

Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung

**B. Braun, P. Brückner-Bozetti,
M. Lingenfelder, C. Uhlmann &
T. Steinert**

Der Nervenarzt

Organ der Deutschen Gesellschaft
für Psychiatrie, Psychotherapie und
Nervenheilkunde Organ der Deutschen
Gesellschaft für Neurologie

ISSN 0028-2804

Nervenarzt

DOI 10.1007/s00115-017-0297-z



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Nervenarzt
DOI 10.1007/s00115-017-0297-z

© Springer Medizin Verlag GmbH 2017



CrossMark

B. Braun¹ · P. Brückner-Bozetti² · M. Lingenfelder³ · C. Uhlmann⁴ · T. Steinert⁴

¹ Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)/SOCIUM, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

² BAB Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH Bremen, Bremen, Deutschland

³ Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbes. Marketing und Handelsbetriebslehre, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

⁴ Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung

Ende 2012 wurde vom damaligen Gesundheitsminister Bahr im Wege einer Ersatzvornahme die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) beschlossen, das inzwischen nach konzertierten Protestaktionen zahlreicher Fachverbände zurückgezogen und durch das im November 2016 verabschiedete „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ ersetzt wurde. Dies ist ein wesentlicher Fortschritt gegenüber dem ursprünglichen Entwurf. Dennoch: Obwohl die Verweildauern sich in den letzten 25 Jahren um ca. 30 % verkürzt haben und zahlreiche Aufgaben durch erweiterte therapeutische Möglichkeiten, Qualitätsmanagement, erhöhte Anforderungen an Sicherheit und Dokumentation usw. hinzugekommen sind, wurde das Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs in der Psychiatrie (Psych-PV) von 1990 nie reformiert. Dies hat erhebliche Auswirkungen bezüglich des Ausgangspunkts beim Eintritt in das neue Vergütungssystem. Mehr Leistungen mit gleichbleibenden Mitteln zu erbringen, wie dies viele Jahre zwangsläufig erfolgen musste, erfordert entweder eine Steigerung der Effektivität oder eine selbst gesteuerte Kürzung bestimmter Leistungen. Während eine gestiegene Effektivität z. B. bei bestimmten Operationstechniken in den letzten Jahrzehnten eindrucksvoll gezeigt werden konnte, ist dies in der „sprechenden Medizin“ nicht möglich.

Psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken verbleiben deshalb die Ansätze, Abläufe zu optimieren und Leistungen zu rationieren.

In der seit längerem in der deutschen Ärzteschaft geführten Debatte über die Patientenversorgung im Rahmen begrenzter Ressourcen zwischen Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung [6, 13, 17, 19] wird Rationierung durchweg als das „(vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen verstanden“ [19]. Dabei erfolgt eine für Patienten und Beschäftigte bzw. deren professionelles Selbstverständnis wichtige Unterscheidung in explizite und implizite Rationierung: Explizite Rationierungen erfolgen oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung, d. h. auf der Ebene der Politik oder Geschäftsführung. Bei impliziter Rationierung entscheidet hingegen der Arzt oder eine mit dem Patienten beschäftigte Fachkraft im Einzelfall ohne feste Vorgaben über die Zuteilung medizinischer Leistungen [18].

Ziel des von der Hans Böckler Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Arbeits- und Handlungsbedingungen in der Psychiatrie“ und dieses Beitrags war es, empirisch der Frage nachzugehen, ob es aus der Sicht von Beschäftigten in psychiatrischen Kliniken derartige implizite Rationierungen gibt.

