

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00995-w>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

A. Deister¹ · P. Brückner-Bozetti² · G. Heuft³ · M. Kölch⁴ · M. Klein⁵ · M. Löhr⁶ · A. Richert⁷ · I. Hauth⁸¹ Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe, Itzehoe, Deutschland² Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH/e. V., Bremen, Deutschland³ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland⁴ Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland⁵ Zentrum für Psychiatrie, Klinikum Schloß Winnenden, Winnenden, Deutschland⁶ LWL-Klinikum Gütersloh, Gütersloh, Deutschland⁷ Alexianer St. Hedwig Kliniken, Berlin, Deutschland⁸ Alexianer St. Joseph-Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie

Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell

Das Thema der Personalbemessung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist von großer gesundheitspolitischer Bedeutung und hat bedeutsame Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung. Dabei geht es in besonderer Weise um die Weiterentwicklung einer an den Bedürfnissen der Patienten orientierten, bedarfsgerechten und leitlinienorientierten Versorgung. Eine ausreichende empirische Evidenz für die Entwicklung eines umfassenden Systems der Personalbemessung ist bisher nicht gegeben. Daher müssen auch normative Wege zur Festlegung einer adäquaten Personalbemessung beschritten werden. Das von den psychiatrisch-psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbänden entwickelte Plattform-Modell verfolgt einen kombinierten, empirischen und normativen Ansatz zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Bemessungsinstruments für die verschiedenen Berufsgruppen, das grundsätzlich für alle therapeutischen Settings geeignet sein sollte.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen zur Weiterentwicklung

der Personalbemessung für die Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (§ 136a SGB V) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Herbst 2019 die Erstfassung der Richtlinie über verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung (PPP-RL; [1]) beschlossen, die am 01.01.2020 in Kraft getreten ist. Gleichzeitig wurden die seit 1991 gültigen Bestimmungen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV; [2]) außer Kraft gesetzt.

Hintergrund des gesetzlichen Auftrags sind grundlegende Veränderungen in den genannten Fächern seit dem Inkrafttreten der PsychPV. Dies betrifft insbesondere Veränderungen von (psychotherapeutischen und psychosozialen) Behandlungskonzepten, die zunehmende Ausrichtung der Versorgung an wissenschaftlicher Evidenz, massiv verkürzte Verweildauern in der stationären Behandlung, die Erweiterung des Spektrums der Berufsgruppen, eine verstärkte sektoren- und settingübergreifende Zusammenarbeit sowie veränderte gesellschaftliche und politische Anforderungen an diese Fächer, wie z. B. Auflagen zur Qualitätssicherung, verpflichtende Mitarbeiterschulungen etc. [3].

Der G-BA hat sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der PPP-RL verpflichtet. Diese soll möglichst auf der Basis empirischer Daten oder aktueller evidenzbasierter Studien erfolgen. In den „Tragenden Gründen“ zur Richtlinie wird ausgeführt, ein neues Modell solle zukünftig eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Aufwänden für die Patienten und ggf. den verschiedenen Settings ermöglichen. Ein solches Modell müsse in der Praxis auf seine Machbarkeit und seine Folgen untersucht werden, bevor es bundesweit Anwendung finden könne. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses der Richtlinie wurde festgestellt, dass es bisher (auch international) keine belastbaren Daten zur Personalbemessung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie gibt, die auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar wären [4]. In der gesundheitspolitischen Diskussion hat sich gezeigt, dass neben empirisch fundierten Aspekten auch normative Ansätze erforderlich sein werden, um einer leitlinienengerechten psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung möglichst gerecht zu werden [3].

Eine Arbeitsgruppe von Fachgesellschaften und Verbänden der betroffenen Fachgebiete (siehe **Infobox 1**) hat in

Infobox 1 Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte 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 Ergotherapie-wissenschaft (DGEW)
- 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)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)
- 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)
- Wissenschaftliche Gesellschaft für Künstlerische Therapie (WFKT)

den letzten zwei Jahren ein Strukturmodell entwickelt, welches sich zur einer patientenbedarfsgerechten Festlegung des Personalbedarfs in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie eignet (Plattform-Modell) [5]. Dieses Modell beschreibt (in Anlehnung an die Psych-

PV) ein System, welches erlaubt, für jede einzelne Behandlungseinrichtung den behandlungsbezogenen Personalaufwand zu berechnen. Zugrunde gelegt wird dabei der konkrete, auf den jeweiligen Patienten bezogene Personalbedarf, der geeignet ist, die erforderliche Qualität der Versorgung sicherzustellen. Der Maßstab für die Qualität der Leistungserbringung sind dabei die einschlägigen Leitlinien, die Notwendigkeit einer situationsadäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, der erforderliche Schutz des Patienten und die Sicherstellung des psychosozialen Funktionsniveaus [5].

Das vorgelegte Konzept hat sich in der gesundheitspolitischen Diskussion als sinnvolles System einer umfassenden Personalbemessung erwiesen. Noch steht jedoch die empirisch fundierte Überprüfung aus, ob dieses System für die beschriebene Aufgabe praktikabel eingesetzt werden kann und damit die Anforderung an ein belastbares und zukunftsfähiges Bemessungsinstrument für das erforderliche Personal erfüllen kann. Die hier vorgelegte Machbarkeitsstudie ist ein erster Schritt auf dem Weg zu einem solchen Nachweis. Sie wurde im Zeitraum zwischen Februar und Dezember 2019 durchgeführt.

Das Plattform-Modell und die Machbarkeitsstudie wurden für alle drei hier genannten Fächer konzipiert. Im Fachgebiet der Psychosomatik waren aufgrund der aktuellen Versorgungssituation jedoch einige Modifikationen erforderlich. Diese werden in jeweils eigenständigen Arbeiten publiziert werden.

Fragestellung

Es sollen mit der vorliegenden Machbarkeitsstudie die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Ist die im Plattform-Modell mithilfe von Fallvignetten vorgenommene Unterteilung des patientenbezogenen Bedarfs in insgesamt acht Cluster (Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) praktikabel und geeignet, das gesamte Spektrum des Bedarfs abzudecken?

- Sind die Clusterbeschreibungen und die damit erhobenen Unterteilungen des Patientenkollektivs trennscharf?
- Wie ist (patientenbezogen) das zahlenmäßige Verhältnis zwischen der Klassifikation gemäß PsychPV und der Clustereinteilung?
- Wie ist die Folgenabschätzung bez. Veränderungen in den Zeitbedarfen und der Personalbemessung?

Methodik

Patientenbezogener Bedarf

Ausgangspunkt des neuen Personalbemessungssystems ist der Bedarf der Patienten. Dieser Bedarf wird in drei Dimensionen eingeteilt: psychiatrisch/psychotherapeutisch/psychosomatisch (PSY), somatisch (SOM) sowie psychosozial (SOZ). Dabei wird jeweils zwischen Regelbedarf und erhöhtem Behandlungsbedarf differenziert. Der Regelbedarf umfasst alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und darüber hinaus erforderlichen Tätigkeiten, die für die Behandlung der Patienten in der Regel erforderlich sind. Der erhöhte Behandlungsbedarf ist verknüpft mit einer hohen Frequenz von Kontakten und Gesprächen, kurzfristigen Interventionen unterschiedlicher Berufsgruppen, Anleitung und Begleitung, erhöhtem Pflegeaufwand, erhöhtem Aufwand für Abstimmung, Koordination, Kommunikation sowie Einzelbetreuungsanforderungen [5].

