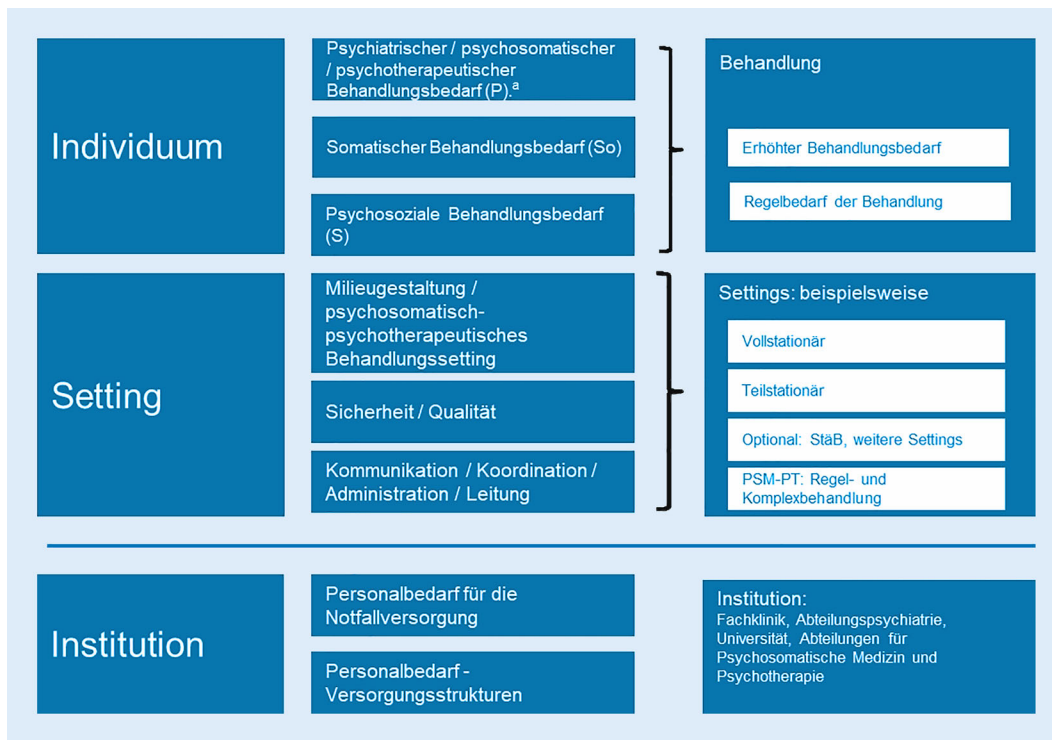


Abb. 1 ◀ Behandlungsbedarf und Behandlungsaufwände durch Patienten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. ^aBei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten ist der erzieherische Bedarf zusätzlich zu berücksichtigen. PSM-PT Psychosomatik-Psychotherapie, StäB stationsäquivalente Behandlung

Die Entwicklung der Vorschläge zur Gestaltung der Personalbemessung basiert auf Expertenworkshops, die seit November 2017 i. d. R. monatlich durchgeführt wurden, sowie der Recherche aktueller wissenschaftlicher Publikationen zur Personalbemessung. Die Diskussionsergebnisse wurden dokumentiert, Arbeitsaufträge wurden an einzelne Experten und Arbeitsgruppen delegiert, die Ergebnisse moderiert beraten. Die Grundzüge der konzeptionellen Überlegungen zu einem neuen System zur Bestimmung der Personalausstattung werden im Folgenden als Zwischenergebnis der Expertenberatungen dargestellt.

Individuum-Setting-Institution – ein zukunftsorientiertes Modell der Personalausstattung in psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

Ein zukunftsorientiertes Modell der Personalausstattung sollte im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die zukünftige Entwicklung der Versorgung vom individuellen Bedarf der Patienten und von gesellschaftlichen Anforderun-

gen ausgehen. Der Bedarf hängt von individuellen Symptomkonstellationen, Schwere und Dauer der Erkrankung, der Diagnose, sozialen Umfeldfaktoren, den definierten Therapiezielen sowie individuellen Faktoren wie Motivation, kognitiven Fähigkeiten und Funktionseinschränkungen der Patienten und von normativen sowie gesellschaftlichen Anforderungen ab (z. B. partizipative Entscheidungsfindung, Patientenrechtsgesetz).