Methodik

Teilnehmende Kliniken

Sieben Kliniken (davon eine mit zwei Standorten) wurden mit dem Ziel ausgewählt, die aktuelle Spannweite der strukturellen Bedingungen nach Region, Größe, Kliniktyp, Trägerschaft und Entgeltvereinbarung zu erfassen. Unter Beachtung der den teilnehmenden Einrichtungen zugesagten Anonymität handelt es sich dabei um eine Fachklinik als Allein- und Komplementäranbieter im ländlichen Raum mit punktuell ausgeprägten integrierten Versorgungsverträgen, eine Fachklinik als Alleinanbieter im ländlichen Raum mit begrenzten Wachstumsmöglichkeiten, eine Fachklinik in einer ländlichen Region mit Wettbewerb in einer Versorgungsregion, eine Abteilungspsychiatrie für die Sektorversorgung einer Großstadt mit Ausstrahlung auf die Versorgungsregion eines Landkreises und damit eines anderen Anbieters, eine Abteilungspsychiatrie im ländlichen Raum mit innovativen Vergütungsmodellen, eine Abteilungspsychiatrie einer Universität mit allgemeinem Versorgungsauftrag für einen Versorgungssektor und eine Abteilungspsychiatrie eines Klinikverbundes.

Die schriftliche standardisierte Befragung aller in den Untersuchungskliniken beschäftigten Angehörigen in den Berufsgruppen Ärzte/Psychologen sowie Pflege fand mit Zustimmung der jeweiligen Personalvertretungen zwischen Oktober 2013 und Mitte 2014 statt.

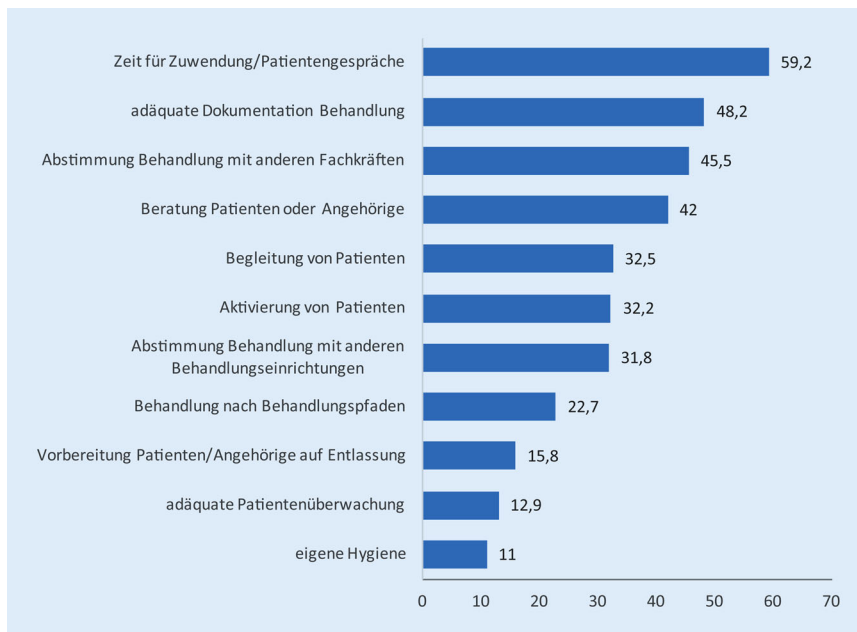


Abb. 1 ▲ Angaben der Ärzte/Psychologen über notwendige Tätigkeiten der Patientenversorgung, die von Beschäftigten aller Berufsgruppen in den letzten 2 Wochen nicht erbracht wurden (in Prozent)

Erhebungsinstrumente

Zu den Themenschwerpunkten der Befragung gehörte eine je nach Berufsgruppe 37 bzw. 41 Fragen zur Arbeitssituation umfassende Fragenbatterie [14]. Aus forschungswirtschaftlichen Gründen, aber auch wegen des Vorliegens mehrfach erprobter und validierter Fragen aus anderen Befragungsprojekten in vergleichbaren Settings, wurden die Fragen zur Arbeitssituation mit leichten Modifikationen aus Fragebögen zur Arbeitssituation von Ärzten (FAÄ) und Pflegekräften (FAP) übernommen [5, 13]. In mehreren internationalen und nationalen Befragungen von Pflegekräften in Krankenhäusern [3, 10, 18] wurde für Pflegekräfte, aber auch für andere mit der Patientenbehandlung befasste Berufsgruppen folgende Leitfrage entwickelt und erprobt: „Welche der folgenden von Ihnen oder anderen Personen zu erbringenden Tätigkeiten wären innerhalb der letzten zwei Wochen nötig gewesen, konnten aber z. B. aus Zeitmangel nicht im erforderlichen Maß durchgeführt werden?“ Die für Pflegekräfte erprobte Liste mit 22 genannten Tätigkeiten wurde für das Tätigkeitsspektrum von Ärzten/Psychologen modifiziert und auf 11 Tätigkeiten gekürzt (▣ Abb. 1). Da