Aus dieser Bedarfsmatrix ergeben sich insgesamt acht Bedarfscluster. Ein Bedarfscluster umfasst in allen drei Dimensionen einen regelhaften Bedarf (Cluster 1), während auf der anderen Seite ein Bedarfscluster in allen drei Dimensionen einen erhöhten Bedarf (Cluster 8) erfasst. Zudem werden in jeweils drei Clustern ein erhöhter Bedarf in jeweils einer Dimension berücksichtigt (Cluster 2 bis 4) und in drei weiteren Bedarfsclustern ein erhöhter Bedarf in jeweils zwei Dimensionen erfasst (Cluster 5 bis 7; **Abb. 1**).

Zuordnung der Patienten

An drei Stichtagen (jeweils Montag, Mittwoch, Freitag) im Zeitkorridor von Mitte

März bis Anfang April 2019 wurden im Abstand von neun Tagen in je drei Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und drei Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fachklinik, Abteilungspsychiatrie, Universitätsklinik) die Patienten der Einrichtungen hinsichtlich ihres regelhaften oder erhöhten Bedarfs den Dimensionen des Plattform-Modells und parallel den PsychPV-Kategorien zugeordnet. Die Rater (i. d. R. leitende Ärzte und Pflegefachpersonen), die in den Einrichtungen für die Stichtagserhebungen nach PsychPV verantwortlich waren, wurden dazu in einem Workshop qualifiziert. Dabei wurden Fallvignetten als Lehr- und Anschauungsmaterial verwendet.

Insgesamt wurden 1893 Patienten im Rahmen der Stichtagserhebungen erfasst (1387 in der Erwachsenenpsychiatrie [EP], 526 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie [KJP]).

Delphi-Verfahren

Im Rahmen von vier Expertenrunden (mit Fachärzten, Pflegefachpersonen, psychologischen Psychotherapeuten, Fachtherapeuten, Sozialarbeitern/-pädagoginnen), die mit der Delphi-Methode durchgeführt wurden (April bis Dezember 2019), wurden von ca. 120 Experten aus der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik Zeitschätzungen (Minutenwerte) zum Behandlungsaufwand vorgenommen (▣ **Abb. 2**). In der ersten Expertenrunde wurden durch vier multidisziplinäre Teams Zeitschätzungen zum Behandlungsbedarf auf der Grundlage von Fallvignetten und Tätigkeitsprofilen vorgenommen. Die Zeitschätzungen sollten den Behandlungsbedarf auf Basis von Leitlinien und Expertenkonsens widerspiegeln. In der zweiten Expertenrunde bewerteten berufsgruppenbezogene Teams die Zeitwerte der ersten Expertenrunde für die jeweiligen Tätigkeiten im Vergleich der Cluster 1 bis 8 und passten die Zeitwerte, falls erforderlich, an. Dabei waren Basis des Vergleichs zwischen den Clustern die Zeitwerte des Cluster 1 (= Regelbedarf). In einer dritten Expertenrunde wurden durch ein multidisziplinäres Team die Zeitwerte

Nervenarzt <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00995-w>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

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

Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell

Zusammenfassung

Dem Thema Personalbemessung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik kommt aktuell eine große gesundheitspolitische Bedeutung zu. Eine ausreichende empirische Evidenz für die Entwicklung eines umfassenden Systems der Personalbemessung ist bisher nicht gegeben. Das von den psychiatrisch-psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbänden entwickelte Plattform-Modell verfolgt einen kombiniert empirisch-normativen Ansatz für ein zukunftsfähiges Bemessungsinstrument für die verschiedenen Berufsgruppen. Das vorgelegte Konzept hat sich in der gesundheitspolitischen Diskussion als sinnvolles System einer umfassenden Personalbemessung erwiesen. Es steht jedoch die empirisch fundierte Überprüfung aus, ob dieses System für die beschriebene Aufgabe praktikabel eingesetzt werden kann und damit der Aufgabe eines belastbaren und zukunftsfähigen Bemessungsinstruments für

das erforderliche Personal standhalten kann. Die Aufgabe der vorliegenden Studie war es, zu prüfen, inwieweit sich die Annahmen des Plattform-Modells bewähren und ob sich methodische Hinweise erkennen lassen oder Limitationen der Studie vorliegen, die bei der Validierung und Fundierung des Modells genutzt werden können. Die Studie bestätigt die „Machbarkeit“ des Plattform-Modells und verweist auf eine Reihe methodischer Erkenntnisse und Limitationen, die für die Fortentwicklung des Modells genutzt werden können. Das entwickelte Modell erlaubt es, unabhängig von Diagnosen und Settings die erforderliche Personalausstattung abzuleiten und zu begründen. Es ist zukunftsorientiert und dynamisch.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Versorgung · Gesundheitspolitik · Bemessungsinstrumente · Tätigkeitsprofil · Patientenorientierter Bedarf

Personnel assessment in psychiatry and psychotherapy. Results of a feasibility study on the platform model

Abstract

The topic of personnel assessment in psychiatry, psychotherapy and psychosomatics is currently of great importance in terms of health policy. Sufficient empirical evidence for the development of a comprehensive system for staffing is not yet available. The platform model developed by the psychiatric psychosomatic societies and associations pursues a combined empirical normative approach for a future-oriented assessment instrument for the various professional groups. The concept presented has been proven in the health policy discussion as a sensible system of comprehensive personnel assessment; however, an empirically sound control is still lacking as to whether this system can be used practically for the task described and thus can withstand the task of a resilient and future-proof measurement instrument for the necessary personnel. The task of the

present study was to examine the extent to which the assumptions of the platform model are confirmed, whether methodological indications can be identified and whether there are limitations of the study that can be used in the validation and foundation of the model. The study confirmed the feasibility of the model and refers to a number of methodological findings and limitations that can be used for the further development of the model. The developed model allows the necessary staffing to be derived and justified, regardless of diagnoses and settings. It is future-oriented and dynamic.

Keywords

Psychiatric care · Health policy · Assessment instruments · Activity profile · Patient-oriented needs