Ausgehend vom Bedarf der Patienten lassen sich Behandlungsaufwände und entsprechende Tätigkeiten ableiten (Abb. 1).

- Psychiatrisch-psychotherapeutischer, psychosomatisch-psychotherapeutischer und kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsbedarf und Behandlungsaufwand (bspw. Setting bei Regel- und Komplexbehandlung): Diagnostik und Behandlungstätigkeiten sowie Versorgungsleistungen, die durch die psychische bzw. psychosomatische Symptomatik (beispielsweise depressive Symptome, psychotische Symptome, Suizidalität, Somatisierung, Persönlichkeitsstrukturelle Störungen, kognitive

Einschränkungen) verursacht werden.

- Somatisch bedingter Behandlungsbedarf und -aufwand: somatische Diagnostik, somatische Behandlung, Aufwand durch die körperbezogene Versorgung.
- Psychosozial bedingter Behandlungsbedarf: Interventionen, die für die Klärung und Lösung sozialer Probleme (Wohnen, Finanzen, Arbeit, Familie, Schule etc.) und für die soziale Integration und Teilhabe nach der Entlassung und für den Einbezug des Umfeldes des Patienten erforderlich sind.

Bei der differenzierten Festlegung der Tätigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen berücksichtigt das Modell die Beschreibung der Regelaufgaben in der Psych-PV sowie der Personalanhaltszahlen und entwickelt diese unter Einbezug der Diagnostik und Therapieempfehlung der evidenzbasierten S3-Leitlinien, des Expertenkonsenses und der veränderten Versorgungspraxis weiter.

Abhängig vom Bedarf der Patienten (Ebene Individuum) lässt sich der Behandlungsaufwand in zwei Stufen differenzieren (Abb. 2):

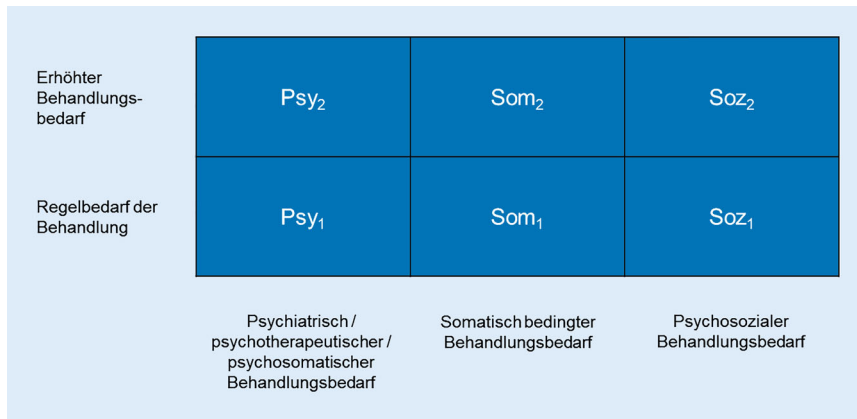


Abb. 2 ▲ 6-Felder-Behandlungsmatrix zur Ableitung von Bedarfsclustern

- Regelbedarf der Behandlung: Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und darüber hinaus erforderlichen Tätigkeiten, die für die Behandlung der Patienten in der Regel erforderlich sind.
- Erhöhter Behandlungsbedarf: Dieser ist verknüpft mit einer hohen Frequenz von Kontakten und Gesprächen, kurzfristigen Interventionen aller Berufsgruppen, Anleitung und Begleitung, erhöhtem Pflegeaufwand, erhöhtem Aufwand für Abstimmung, Koordination, Kommunikation sowie Einzelbetreuungsanforderungen.