es sich durchweg um gesundheitlich notwendige oder nützliche Tätigkeiten handelt, stellt ihr Nichterbringen eine implizite Rationierung dar.

Hinzu kamen u. a. Fragen nach der Wahrnehmung der Auswirkungen bisheriger gesetzlicher Veränderungen, dem Umfang und der Art der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern (nur für Ärzte), der Qualität der Patientenversorgung und des Umfangs und der Art der Vernachlässigung gesundheitlich notwendiger fachlicher Leistungen bzw. impliziter Rationierung. Auch die Frage nach möglicher impliziter Rationierung wurde speziell bei Pflegekräften bereits in der internationalen Befragungsstudie „Registered nurses Forecast (RN4CAST)“ praktisch erprobt [16, 18]. Zusätzlich wurden standardmäßig strukturelle Merkmale der Beschäftigungsorte (z. B. Abteilung, Anzahl der Patienten) und soziodemografische Angaben erfragt.

Datenanalyse

Multivariate Analysen erfolgten mit der binären logistischen Regression. Das Signifikanzniveau wurde in sämtlichen Analysen auf $p \leq 0,05$ festgesetzt. Die Auswertung der Antworten erfolgte mit

dem Programm SPSS und umfasste uni-, bi- und multivariate Analysen.

Ergebnisse

Stichprobe

Der je nach Beschäftigtengruppe und Einrichtung zwischen 22 % (Ärzte/Psychologen) und 54 % (Pflegekräfte) schwankende und damit im Vergleich mit ähnlichen Befragungen weder erheblich schlechtere noch bessere Rücklauf erbrachte 255 auswertbare Fragebögen von Ärzten/Psychologen und 796 von Pflegekräften. Von den 255 antwortenden Ärzten/Psychologen aus 7 Kliniken waren 32,9 % männlich und 67,1 % weiblich und ihr Durchschnittsalter betrug etwas mehr als 40 Jahre. 54,4 % waren vollbeschäftigt und 45,6 % nicht vollbeschäftigt sowie 45,6 % als Assistenzarzt, 15,4 % als Facharzt ohne Leitungsfunktion, 21,6 % als Oberarzt, 4,3 % als Chefarzt und weitere 12 % mit einem anderen beruflichen Status tätig. Der relativ größte Teil, nämlich 44,9 % der Ärzte/Psychologen, gab als ihren jetzigen Tätigkeitsbereich die Allgemeinpsychiatrie, 20,8 % die Kinder- und Jugendpsychiatrie, 11,9 % den Suchtbereich, 6,8 % die Psychotherapie/Psychosomatik, 5,1 % die Gerontopsychiatrie sowie etwas über 10 % gemischte Bereiche an. 62,3 % der Befragten waren im vollstationären, 16,5 % im teilstationären Bereich, die übrigen überwiegend in ambulanten und sonstigen Bereichen tätig.

Von den 796 antwortenden Pflegefachkräften aus den 7 Kliniken waren 32 % männlich und 68 % weiblich. Ihr Durchschnittsalter betrug 42 Jahre. 86 % waren vollstationär, 9 % teilstationär und die restlichen 5 % ambulant tätig.