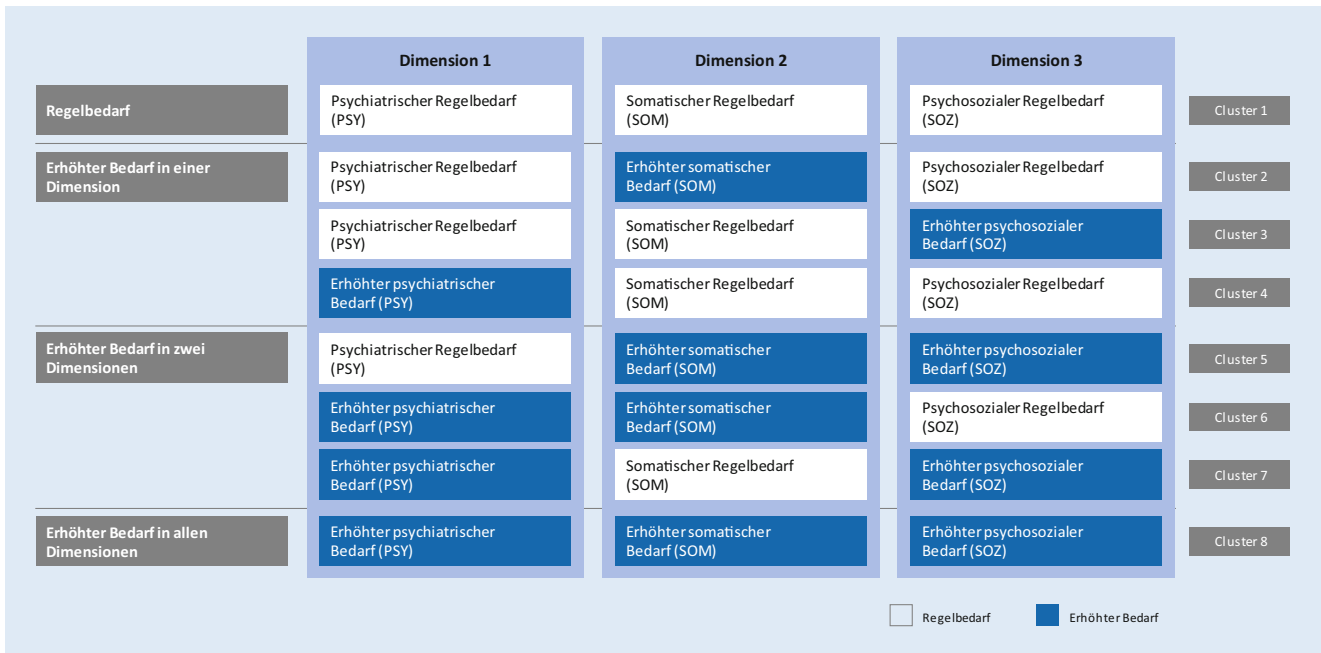


Abb. 1 ▲ Bedarfscluster des Plattform-Modells

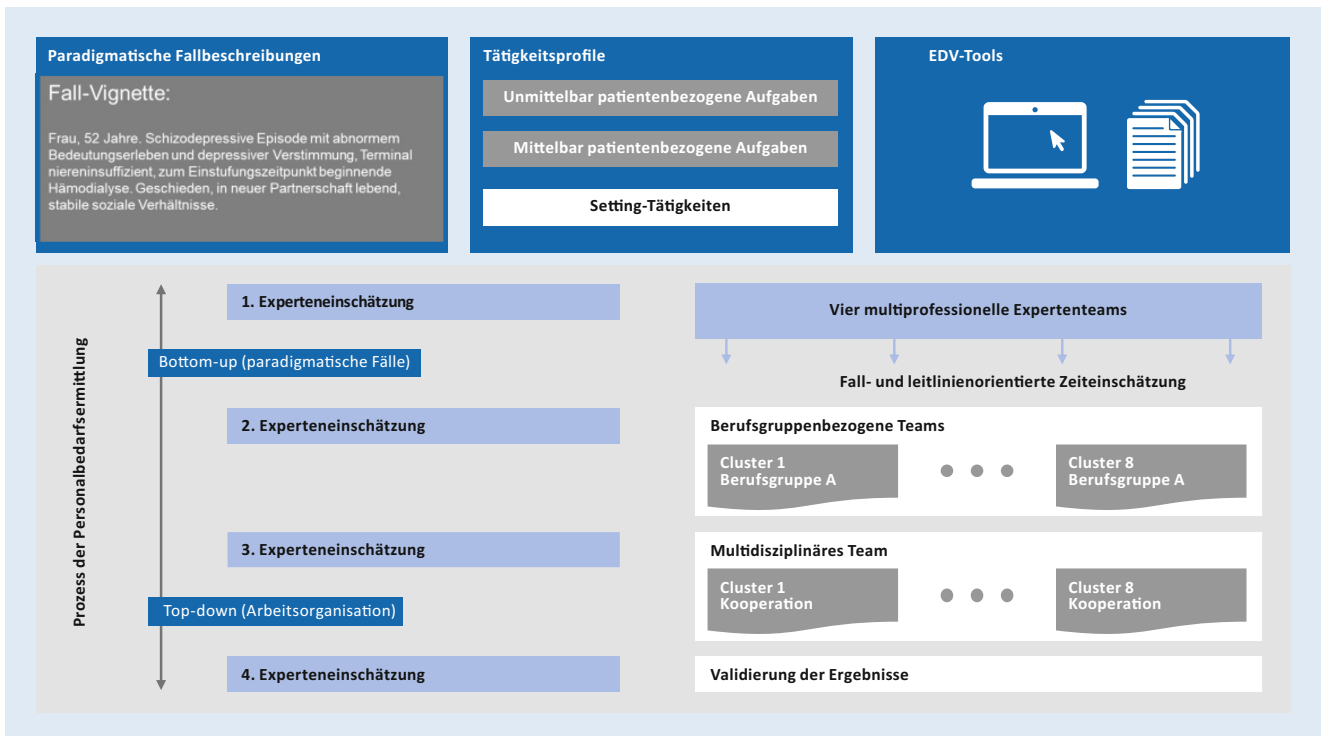


Abb. 2 ▲ Die Schätzung der Zeitwerte in Expertenworkshops (Delphi-Methode)

der zweiten Expertenschätzung unter den Aspekten Arbeitsteilung, Kooperation und Aufgabenüberschneidungen zwischen den Berufsgruppen verglichen. Die Minutenwerte wurden unter diesen Aspekten angepasst. Ausgangspunkt des Vergleichs zwischen den Clustern war

die Schätzung der Zeitwerte für das Cluster 1. Nachdem alle Ergebnisse vorlagen, wurde u. a. auf Grundlage vergleichender Auswertungen, einer Überkreuzvalidierung mit der PsychPV sowie empirischer Daten (bspw. 1:1-Betreuung) eine Validierung der Ergebnisse vorgenommen

und die Zeitschätzungen abschließend festgelegt (vierte Expertenrunde).

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie umfassen fünf Gegenstandsbereiche:

Tab. 1 Fallvignetten – Beispiel Cluster 6 „Erhöhter psychiatrischer und somatischer Aufwand“ (Erwachsenenpsychiatrie)