Der vom individuellen Patienten ausgelöste Behandlungsbedarf setzt sich zusammen aus direkt mit dem Patienten ausgeführten Tätigkeiten, wie z. B. Einzel- und Gruppentherapien, somatische und neurobiologische Interventionen, sowie patientenfernen Tätigkeiten, wie auf den Patienten bezogene Kommunikation, Koordination, Administration, Dokumentation. Die direkt mit dem Patienten ausgeführten Tätigkeiten orientieren sich an den evidenzbasierten S3-Leitlinien, dem Stand der Wissenschaft und dem Expertenkonsens in Qualität und Quantität. Die durch den Patienten ausgelösten indirekten Tätigkeiten, wie Kommunikation, Koordination oder Administration, gewährleisten die leitliniengerechte Umsetzung von Diagnostik und Therapie und sind (möglichst) unabhängig vom Setting am individuellen Bedarf des Patienten auszurichten, sind

aber in der Tätigkeitsstruktur dem Setting zugewiesen.

Als Setting wird der spezifische Rahmen definiert, in dem dem Patienten die Diagnostik und Therapie angeboten wird. Jedes Setting benötigt Bedingungen, die für die Patienten ein sicheres, gesundheitsförderndes therapeutisches Milieu bzw. ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Behandlungssetting gewährleisten. Diese sind u. a. von den Vorhaltezzeiten abhängig, also vollstationär täglich 24 h Behandlung und Betreuung, in den Tageskliniken regelhaft 8–10 h, und von weiteren Faktoren, bspw. dem Aufwand, der durch gesetzlich untergebrachte bzw. 1:1-betretete Patienten oder somatische Komorbiditäten bedingt ist. Zum Setting gehört die grundsätzlich notwendige Personalausstattung, um eine spezifische Behandlungsdosis bzw. psychotherapeutische Interventionen überhaupt anbieten zu können (bspw. Basis- vs. [leitliniengestützter] Komplexbehandlung in der Psychosomatik). Auch lassen sich in Abhängigkeit von der Patientenklintel Leistungen identifizieren, die zusätzlich zur Regelversorgung nachts und am Wochenende am einzelnen Patienten erbracht werden müssen. Es besteht die grundsätzliche Möglichkeit, das Modell auf weitere Settings, wie die stationsäquivalente Behandlung (StÄB) und Institutsambulanzen, auszudehnen. Das Setting umfasst auch kommunikative, koordinierende, administrative und leitende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die die Sicherheit und Qualität gewährleisten, und die Milieugestaltung.

Darüber hinaus entstehen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Personalaufwände, die nur begrenzt einzelnen Patienten oder dem jeweiligen Setting zuzuordnen sind (institutionell bedingter Personalaufwand). Darunter fallen u. a. der Personalbedarf für die 24-stündige Akutaufnahme sowie für gemeindepsychiatrische Vernetzungsarbeiten. Der institutionell verursachte Mehraufwand ist in kleineren Behandlungseinheiten proportional höher als in Großkliniken. Das darf jedoch nicht dazu führen, dass die kleineren Institutionen, die oft wohnortnähere Behandlungsangebote machen können, zugunsten von Großkliniken unter einen überproportionalen Kostendruck gestellt werden.