Befunde zur Art und Häufigkeit impliziter Rationierung

Bei Ärzten/Psychologen

Die prozentualen Häufigkeiten der Angaben der befragten Ärzte/Psychologen zu den 11 möglichen Bereichen impliziter Rationierung von Mitarbeitern der verschiedenen Beschäftigtengruppen sind in ▣ Abb. 1 dargestellt. Es handelte sich dabei sowohl um selbst nicht durchgeführ-

Zusammenfassung · Abstract

te Tätigkeiten als auch um beobachtete Mängel (z. B. in der pflegerischen Versorgung). Ein Schwerpunkt dieser Art von Rationierung liegt im Bereich der Kommunikation und Interaktion mit Patienten und ihren Angehörigen, ein zweiter im Bereich der Kooperation und Koordination innerhalb der und mit externen Einrichtungen sowie der Behandlungsdokumentation.

Ob und wie stark es bei den Befragten zur Kumulation impliziter Rationierung kam, wie viele der 11 Tätigkeiten also bei ihnen nicht durchgeführt wurden, zeigt **Abb. 2**. Nur 9,4 % aller Befragten gaben an, keine und nur 0,4 % alle der 11 Tätigkeiten nicht durchgeführt zu haben. Die mit etwas über einem Fünftel größte Gruppe der Ärzte/Psychologen erbrachte 3 der 11 Tätigkeiten nicht im selbst für erforderlich gehaltenen Maß (**Abb. 2**).

Um klären zu können, welche von mehreren theoretisch möglichen Einflussfaktoren auf implizite Rationierung auch noch dann überzufällig wirken, wenn der Einfluss bei gleichzeitiger Einwirkung gemessen wird, führten wir eine multivariate Analyse durch. Dazu klassifizierten wir zunächst pragmatisch auf der Basis der Häufigkeitsverteilung die Häufigkeit impliziter Rationierung binär. Eine Gruppe von 136 (53,3 %) Ärzten/Psychologen, die in den letzten 2 Wochen keine oder bis zu 3 der notwendigen Leistungen nicht erbracht hatte, bewerteten wir als Gruppe, die nichts oder wenig mit impliziter Rationierung zu tun hat, die übrigen 119 (46,7 %) Befragten als Ärzte/Psychologen deren Praxis durch viel implizite Rationierung geprägt ist.

Als mögliche Einflussfaktoren auf die Erfahrung mit impliziter Rationierung untersuchten wir mittels einer logistischen Regression das Alter (klassifiziert in bis 30, 31–40, 41–50 und 51+ Jahre), die Anzahl der Patienten (klassifiziert in bis 5, 6–10, 11–20 und 21+ Patienten), für die die Befragten direkt verantwortlich waren, die Anzahl der Patienten, deren Behandlung die Befragten für aufwändig hielten (klassifiziert in 1–3, 4–6 und 7+ Patienten), den Fachbereich (Allgemeinpsychiatrie vs. andere), das Behandlungssetting (vollstationär vs. andere) der Befragten, die Charakteristik der

Nervenarzt DOI 10.1007/s00115-017-0297-z
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

B. Braun · P. Brückner-Bozetti · M. Lingenfelder · C. Uhlmann · T. Steinert

Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung

Zusammenfassung

Fragestellung. Diese Studie untersucht, ob in Kliniken aus der Sicht von Ärzten/Psychologen und Pflegekräften implizite Rationierung stattfindet.

Methoden. Von Oktober 2013 bis Mitte 2014 wurde in 8 strukturell unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken eine schriftliche standardisierte Befragung aller in den Kliniken beschäftigten Ärzte/Psychologen (auswertbare Fragebögen = 255) und Pflegekräfte (auswertbare Fragebögen = 796) durchgeführt.

Ergebnisse. Von 11 notwendigen Tätigkeiten wurden besonders 4, nämlich die Kommunikation/Interaktion mit Patienten und ihren Angehörigen, die Abstimmung der Behandlung mit anderen Fachkräften und eine adäquate Dokumentation der Behandlung, von 42–59 % der Befragten

Ärzte/Psychologen nicht erbracht bzw. implizit rationiert. Eine multivariate Analyse identifizierte einen hohen „case load“, ein schlechtes Verhältnis zu Vorgesetzten und eine insgesamt hohe Arbeitsbelastung als signifikante Bedingungen für häufig implizite Rationierung.