Fall 1: Mann, 24 Jahre	Suizidale Krise bei Borderline-Persönlichkeitsstörung – mehrere ambulante Behandlungen abgebrochen. Polytoxikomanie. Polyvalentes vegetatives Entzugssyndrom. Akute Zahnprobleme bei schlechtem Zahnstatus. Studiert Schauspiel, hatte bereits Engagements. Häufig wechselnde Beziehungen
Fall 2: Mann, 29 Jahre	Depressive Symptomatik mit gedrückter Stimmung und Antriebsdefizit bei Asperger-Autismus mit entsprechender Beeinträchtigung der Kommunikation und zwanghaft-rigidem Verhalten. M. Crohn mit Kachexie. Lebt noch bei den Eltern, keine abgeschlossene Ausbildung, keine Vorstellung zur Zukunftsgestaltung
Fall 3: Frau, 20 Jahre	Anorexia nervosa, Body-Mass-Index war zuvor in teilstationärer Behandlung auf 13 abgefallen und weiter fallend, kaum kooperierend bez. Essens- und Bewegungsplan, begleitetes Essen und Aufsicht nach Nahrungsaufnahme erforderlich. Keine Interessen, braucht Beschäftigung und Tagesstruktur als Alternative zu exzessivem Sport. Aktuelle Elektrolytentgleisungen und Herzrhythmusstörungen, seit langem Amenorrhö, Hypothermie, Osteoporose. Auf Station nur Kommunikation mit Mitpatientinnen, die ähnliche Themen haben. Kürzlich mittlerer Schulabschluss. Lebt bei den Eltern, diese sind engagiert und stützend
Fall 4: Frau, 63 Jahre	Akute psychotische Exazerbation unter Medikamentenumstellung bei schwerem Spät-Parkinsonoid, neuroleptische Neueinstellung und Behandlung der motorischen Symptomatik. Hoher Assistenzbedarf bei Selbstversorgung und Körperpflege, Urininkontinenz, nur mit Unterstützung mobil. Lebt in einer Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Senioren
Fall 5: Frau, 87 Jahre	Delirante Zustände im Rahmen einer Lewy-Körper-Demenzerkrankung. Stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, desorientiert. Ausgeprägte nächtliche Unruhe. Habe nachts Mitbewohner in deren Zimmern besucht und wahnhaft verkannt, Fluchtwünsche. Multiple Medikamentenunverträglichkeiten mit behandlungsbedürftigen Nebenwirkungen. Hoher Assistenzbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Inkontinenz. Im Pflegeheim lebend. Entfernt lebende Tochter ist vorsorgebevollmächtigt

(1) Die Validierung und Anwendung von Fallvignetten für die Zuordnung von Patienten zu den Bedarfsclustern sowie als Grundlage der Schätzung des erforderlichen Behandlungsbedarfs, (2) die Arbeit mit den Tätigkeitsprofilen in den Expertenworkshops, (3) die Zuordnung der Patienten zu den Bedarfsclustern sowie parallel zu den PsychPV-Kategorien (PsychPV-Mapping), (4) die multiprofessionelle Schätzung des erforderlichen Behandlungsaufwandes (Minuten pro Patient pro Woche) unter Berücksichtigung von Leitlinien bzw. Expertenkonsens in den Expertenworkshops, (5) die Ableitung methodischer Erkenntnisse sowie von Limitationen des Modells als Hinweise zur Weiterentwicklung des Modells. Die vorgestellten Ergebnisse beziehen sich beispielhaft auf die Erwachsenenpsychiatrie.

Fallvignetten

Bei der Entwicklung des Modells wurde entschieden, dass Fallvignetten als in der klinischen Praxis z. B. bei Diagnosenkodierung bekanntes Instrument zur realtypischen Beschreibung von Patienten genutzt werden sollen. Dabei sollten neben soziobiographischen Informationen insbesondere die psychiatrische, somatische und psychosoziale Symptomkonstellation so eindeutig beschrieben werden, dass klinischen Experten eine Zuordnung von Patienten hinsichtlich des regelhaften bzw. erhöhten Aufwandes in

den drei Dimensionen des Modells möglich ist. Dafür wurden für die Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie für jedes Bedarfscluster drei bis fünf Fallvignetten entwickelt (■ **Tab. 1**). Diese von einem multiprofessionellen Team mit „Experten-Ankern“ versehenen Fallvignetten wurden durch 30 externe Experten validiert. Die Ergebnisse der Validierung führten zur punktuellen Überarbeitung der Fallvignetten, um die erforderliche Eindeutigkeit herzustellen.

Die Fallvignetten bewährten sich sowohl bei der Qualifizierung der Rater für die Zuordnung von Patienten in die Bedarfscluster als auch bei Ableitung notwendiger Behandlungsanforderungen. Die geschulten Rater gaben für die Stichtagserhebung an, sich in 98 % ihrer Ratings „relativ sicher“ bis „sehr sicher“ zu sein.

Weiterentwicklung der Tätigkeitsprofile

Der Prozess der Expertenschätzungen führte zur Weiterentwicklung der Tätigkeitsprofile. War die Entwicklung der ersten Tätigkeitsprofile [5] davon geprägt, wegen der Planbarkeit von Personalressourcen viele Tätigkeiten dem Setting zuzuordnen, wurde im Rahmen der Zeitschätzungen deutlich, dass auch mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – bisher dem Setting zugeordnet – teilweise vom individuellen Behandlungsbedarf der Patienten abhängig sind

(beispielsweise interprofessionelle Tätigkeiten wie Fallkonferenzen, Fallsupervisionen). Der Tätigkeitskatalog wurde daher in einem rekursiven Prozess mit den Experten überarbeitet [7]. Die Tätigkeitsprofile sind nun in zwei Bereiche unterteilt: (1) unmittelbar und mittelbar bezogene Behandlungstätigkeiten und (2) strukturelle Settingtätigkeiten (vgl. ■ **Abb. 3**).

Bei der Überarbeitung der Tätigkeitskataloge wurden die erweiterten Anforderungen an eine leitlinienorientierte Behandlung berücksichtigt sowie die Reihenfolge der Tätigkeiten am Behandlungsprozess orientiert (von der Aufnahme zur Entlassung).

Im Ergebnis beträgt nach den vorliegenden Expertenschätzungen der zeitliche Soll-Anteil der vom Individuum unmittelbar und mittelbar abhängigen Tätigkeiten zwischen 80–85 % der Behandlungsanforderungen.

Zuordnung der Patienten

Ein Vergleich der Verteilung der PsychPV-Kategorien der Stichprobe der Machbarkeitsstudie mit einer größeren Stichprobe der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Einrichtungen“ (BAG) aus dem Jahr 2018 ($n = 135$ Einrichtungen) ergab eine große Übereinstimmung in der Zusammensetzung der Patientengruppen nach PsychPV [6].



Abb. 3 ▲ Weiterentwicklung der Tätigkeitsprofile – Beispiel: Berufsgruppe Pflege

Verteilung der Bedarfscluster in der klinischen Praxis (im Vergleich zur PsychPV-Einstufung)

Die Autoren dieser Arbeit gehen davon aus, dass das Plattform-Modell das Potenzial besitzt, den Bedarf der Patienten unabhängig von Diagnose und Setting widerzuspiegeln. In allen Settings bzw. Patientengruppen – ob teilstationär oder gerontopsychiatrisch – wird ein sehr differenzierter Mix der Patientenbedarfe deutlich, wie die Daten am Beispiel der Erwachsenenpsychiatrie zeigen (Abb. 4). Die an den Stichtagen erhobenen Patienten sind in die folgenden Gruppen sortiert und die Verteilung der Bedarfscluster ist ermittelt worden: alle Patienten der Stichprobe; alle vollstationären Patienten; vollstationäre Patienten, differenziert nach Allgemeinpsychiatrie (A), Sucht (S), Regelbehandlung in der Gerontopsychiatrie (G1), Gerontopsychiatrie (G) und Intensivbehandlung in der Gerontopsychiatrie (G2). In allen

Gruppen sind die Bedarfscluster wiederzufinden: Auf der einen Seite die G2-Patienten, die zu 96 % erhöhten Aufwand in einer bis zu drei Dimensionen haben, auf der anderen Seite die teilstationär behandelten Patienten, die zu 43 % erhöhten Aufwand aufweisen.