Auf Grundlage dieser Überlegungen hat die Plattform die Tätigkeitsprofile der Psych-PV [2] für Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik überarbeitet. Beispielhaft sind in **Abb. 3** die Tätigkeitsfelder für Ärzte dargestellt. In den jeweiligen Tätigkeitsfeldern sind zahlreiche Einzeltätigkeiten enthalten.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich Aus- und Weiterbildungsinhalte sowie Qualifikationen der ursprünglich sieben Berufsgruppen der Psych-PV in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert haben und weiter verändern werden, hält die Plattform es für erforderlich, für jede Tätigkeit die notwendigen Qualifikationen (Skills) sowie beruflichen und/oder akademischen Abschlüsse (Grade) zu definieren. Der deutsche Qualifikationsrahmen (DQR; [10]) mit acht Kompetenzniveaus, in denen sich die Qualifikationen des deutschen Bildungssystems wiederfinden, kann dazu genutzt werden. Da die Verfügbarkeit von Fachpersonal in Deutschland regional sehr heterogen ist und es plausible Überschneidungen zwischen den Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen der multiprofessionellen Teams gibt, könnte die Zuordnung im Rahmen des deutschen Qualitätsrahmens qualitätssichernd wirken und eine theoretisch mögliche qualitätsgefährdende Kaskadendelegation vermeiden. Gleichzeitig bliebe die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser in ihren regionalen unterschiedlichen Bezügen erhalten. Die Zuordnung der



Abb. 3 ▲ Tätigkeitsprofil für Ärzte (Plattform)

Berufsgruppen nach DQR-Niveaus ist auch unter Nachhaltigkeitsaspekten zukunftsfähig, weil sich in der Gesundheitsbranche in den kommenden Jahren neue Gesundheitsberufsgruppen etablieren werden, die auch für die Krankenhäuser anschlussfähig sein müssen.

Die Ermittlung der Personalausstattung

Die notwendige Personalausstattung ist abhängig von der Bedarfskonstellation der Patienten, deren Behandlung zum Erreichen der Therapieziele leitliniengerecht und nach dem Stand der Wissenschaft erfolgen soll und damit einem definierbaren Aufwand erfordert. Aus dem Bedarf des Patienten leiten sich Tätigkeiten ab, die die Basis der Personalbedarfsberechnung sind. Für die Tätigkeiten sind je Berufsgruppe bzw. Qualifikationscluster die Zeitaufwände zu ermitteln. Die Tätigkeiten sind dabei nach vom Individuum, vom Setting und von der Institution veranlassten Tätigkeiten zu differenzieren. Die Grundformel zur Personalberechnung lautet: (Tätigkeiten [je Berufsgruppen/

Qualifikationscluster] × Zeitaufwand [je Tätigkeit] × Häufigkeit in einem zu definierenden Zeitraum [bspw. eine Woche]) dividiert durch die Nettoarbeitszeit einer Vollkraft (bspw. in einer Woche). Notwendig ist dabei auch die Festlegung der Zahl der Patienten pro Station bzw. einer Tagesklinik. Die Psych-PV geht in der Erwachsenenpsychiatrie von einer Rechengröße von 18 Patienten aus. Die Berechnung des Personalbedarfs bezieht sich auf alle Patienten einer Einrichtung und hat sowohl Regel- als auch erhöhten Behandlungsbedarf zu berücksichtigen.

Die Ermittlung des Zeitaufwands für die Tätigkeiten erfolgt im Modell der Plattform, u. a. ausgehend von den Minutenwerten der Psych-PV und der Personalanzahlzahlen normativ auf der Grundlage der Tätigkeitsprofile durch Expertenbefragungen. Dabei werden konkrete Erfahrungen von Mitarbeitenden aus den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken aufgenommen. Derzeit wird von der Plattform auf der Basis empirischer Sozialforschungsmethoden eine solche Expertenbefragung vorbereitet. Sie soll im Ergebnis zu be-

lastbaren Zeitwerten für die Ermittlung des Personalbedarfs führen.

Diskussion des Modells

Im Sinne der individuellen patientenzentrierten Behandlungskonzepte und der Verpflichtung, nach den jeweiligen Leitlinien zu behandeln, steht in dem Modell der Bedarf der Patienten an Diagnostik und Therapie zum Erreichen der jeweiligen Therapieziele im Mittelpunkt.