Diskussion. Die für die wirksame Behandlung psychisch kranker Menschen besonders notwendige starke Patientenorientierung und die enge interdisziplinäre Kooperation mit anderen Berufsgruppen werden durch die implizite Rationierung gefährdet.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Behandlung · Implizite Rationierung · Entgeltsystem PEPP · Ärzte/Psychologen · Pflegekräfte

Rationing in inpatient psychiatric care

Abstract

Objective. This study examined whether and in which services in psychiatric institutions implicit rationing takes place from the perspective of doctors and nurses.

Methods. From October 2013 to the middle of 2014 we conducted a written and standardized survey among physicians/psychologists ($n = 256$) and nurses ($n = 796$) from eight psychiatric hospitals in Germany.

Results. Out of 11 clinical activities 4 judged as necessary, namely communication and interaction with patients and relatives, coordination of treatment with other professionals and adequate documentation of the treatment, were not carried out sufficiently or implicitly rationed by 42–59%

of the surveyed physicians/psychologists. Multivariate analysis identified a higher case load, poor relationships with superiors and an overall heavy workload as significant predictors of implicit rationing.

Discussion. The services which are particularly necessary for an effective treatment of mentally ill people, i.e. strong patient orientation and close cooperation with other professionals are jeopardized by the implicit rationing.

Keywords

Psychiatric treatment · Implicit rationing · Remuneration system PEPP · Physicians/psychologists · Nursing personnel

Klinik (traditionelle vs. innovative Vergütungsmodelle) und aus Einzelfragen gebildete Summenwerte für Arbeitsbelastungen, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Verhältnis zu Vorgesetzten.

Einen statistisch signifikanten Einfluss hatten drei der Einzelfaktoren bzw. -bedingungen, nämlich die Anzahl der Patienten, das Verhältnis zu Vorgesetzten etc. und die Arbeitsbelastungen. Die Odds Ratio (OR) für häufige implizite Rationierung erhöhte sich mit jeder

Zunahme der Anzahl von Patienten mit persönlicher Verantwortung um rund 75 % (OR = 1,75), mit jeder Verschlechterung der Bewertung des Verhältnisses zu Vorgesetzten und zur Stellung in der Hierarchie um 132 % (OR = 2,32) und mit jeder Verschlechterung der Arbeitsbelastungen um rund 134 % (OR = 2,34). Der Nagelkerkes R^2 -Wert beträgt 30,0, d.h. die in das Modell aufgenommenen Faktoren erklären 30 % der Varianz bei der impliziten Rationierung. Dieser Wert zeigt, dass weitere wirkmächtige

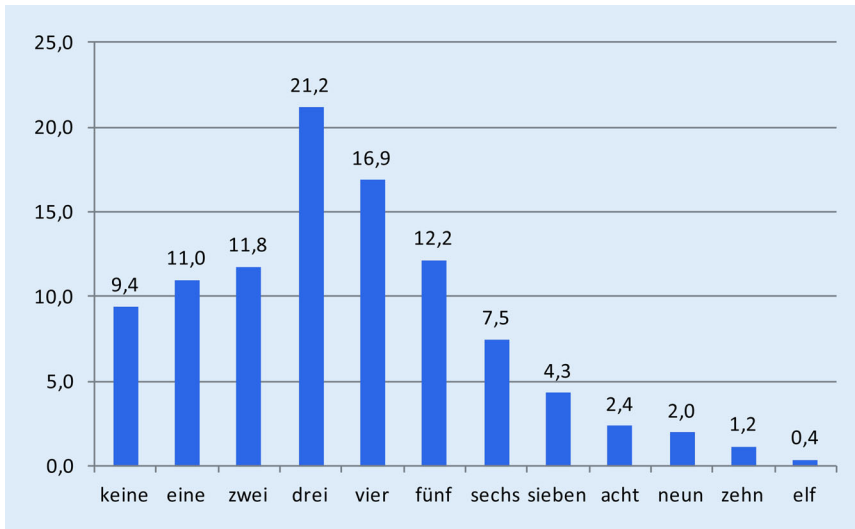


Abb. 2 ▲ Intensität/Grad impliziter Rationierung je Arzt/Psychologe (in Prozent der Befragten)