Die ersten vier Cluster mit Regel- und erhöhtem Aufwand in jeweils einer Dimension (Cluster 1 bis 4) decken zwischen 70–80 % des Leistungsgeschehens ab. Lediglich bei der Patientengruppe, die nach PsychPV der Gerontopsychiatrie (G) zugeordnet wird, gibt es ein komplexeres Bild: Hier verteilen sich die Cluster 1 bis 6 auf ca. 82 % der Patienten.

Der *Regelbedarf* (Cluster 1) beträgt zwischen 40 und 57 % (letzteres im teilstationären Bereich). Ausnahme ist der Bereich der Gerontopsychiatrie mit 28 % (G) bzw. 4 % (G2 – Intensivbehandlung). Das Cluster 4 (*erhöhter psychiatrischer Bedarf*) folgt als das Cluster mit der zweithöchsten Relevanz (zwischen 14 und 16 %) mit Ausnahme der Suchtpa-

tienten (9 %) sowie der Regelbehandlung in der Gerontopsychiatrie (8 %). In der Gruppe der gesamten Gerontopsychiatrie (G) folgt nach dem Regelbedarf das Cluster 2: *erhöhter somatischer Bedarf*: 23 % in G1 und 15 % in der gesamten Gerontopsychiatrie (G1 plus G2).

Als nächstes folgt dann das Cluster 3 *mit erhöhtem psychosozialen Aufwand*. Im Bereich der Suchtpatienten wird bei ca. 23 % der Patienten mit erhöhtem psychosozialen Aufwand der Zusammenhang zwischen psychiatrischen (Sucht-)Erkrankungen und psychosozialer Situation sehr deutlich. Für die *gerontopsychiatrische Patientengruppe* gibt es auch hier eine Besonderheit: Der Bedarf an ausschließlich erhöhtem psychosozialen Aufwand (Cluster 3) macht nur zwischen 4 und 5 % der Patienten aus, dafür ist die Kombination von regelhaftem psychiatrischem Behandlungsaufwand sowie erhöhtem somatischem und psychosozialen Auf-

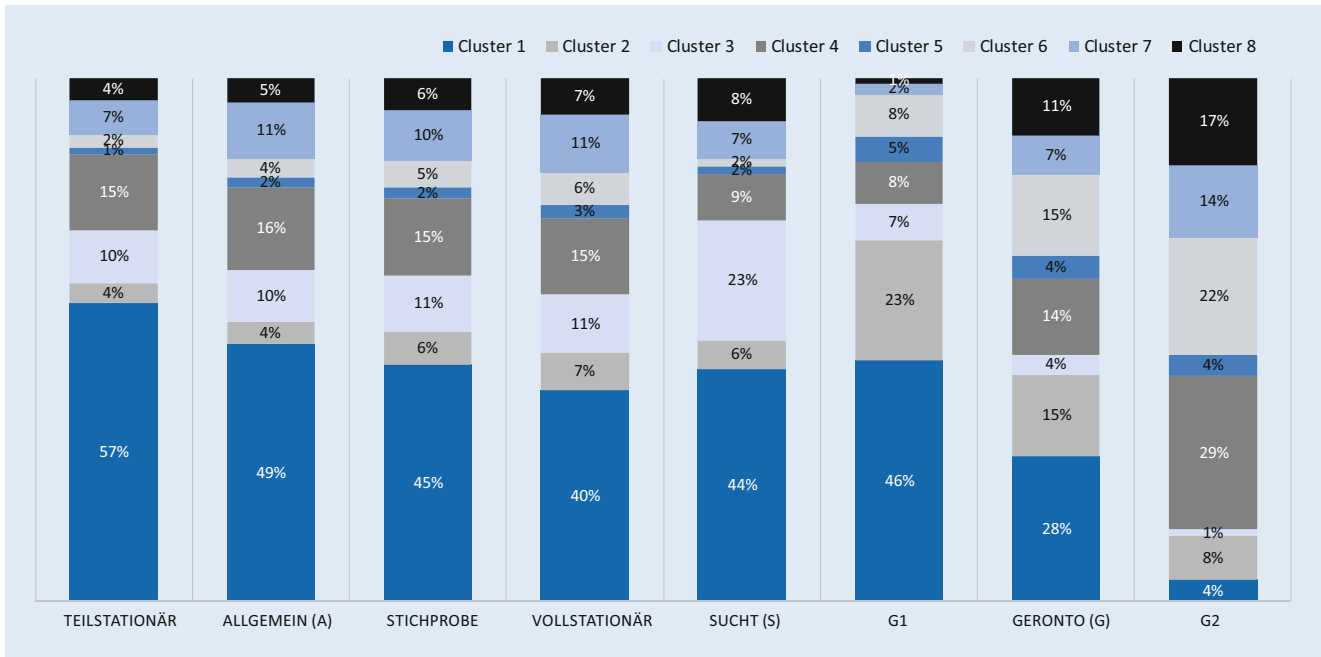


Abb. 4 ▲ Verteilung der Bedarfscluster nach Settings und Patientengruppen

wand (Cluster 5) mit 15 % (G) bzw. 22 % (G2) relevant.

Insgesamt haben bei der gerontopsychiatrischen Klientel 55 % (G) einen erhöhten somatischen Aufwand bzw. 51 % (G2). Die gerontopsychiatrischen Patienten haben in ca. 72 % (G) bzw. 96 % (G2) der Fälle einen erhöhten Aufwand in allen Dimensionen.

Bedeutsam ist zudem, dass auch bei *teilstationären Fällen* ein erhöhter Aufwand zu beobachten ist (43%). Hier ist der erhöhte psychiatrische, psychotherapeutische Aufwand (Cluster 4 = 15%) identisch mit der Stichprobe bzw. den vollstationären Fällen der Stichprobe.

In der Summe weisen in der Stichprobe 36% der Patienten einen erhöhten psychiatrischen Aufwand auf, 29% einen erhöhten psychosozialen Aufwand und 19% einen erhöhten somatischen Aufwand.

Insgesamt spiegelt das Modell sehr viel sensitiver als die bisherige Systematisierung der PsychPV den erhöhten Aufwand wider, der mit Patienten der psychiatrischen Versorgung verbunden ist.

Auswirkungen des Plattform-Modells auf (neue) bedarfsorientierte Tätigkeiten

Ein Test auf die Validität des Plattform-Modells ist u. a., ob neue bedarfsorientierte Tätigkeiten wie „Psychotherapie“, „Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung“, „Nachsorgeplanung“, die „Herstellung von Umweltbezug und die Einbeziehung des Umfeldes“, die „Förderung von Gesundheitsproblemlösungen, Inklusion und Ressourcen“ sowie Maßnahmen zur Sicherheit und Vermeidung von Zwang (u. a. „Krisenintervention“) sich in den Zeitschätzungen der Experten angemessen wiederfinden. In **Abb. 5** wird die Relevanz einzelner Tätigkeiten deutlich.

- Nach den strukturellen Settingtätigkeiten (zwischen 14,8 und 17,6%) haben die störungsspezifischen, insbesondere psychotherapeutischen Interventionen einen Anteil von 12,4% (Cluster 1) bis 14,2% (Cluster 4) am Behandlungsaufwand.
- In Cluster 2 (erhöhter somatischer Aufwand) ist der Anteil der medizinischen Versorgung ähnlich hoch (13,9%), in Cluster 3 (erhöhter psychosozialer Aufwand) erhält die Nachsorgeplanung den höchsten

Anteil nach der Psychotherapie im Vergleich zu den ersten vier Clustern (7,9%).