In der konkreten Ausgestaltung des Modells werden einige Herausforderungen deutlich:

- Die Zuordnung des individuellen Behandlungsbedarfs des Patienten zu den Behandlungsmatrizen. Die Arbeitsgruppe hat dazu den Weg gewählt, für alle möglichen Matrixkombinationen Bedarfscluster zu definieren, die anhand paradigmatischer Fälle konkretisiert werden. Diese Fälle dienen als Analogiemuster für die Zuordnung von Patienten. Für alle diese Bedarfscluster werden im Modell die notwendigen Tätigkeiten des therapeutischen Personals abgeleitet, um dann als Grundlage zur Schätzung der zeitlichen Aufwände zu dienen.
- Die Abgrenzung zwischen vom Individuum und vom Setting veranlassten Behandlungsbedarfen und -aufwänden stellt eine weitere Gestaltungsaufgabe dar. Diese Unterscheidung ist deswegen relevant, weil settingbezogene Personalaufwände als Vorhaltung eine bestimmte Personalausstattung voraussetzen, während die individuumbezogenen Bedarfe in Abhängigkeit von den Bedarfsclustern variieren und – je nach Zusammensetzung der Patientenstruktur – zwischen den Einrichtungen differieren können.
- Die Personalvorhaltungen für die Versorgung rund um die Uhr sollen getrennt von dem individuum- bzw. settingbezogenen Aufwand Berücksichtigung finden und auch Besonderheiten der Versorgungsregion Rechnung tragen. Hier deutet sich ebenfalls eine Abgrenzungsproblematik an: Ist die Personalvorhaltung für die Versorgung rund um die Uhr

Infobox Das Konzept wird von folgenden Fachverbänden unterstützt

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (Ackpa)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)
- Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK)
- Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BFLK)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Deutscher Arbeitskreis für konzentrierte Bewegungstherapie e. V. (DAKBT)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)

ein Element des Settings (vollstationär) oder eher ein Charakteristikum der Institution? Die patientenrelevanten Tätigkeiten des Bereichs Institution sind in dem Modell bisher noch nicht berücksichtigt. Es gibt derzeit noch keine abschließende Wertung dieser institutionellen Tätigkeiten und wie diese in das Modell zur Personalausstattung aufgenommen werden sollen. Die Berücksichtigung würde einen klaren Rahmen schaffen, gleichzeitig möglicherweise strukturelle Besonderheiten der Versorgungsregion nicht berücksichtigen, sodass es sinnvoll sein könnte, diese gesondert hausindividuell zu vereinbaren.

Von hoher Relevanz ist die Definition des Begriffs Mindestvorgaben für die Personalausstattung. Angesichts des Ziels des Gesetzgebers, die Versorgungsqualität in den psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu sichern und die Anpassung der Personalanforderungen an den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu unterstützen, kann es sich bei den Mindestvorgaben nicht um Personaluntergrenzen handeln, die im Sinne einer verwahrenden Psychiatrie lediglich die Not abwenden und die leibliche Sicherheit der Patienten gewährleisten. Stattdessen

soll sichergestellt werden, dass die für die Patienten medizinisch notwendige Diagnostik und Therapie auf Basis der aktuellen Leitlinien, des Stands der Wissenschaft oder des Expertenkonsenses erbracht werden können. Auch ist zu berücksichtigen, dass der Versorgungsauftrag der Psych-Fächer auch mit einem gesellschaftlichen Auftrag einhergeht. Eine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik, die die Wahrung und Stärkung der Autonomie des Patienten unter Berücksichtigung seiner Therapieziele umsetzen kann, gelingt nur mit abgesicherten Personalstandards. Ein Absenken der Personalausstattung unter den normativ entwickelten Bedarf hat zur Folge, dass eine leitliniengerechte Therapie nicht mehr geleistet werden kann. Da der hier dargestellte Ansatz sich an der Qualitätssicherung auf Basis der evidenzbasierten Leitlinien orientiert, wird er sich notwendigerweise im Laufe der Zeit verändern, sodass eine entsprechende Dynamisierung der Personalausstattung unbedingt vorzusehen ist. In einem Satz: Die Qualität der Diagnostik und Therapie von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit dem Aufbau personeller Beziehungen und personalintensiven Interventionen, hängt in hohem Maße vom ausreichenden und qualifizierten Personal ab [6].