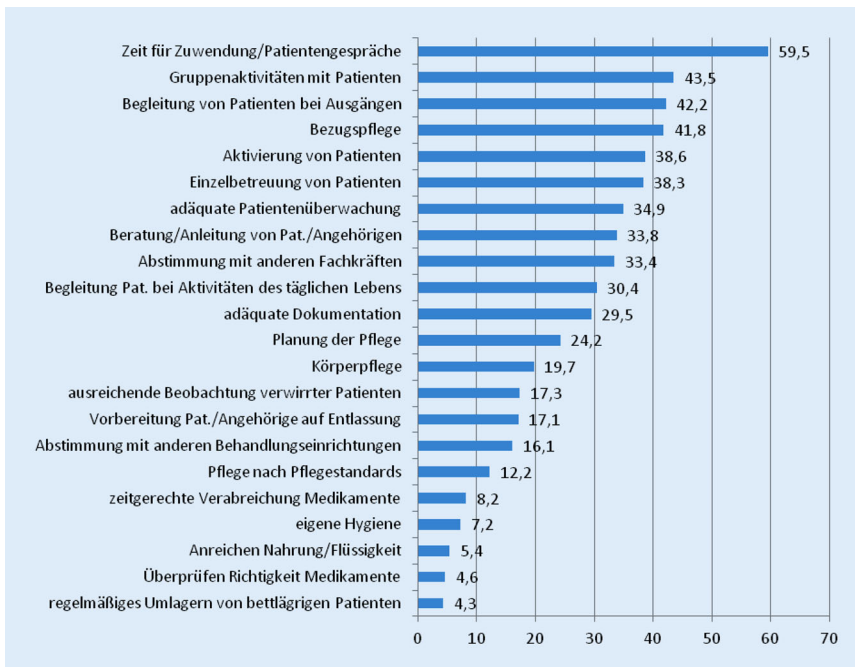


Abb. 3 ▲ Angaben der Pflegekräfte über notwendige Tätigkeiten der Patientenversorgung, die in den letzten 2 Wochen nicht erbracht wurden (in Prozent)

ge Einflussfaktoren existieren, die im Vorfeld weiterer Analysen identifiziert werden sollten.

Untersucht man den Einfluss jeder der neun Arbeitsbedingungen, die zum Gesamtindikator für belastende Arbeitssituationen zusammengefasst wurden, erhöhen zwei, nämlich ein als hoch empfundener Anteil an Verwaltungsarbeit (OR = 1,7) und die für eine gute medizinische/psychologische Behandlung nicht ausreichend gehaltene Besetzung

mit Ärzten/Psychologen (OR = 1,64), statistisch signifikant das Risiko auf einen hohen Grad impliziter Rationierung. Konkret beeinflusst also nicht die Anzahl von Beschäftigten allein das Risiko unerwünschter Behandlungsprozesse und -ergebnisse, sondern dies geschieht nur in einer Kombination mit verschiedenen weiteren und qualitativen Arbeitsbedingungen [1].

Bei Pflegekräften

Dass implizite Rationierung nicht nur ein Problem in der Wahrnehmung von Ärzten/Psychologen ist, sondern die Gesamtheit der Behandlung mitprägt, zeigen die Antworten der Pflegekräfte in den untersuchten psychiatrischen Kliniken auf dieselbe Frage mit 22 Tätigkeiten. In **Abb. 3** sind die Antworten dargestellt. Auch hier wurde von knapp 60 % der Befragten angegeben, keine Zeit für die Zuwendung bzw. Patientengespräche gehabt zu haben.