- Von den Behandlungstätigkeiten folgt in Cluster 4 (erhöhter psychiatrischer Aufwand) nach der Psychotherapie die Krisenintervention (inkl. 1:1-Betreuung) mit einem Anteil von 11,1%.
- Die „Förderung von Gesundheitsproblemlösungen, Inklusion und Ressourcen“ der Patienten hat einen Anteil zwischen 5,4% (Cluster 4) und 10,4% (Cluster 1), die „Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung“ zwischen 5,0 und 6,4%.
- Insgesamt schwankt in den Clustern 1 bis 4 der Anteil der neuen leitlinienorientierten Tätigkeiten zwischen 37,6% (Cluster 1) und 42,3% (Cluster 4).
- Bedeutsam ist auch der Anteil der Dokumentation, der in allen Clustern proportional zum Behandlungsaufwand steigt. Der patientenbezogene Dokumentationsaufwand beträgt nach den Schätzungen der Experten in den Clustern 1 bis 4 zwischen 11,7 und 12,6% (ohne den strukturellen Dokumentationsaufwand für Controlling, PPP-RL u. Ä.).

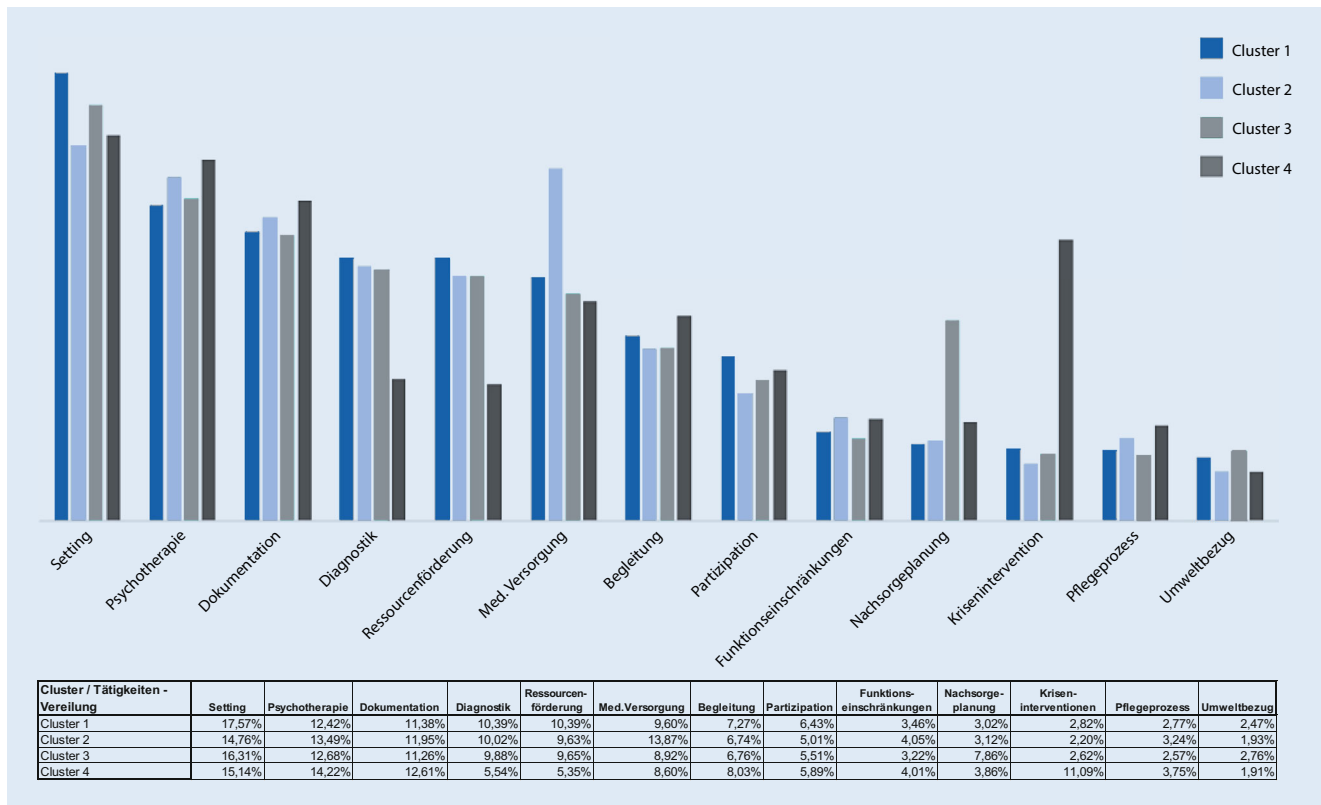


Abb. 5 ▲ Zeitanteile der Tätigkeitsfelder

Auswirkungen auf die Personalbemessung

Die Beschreibung der personellen Auswirkungen einer an Leitlinien- und Expertenkonsens orientierten Behandlung wird häufig im Vergleich zu den Werten der PsychPV vorgenommen [10]. Solche Vergleiche sind problematisch, weil die Ausgangswerte der PsychPV bei einigen Berufsgruppen sehr gering sind, wie bspw. bei den psychologischen Psychotherapeuten, die nach den Werten der Machbarkeitsstudie in der PsychPV mit einem Wert von ca. 0,3 Vollkräfte (netto – pro Station mit 18 Betten) in der Erwachsenenpsychiatrie starten [2]. Dies führt zu Steigerungsraten, die wenig Informationsgehalt haben. Auch war im Rahmen der vorgenommenen Expertenschätzung keine abschließend valide Bewertung aller Zeitwerte möglich. Es sollen daher nur strukturelle Hinweise auf die personellen Wirkungen des Plattform-Modells erfolgen und darauf, auf welche Aspekte bei der Fortschreibung des Modells in diesem Zusammenhang zu achten ist.

Für die Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie schwanken die Personalmehrbedarfe nach der vierten Expertenschätzung zwischen 5 und 6 Vollkräften (ohne Ausfallzeiten) auf einer Station (18 Patienten EP – 10 Patienten KJP). Der Personalmehrbedarf ist aber hinsichtlich der Verteilung auf die Berufsgruppen unterschiedlich groß (Abb. 6): Den größten Mehrbedarf gibt es im Pflegebereich (Anteil zwischen 28 und 31 %), es folgen die Psychologen mit einem Anteil zwischen 20 und 24 %. Im Bereich der KJP beträgt der Anteil der zusätzlich erforderlichen Ärzte 22 %, in der Erwachsenenpsychiatrie 10 %. Es folgen dann Sozialarbeiter (Anteil von 14 % bzw. 9 %), Ergotherapeuten (Anteil 13 % bzw. 6 %) und die Bewegungstherapeuten mit einem Anteil von 11 % bzw. 8 %.

Diskussion

Die Aufgabe der Machbarkeitsstudie war es, zu prüfen, inwieweit sich die Annahmen des Plattform-Modells bewähren und ob sich methodische Hinweise

erkennen lassen oder ob Limitationen der Studie vorliegen, die bei der Validierung und Fundierung des Modells genutzt werden können.