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im PsychVVG für die Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein Entgelt auf der Basis eines Budgetsystems vorgegeben, bei dem die Ermittlung des notwendigen Personals eine wesentliche Grundlage ist. Das hier entwickelte Modell ersetzt die Psych-PV und die Personalanhaltszahlen in der Psychosomatik und trägt – wie bisher die Psych-PV – zur Budgetfindung bei. Dazu muss die Patientenstruktur einer Einrichtung, aus der sich der Behandlungsbedarf ableitet, in regelmäßigen Abständen erhoben werden. Die Personalausstattung einer Einrichtung wird dann auf den Jahresdurchschnitt hochgerechnet. In der Bundespflegegesetzverordnung sind bereits Vorgaben zur Transparenz und Nachweispflicht und Sanktionen bei Nichteinhaltung festgelegt.

Implikationen für den weiteren Prozess

Die wichtigsten Implikationen sind:

- Das Modell berücksichtigt den medizinischen Fortschritt im Sinne der evidenzbasierten Leitlinien und die veränderte Versorgungspraxis inklusive gesellschaftspolitischer Normen, die auf die Selbstbestimmung der Patienten ausgerichtet ist.
- Es ermöglicht eine Fortschreibung unter Berücksichtigung, psychiatrischer, psychosomatischer und kinder- und jugendpsychiatrischer, somatischer sowie psychosozialer Versorgungsentwicklungen.

Die Fachgesellschaften und Verbände werden im Rahmen weiterer Expertenworkshops normativ eine Konkretisierung der Tätigkeitskataloge, der notwendigen Qualifikationen und der erforderlichen Zeiteinheiten vornehmen und damit das Modell inhaltlich prüfen und weiterentwickeln. Eine Plausibilisierung der Zeiteinheiten wird für die psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen anhand der Psych-PV, für die psychosomatischen Einrichtungen anhand der Personalanhaltszahlen und der durch die PEPP-Kalkulation ermittelten tatsächlichen

Personaleinsätze sowie stichprobenartig in repräsentativen Einrichtungen durchgeführt werden. Dabei ist u. a. darauf zu achten, dass das Modell Fehlanreize vermeidet und eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ermöglicht.

Korrespondenzadresse

Dr. Peter Brückner-Bozetti

Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH/e.V.
Scharnhorststr. 76, 28211 Bremen, Deutschland
p.brueckner-bozetti@bvkg-gruppe.eu

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I. Hauth, P. Brückner-Bozetti, G. Heuft, M. Kölich, M. Löhr, A. Richert und A. Deister geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. PsychVVG (2016) Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1526632504494. Zugegriffen: 18. Mai 2018 (vom 19. Dezember 2016)
2. Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg) (2010) *Psychiatrie-Personalverordnung-Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*, 6. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
3. Heuft G, Senf W, Janssen P, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43:262–270
4. Berger M, Wolff J, Normann C et al (2015) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, Normative Personalmittlung am Beispiel der Depression. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0>
5. Trüg E, Albani C, Holzke M et al (2018) Medizinisch leistungsgerechte Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik. https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_Zfp_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forschung/Erlaeuterungen_Schussenrieder_Tabelle.pdf. Zugegriffen: 19. Mai 2018
6. Löhr M, Sauter D, Nienaber A, Ahrens R, Oppermann G, Heinz A, Schulz M (2015) Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4356-z>
7. Blume A, Brückner-Bozetti P, Steinert T (2018) Tätigkeiten ohne Patientenkontakt. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0520-6>
8. Braun B, Brückner-Bozetti P, Lingenfelder M et al (2017) Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0297-z>
9. Nienaber A, Heinz A, Rapp MA, Bempohl F, Schulz M, Behrens J, Löhr M (2018) Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0521-5>
10. Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR). Im Internet: <https://www.dqr.de/content/2315.php>. Stand: 21. Mai 2018. Zugegriffen: 21. Mai 2018