Diskussion

In den mit großem Engagement geführten Diskussionen der vergangenen Jahre um die Ausgestaltung des künftigen Entgeltsystems für psychiatrische Kliniken war die Orientierung an der Psych-PV als normatives Instrument zur Personalbemessung stets ein zentraler Argumentationsstrang. Nur die gesetzliche Festlegung einer Mindestausstattung kann nach Überzeugung der Experten eine zukünftige Abwärtsspirale in rein preisgesteuerten Budgetverhandlungen verhindern [4]. Dabei war die Argumentation unter dem Druck des Gesetzentwurfs zum pauschalierten Entgeltsystem nach PEPP stets defensiv; die Verordnung von 1990 wurde, obwohl längst als reformbedürftig erkannt, zum bewahrenswerten Goldstandard. Tatsächlich herrscht aber breite Übereinstimmung der Experten, dass diese Personalausstattung angesichts der erheblich gestiegenen Anforderungen in Dokumentation, Qualitätssicherung, Pflichtschulungen usw. sowie aufgrund des medizinischen Fortschritts mit einer erheblichen Erweiterung wirksamer Therapieverfahren (vorwiegend in der Psychotherapie) und gesteigener Erwartungen an die Einbeziehung von Patienten und Angehörigen längst als mangelhaft angesehen werden muss.

Während verschiedene Arbeiten der letzten Jahre den Ansatz gewählt hatten, deduktiv die Lücke zwischen den personellen Anforderungen einer Therapie nach gültigen Behandlungsleitlinien und der Ausstattung der Psych-PV zu kalkulieren [2, 8, 9, 11, 12, 15], verfolgten wir hier mit der Befragung der größten in der Patientenversorgung tätigen Berufs-

gruppen einen komplementären Ansatz. Dabei konnte gezeigt werden, dass mehr oder weniger restriktive Vorgaben der Personalausstattung auf der Ebene des konkreten Arbeitsalltags zwangsläufig mit impliziter Rationierung umgesetzt werden. Was dabei nicht unerwartet als erstes auf der Strecke bleibt, ist das Kernelement der „sprechenden Medizin“ überhaupt, nämlich die unmittelbare Zeit mit dem Patienten, und zwar in allen Berufsgruppen. Dies ist, ebenfalls nicht unerwartet, umso mehr der Fall, je stärker personelle Restriktionen, Arbeitsüberlastung und hierarchische Probleme subjektiv eingeschätzt werden. Gruppentherapien und -aktivitäten mit Patienten finden bei weitem nicht mehr in dem von der Psych-PV vorgesehenen Umfang statt. Sie wurden im Wesentlichen ersetzt durch Dokumentationstätigkeiten, wie auch eine Multimoment-Studie vor einigen Jahren eindrucksvoll belegen konnte [7]. Seitdem ist freilich der Dokumentationsaufwand mit PEPP-Prüfungen und verstärkten MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)-Prüfungen noch weiter gestiegen.

Diese Studie hat die bei derartigen Befragungen üblichen Limitationen. Obwohl versucht wurde, das Spektrum der Kliniktypen in Deutschland mit der Auswahl abzubilden und einige Anstrengungen für eine hohe Teilnahmequote unternommen wurden, kann die Repräsentativität der Ergebnisse bei der nur mittleren Stichprobengröße natürlich infrage gestellt werden. Ebenso können Einflüsse eines sozial erwünschten Antwortverhaltens in der einen oder anderen Richtung nicht ausgeschlossen werden, auch handelt es sich nicht um objektive Messungen.

Der wichtigste Aspekt der Ausgestaltung des neuen Psych-VVG („Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“) wird die Festlegung der Vorgaben zur Personalbemessung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss 2017 sein. Diese Arbeit kann als Hinweis auf die Notwendigkeiten dienen.