Dabei hat sich das Plattform-Modell als ein vom Ansatz her geeignetes Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs in der Psychiatrie und Psychosomatik erwiesen.

Die entwickelten Fallvignetten eignen sich als Lern- und Anschauungsmaterial, um im klinischen Alltag Patienten durch geschulte Rater den Bedarfsclustern zuzuordnen. Gleichzeitig können sie von erfahrenen, multiprofessionell zusammengesetzten Expertenteams genutzt werden, um – orientiert an Leitlinien und Expertenkonsens sowie Tätigkeitsprofilen – die Behandlungsanforderungen zu definieren und den damit verbundenen Zeitaufwand zu schätzen.

Die Tätigkeitsprofile sind in einem rekursiven Prozess gemeinsam mit den Experten des Delphi-Verfahrens überarbeitet worden. Sie berücksichtigen nicht nur neue, erweiterte Tätigkeiten u. a. abgeleitet aus Leitlinien, der Entwicklung von Behandlungskonzepten und rechtlichen

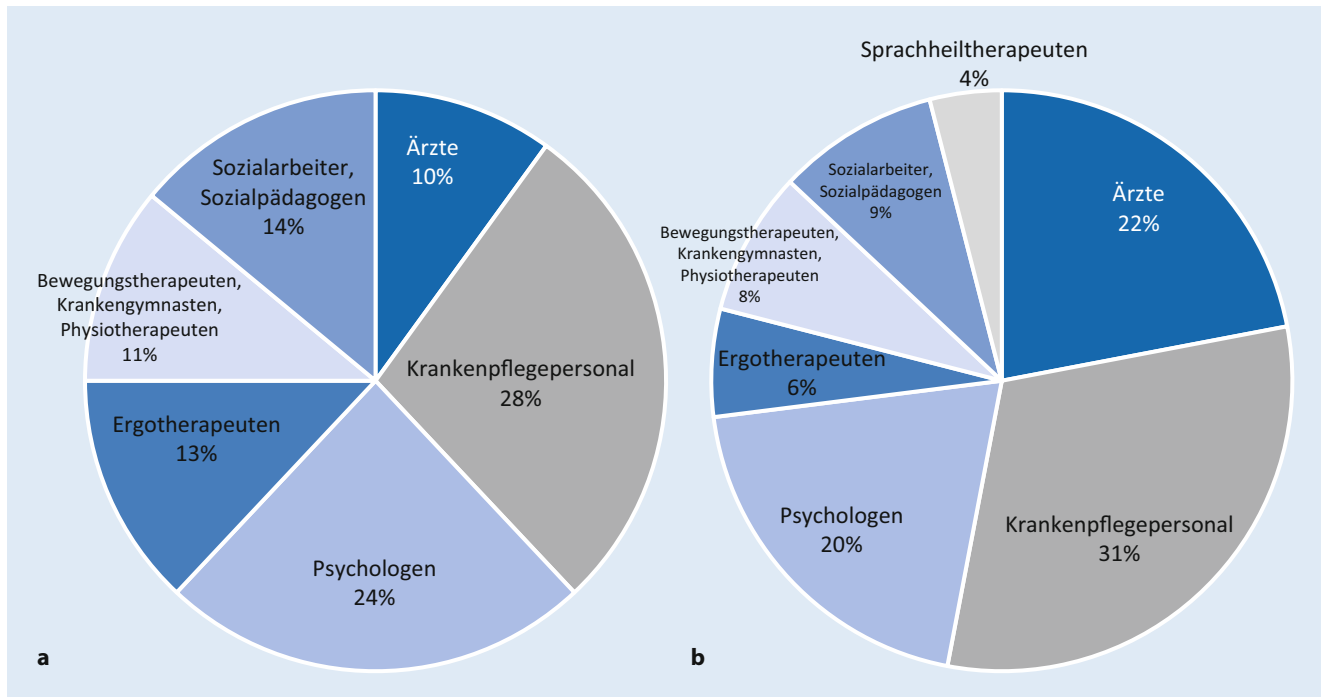


Abb. 6 ▲ Differenzierter Personalbedarf – Anteile der Berufsgruppen am Personalmehrbedarf. **a** Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

sowie gesellschaftlichen Anforderungen, sondern trennen jetzt schärfer als bisher unmittelbar und mittelbar bezogene individuumbezogene Behandlungstätigkeiten und Tätigkeiten des strukturellen Settings. Weiterhin wurde die Reihenfolge der Tätigkeiten am Behandlungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung ausgerichtet.

Es gibt vielversprechende Hinweise, dass die Bedarfscluster als Raster zur Herleitung des Behandlungsaufwandes geeignet sind, unabhängig von Diagnose und Settingbezug, den Patientenbedarf widerzuspiegeln. Hypothese des Plattform-Modells war, dass auch im teilstationären Bereich Patienten mit höherer Symptomlast anzutreffen seien. Diese Hypothese wird durch die Bedarfsclusterverteilung im teilstationären Bereich bestätigt. Die Bedarfscluster können in verschiedenen Behandlungssituationen genutzt werden und sind somit eine Blaupause auch für andere Versorgungsbereiche der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung.

Die geschätzten Zeitwerte berücksichtigen – abhängig vom Bedarf – unterschiedliche Schwerpunkte des Behandlungsaufwandes. Insbesondere neue und erweiterte leitlinienorientierte Anforder-

ungen an die Tätigkeiten finden mit einem Anteil zwischen ca. 38 und 42% in einer angemessenen Relation Berücksichtigung.

Aus den in den Expertenschätzungen ermittelten Zeitaufwänden lässt sich der strukturelle Personalmehrbedarf differenziert nach Berufsgruppen, in der Weiterentwicklung des Modells nach Qualifikationsclustern [5] ableiten. Diese Differenzierung in der Verteilung des Personalmehrbedarfs zwischen den Berufsgruppen könnte als Algorithmus für ein dynamisches Modell der Fortschreibung von Personalmehrbedarf genutzt werden. Das hätte den Vorteil, dass der Mehrbedarf nicht im problematischen Vergleich zu alten Personalbemessungssystemen (z. B. PsychPV; [8]) vorgenommen wird, sondern Ergebnis eines Aushandlungsprozesses ist, in dem lediglich die Verteilung zwischen den Berufsgruppen aus empirischen Daten abgeleitet wird.

Limitationen

Aus der Machbarkeitsstudie ergibt sich eine Reihe von Limitationen, die bei der Bewertung sowie Validierung des Plattform-Modells und der Ergebnisse der

Machbarkeitsstudie berücksichtigt werden sollten.

- Die Rater waren sich zwar in der Stichtagserhebung ihrer Ratings relativ bis sehr sicher, aber die Interraterreliabilität ist nicht explizit getestet worden.
- Ähnliches gilt für die Validität der neu entwickelten Tätigkeitsprofile. In der Delphi-Befragung wurde zwar gemeinsam mit den Experten das Tätigkeitsprofil überarbeitet, aber in den Workshops wurde wegen der Stringenz des Verfahrens (Vergleichbarkeit der Zeitwerte) mit dem ersten Entwurf der Tätigkeitsprofile weitergearbeitet.
- Für die Schätzung der Behandlungsanforderungen wurde bei der Auswahl der Experten darauf geachtet, dass diese über entsprechende berufliche Qualifikationen sowie Erfahrung verfügen, um die leitlinien- oder expertenkonsensorientierten Behandlungsanforderungen einschätzen zu können. Die Experten wurden in der Vorbereitung auch darum gebeten, die Fallvignetten unter dem Aspekt von Leitlinien zu bewerten, eine explizite Zuordnung von Leitlinien bzw. eine entsprechen-

de Qualifizierung fand aber nicht statt. Dies verweist auch auf methodische Ansätze der Validierung der Zeitwerte der Machbarkeitsstudie.