Fazit für die Praxis

Gegenüber den Vorgaben der Psych-PV herrscht in psychiatrischen Kliniken eine Praxis impliziter Rationierung. Diese betrifft in erster Linie die Zeit, die unmittelbar mit den Patienten verbracht wird.

Korrespondenzadresse

Dr. B. Braun

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)/SOCIMUM,
Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen,
Deutschland
bbraun@zes.uni-bremen.de

Förderung. Das Projekt wurde von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Braun erhält Forschungsgelder von einer Arbeitsgemeinschaft psychiatrischer Kliniken mit Modellvorhaben nach § 64b SGB V; P. Brückner-Bozetti; P. Brückner-Bozetti ist Geschäftsführer des Forums für Gesundheitswirtschaft, das Forschungsgelder von der Hans-Böckler Stiftung bezieht sowie von psychiatrischen Einrichtungen, die weitere Forschungsaktivitäten für das Forum finanziell unterstützen. Weiterhin ist er Geschäftsführer des BAB Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte, das als Beratungsunternehmen in Krankenhausunternehmen tätig ist; M. Lingenfelder erhält Forschungsgelder vom Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH in Bremen, der ADDZ e. V. und von akutstationären Einrichtungen sowie dem Leistungserbringerverband enterale Ernährung e. V. und von Herstellern der Medikal-Industrie; T. Steinert ist Mitglied der DGPPN und erhält Forschungsgelder von verschiedenen öffentlichen Institutionen sowie vom Forum für Gesundheitswirtschaft in Bremen; C. Uhlmann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Literatur

1. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM et al (2011) Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care* 49(12):1047–1053
2. Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Normative Personalbedarfsermittlung*. *Nervenarzt* 87:739–745
3. Braun B, Darmann-Finck AD, Greiner M et al (2013) Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Eigendruck Universität Bremen, Wiesbaden.
4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2015) Konzept eines budgetbasierten

- Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Nervenarzt* 86:1400–1402
5. Fischbeck S, Laubach W (2005) Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit in einem Universitätsklinikum: Entwicklung von Messinstrumenten für ärztliches und pflegerisches Personal. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55:305–314
 6. Fuchs C, Nagel E, Raspe H (2009) Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? *Dtsch Arztebl* 106(12):A-554/B-474/C-458
 7. Hoffmann M, Rieger W (2010) Vorgaben und Realität der PsychPV. Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. *Nervenarzt* 81:1354–1362
 8. Horter H, Zapp W, Driesen M (2016) Systemimmanente Anreize im PEPP. Analyse am Beispiel der Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Nervenarzt* 87:760–769
 9. Klein JP, Zurowski B, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung. *Normative Personalbedarfsermittlung*. *Nervenarzt* 87:731–738
 10. Klimke A, Godemann F, Hauth I, Deister A (2015) Strukturqualität in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. *Nervenarzt* 86:525–533
 11. Mehl S, Falkai P, Berger M et al (2016) Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Bemessung des Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87:286–294
 12. Radenbach K, Retzlak J, Meyer-Rötz SH et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung psychischer und Verhaltenssymptome bei Demenz. *Nervenarzt*. doi:10.1007/s00115-016-0195-9
 13. Raspe H, Schulze J (2013) Medizinische Versorgung: Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich. *Dtsch Arztebl* 110(22):A-1091/B-947/C-944
 14. Rave A (1999) Dimensionen der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften eines Psychiatrischen Krankenhauses. *Typoscript*, Marburg
 15. Schnell K, Hochlehner A, Berger M et al (2016) Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. *Normative Personalbedarfsermittlung*. *Nervenarzt* 87:278–285
 16. Zander B, Doble L, Bäuml M, Busse R (2014) Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76:727–734
 17. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007) Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Langfassung. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>. Zugegriffen: 15.01.2017
 18. Zander B, Doble L, Bäuml M, Busse R (2012) Gibt es implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Krankenhäusern? TU Berlin, Berlin
 19. Zentrale Ethikkommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (2000) Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung: Müssen und können wir uns entscheiden? *Dtsch Arztebl* 97(15):A-1017–1023