- Die Expertenschätzungen wurden ausschließlich durch Experten „aus den Professionen“ vorgenommen. Bei der Weiterentwicklung des Modells sind Patienten, Angehörige sowie andere Stakeholder (Management, Kostenträger, betriebliche Interessenvertretungen usw.) einzubeziehen.
- Bei der Schätzung von Soll-Bedarfen gibt es systematisch folgende Verzerrungen bzw. Limitationen:
 - Unschärfen in den individuellen Expertenschätzungen, wegen der unterschiedlichen Wahrnehmung und Erfahrungswelt (Objektivität, Reliabilität) der Experten,
 - Aushandlungsinteressen, die die Schätzung beeinflussen,
 - Überschneidungen in den Tätigkeiten sind trotz kooperativer, kritischer Diskussion aufgrund der Tätigkeitskataloge möglich,
 - Optimierungsmöglichkeiten sind nicht berücksichtigt.
- In der Berufsgruppe der Pflege wurden innerhalb der Cluster die erforderlichen Zeiten mit großer Streubreite eingeschätzt. Die eingeschätzten Werte deuteten darauf hin, dass möglicherweise Zeitbedarfe für kompensierende Hilfen bei funktionalen Beeinträchtigungen im Clustermodell nicht ausreichend abgebildet werden. Dieser Sachverhalt konnte im Rahmen der Machbarkeitsstudie nicht weiter geprüft werden [9].
- Die Anwendung quantitativer Methoden der empirischen Sozialforschung sollte diese Limitationen in Vorbereitung einer Befragung berücksichtigen.
- „Den“ Personalbedarf als absoluten Wert gibt es nicht. Es gibt letztlich einen Expertenkonsens, der aber auch abweichende Einschätzungen beinhalten kann. Es ist sinnvoll, valide „Bandbreiten“ zu ermitteln – als Grundlage eines Aushandlungsprozesses.
- Die Zeitschätzungen sind auf den vollstationären Bereich ausgerichtet. Für eine Weiterentwicklung des Mo-

dells sind andere Settings einzubeziehen (teilstationär, Stationsäquivalente Behandlung usw.).

- Das Portfolio zukünftiger Versorgungsangebote, die Optimierung von Prozessen sowie die Wirkungen der Digitalisierung sind bei der Entwicklung des Personalbedarfs zu berücksichtigen.

Das gewählte qualitative Vorgehen, orientiert an der Delphi-Methode, stellte sich als Methode der Wahl heraus [7, 10, 11]. Das Vorgehen brachte eine Reihe von Lernprozessen mit sich:

- Bei dem Prozess der Personalbedarfsermittlung stellte sich heraus, dass ein mehrstufiger iterativer Prozess erforderlich ist (vier Expertenrunden). Dies ermöglichte auf der Basis der Fallvignetten in einem analytischen Prozess eine entsprechende Anpassung der Zeitwerte, die nicht nur das Soll, sondern auch arbeitsorganisatorische und prozessuale Aspekte berücksichtigten.
- Die multidisziplinäre Zusammensetzung der Expertenteams ist methodische Voraussetzung, um Kooperation, Überschneidungen, Doppelarbeiten und Aspekte der multidisziplinären Zusammenarbeit bei den Zeitschätzungen zu berücksichtigen.
- Darüber hinaus ist ein solcher Prozess auch ein Aushandlungsprozess zwischen verschiedenen Berufsgruppen bzw. Qualifikationsclustern [7]. Die Bedeutung eines solchen Aushandlungsprozesses, der durch entsprechende Interessen geprägt ist, ist bei der Gestaltung und bei dem methodischen Vorgehen zu berücksichtigen.
- Das gewählte parallele Vorgehen in drei Bereichen – Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik – ermöglichte in der abschließenden vierten Expertenrunde eine vergleichende Bewertung der Ergebnisse.
- Quantitative Methoden können die Evidenz der Daten erhöhen – Normalverteilung der Daten, Zufälligkeitsprinzip der Auswahl der Befragten, statistische Gütetests –

erfordern aber eine gute qualitative Vorbereitung bzw. Testung der Erhebungsinstrumente.

- Zusammenfassend ist bei weiteren Studien die Nutzung qualitativer und quantitativer Methoden zu empfehlen (Triangulierung).

Die Studie gibt viele positive Hinweise auf die „Machbarkeit“ des Plattform-Modells und verweist auf eine Reihe methodischer Erkenntnisse und Limitationen, die für die Fortentwicklung des Modells genutzt werden können. Das entwickelte Modell erlaubt es, unabhängig von Diagnosen und Settings die erforderliche Personalausstattung abzuleiten und zu begründen. Es ist zukunftsorientiert und dynamisch.

Im nächsten Schritt sollten die methodischen Grundlagen sowie strukturellen Elemente des Modells genutzt werden, um in einer weiteren Fundierung die Grundlage für die Fortschreibung der PPP-RL bzw. für ein neues Personalbemessungssystem in der psychiatrischen Versorgung zu schaffen. Solche Vorhaben sollten partizipativ angelegt sein und wesentliche Stakeholder der psychiatrischen Versorgung integrieren.

Das Modell ist damit eine gute Basis einer an Leitlinien- und Expertenkonsens orientierten Personalbemessung und für einen anzustrebenden gemeinsamen Nenner der Akteure in der psychiatrischen Versorgung (Patienten, Angehörige, Mitarbeitende, Management, Träger und Kostenträger).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. A. Deister
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum
Itzehoe
Itzehoe, Deutschland
a.deister@kh-itzehoe.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

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

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V – PPP-R 3. <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>. Zugegriffen: 12. Juni 2020
2. Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg) (2005) Psychiatrie-Personalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart
3. Deister A (2019) Personalbemessung und die Frage der Gerechtigkeit. Psych Prax 46:423–425
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf. Zugegriffen: 12. Juni 2020
5. Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G et al (2019) Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Nervenarzt 90:285–292
6. BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Einrichtungen) (2017) Psychiatrie im Bundesvergleich
7. Röschlau M (1990) RKW-Handbuch Personalplanung. Luchterhand, Neuwied, Frankfurt/M, S 96
8. Berger M, Wolff J, Normann C et al (2015) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung. Nervenarzt 86:542–548
9. Löhr M, Liekenbrock A (2015) Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Besetzung in der Behandlung Erwachsener. Z Psychosom Med Psychother 62:150–166
10. Schulz M, Renn O (2009) Das Gruppendelphi: Konzept und Vorgehensweise. In: Schulz M, Renn O (Hrsg) Das Gruppendelphi – Konzept und Fragebogenkonstruktion. VS, Wiesbaden, S 11–22
11. Niederberger M, Renn O (2018) Das Gruppendelphi-Verfahren – Vom Konzept bis zur Anwendung. Springer, Wiesbaden