

**Die Qualität der Versorgung in
Psychiatrie und Psychosomatik**
Eine Auswertung der Qualitätsberichte
der Krankenhäuser

2016

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	3
II.	Die BPtK-Studie „Qualitätsberichte in Psychiatrie und Psychosomatik“	5
	1. Personalausstattung als zentrales Strukturmerkmal der Versorgungsqualität	5
	2. Personalschlüssel für die stationäre Versorgung	8
	3. Ergebnisse zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik	14
	4. Diskussion der Ergebnisse	19
III.	Handlungsbedarf	26
	1. Personalausstattung für eine leitlinienorientierte Versorgung	26
	2. Einhaltung der Mindestvorgaben überprüfen	27
	3. Aussagekräftige Leistungsbeschreibungen entwickeln	28
	4. Mehr Transparenz schaffen	29
IV.	Methoden	31
	1. Personalvorgaben der Psych-PV als Vergleichsnorm	31
	2. Stichprobe	34

I. Einleitung

Aktuell ist nur wenig transparent, wie viel Personal in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet und welche Versorgung die Einrichtungen ihren Patienten damit bieten können. Ab 2017 plant die Bundesregierung mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), mehr Leistungsorientierung und mehr Transparenz in Psychiatrie und Psychosomatik einzuführen. Mit dem PsychVVG wird z. B. auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung in Kliniken für psychisch kranke Menschen festzulegen. Diese sollen – soweit möglich – evidenzbasiert sein und eine leitliniengerechte Behandlung ermöglichen.

Keine Transparenz

Bisher fehlen aussagekräftige Daten zur Personalausstattung in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Deshalb kann auch nicht beurteilt werden, inwieweit die jetzigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erfüllt und umgesetzt werden. Es ist damit unklar, welche Behandlungsleistungen die Patienten ausgehend von den Standards der Psych-PV erhalten. Unbeantwortet bleibt schließlich auch die Frage, wie viel Personal fehlt, um eine Versorgung gemäß dem heutigen „State of the Art“ zu ermöglichen. Sicher ist bisher nur: Die Personalanforderungen, die der G-BA festlegen wird, müssen andere sein, als sie die Psych-PV vorgegeben hat.

Auswertung der Angaben in den Qualitätsberichten

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ausgewertet, um zu Aussagen darüber zu gelangen, ob das Personal in Psychiatrie und Psychosomatik für eine leitlinienorientierte Behandlung ausreicht oder nicht. Das klingt einfacher, als es war. Die Krankenhäuser sind zwar seit zehn Jahren verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen und darüber zu informieren, wie viel Personal sie beschäftigen und wie gut sie die Patienten behandeln. Doch die Daten, die in diesen Berichten zu finden sind, lassen kaum verlässliche Aussagen dazu zu, wie viele Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegekräfte de facto für die stationäre Versorgung zur

Verfügung stehen. Solche Strukturdaten wären jedoch essenziell, um die Behandlungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik beurteilen zu können. Notwendig sind weitere Maßnahmen, z. B. die Entwicklung einer Leistungsdokumentation, mit der beurteilt werden kann, wie leitlinienorientiert eine Behandlung war. Die BPtK wird sich dafür einsetzen, dass im Laufe des parlamentarischen Verfahrens die Anforderungen an die Leistungsdokumentation und die Vorgaben zur Transparenz über die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik noch entsprechend präzisiert werden.

Reform überfällig

Die BPtK-Auswertung der Qualitätsberichte zeigt aber vor allem, dass die Reform der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen überfällig ist. Die Qualität einer Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik muss besser zu beurteilen sein, als sie es momentan ist. Dabei werden auch wieder ganz grundlegende Fragen gestellt werden müssen: Wann ist eine stationäre Behandlung überhaupt notwendig? Wie intensiv sollte sie sein? Sollte eine Intensivbehandlung nicht viel häufiger auch ambulant möglich sein? Welche ergänzenden Versorgungsangebote sind notwendig, um die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schließen?

II. Die BPtK-Studie „Qualitätsberichte in Psychiatrie und Psychosomatik“

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat die Qualitätsberichte von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen in Bayern, Hamburg und Sachsen für das Jahr 2013 ausgewertet (Tabelle 1). Dabei konnte für 167 (70 Prozent) von insgesamt 239 Kliniken und Abteilungen eine Relation von Personal zu Betten hergestellt werden (siehe auch IV. Methoden).

Tabelle 1: Stichprobe (N = 167)

	Hamburg	Bayern	Sachsen	gesamt
Allgemeinpsychiatrie (Erwachsene)	10	51	31	92
Kinder- und Jugendpsychiatrie	4	19	10	33
Psychosomatik	2	35	5	42
Fachkrankenhaus	4	79	25	108
Abteilung an Allgemeinkrankenhaus	12	26	21	59
gesamt	16	105	46	167

1. Personalausstattung als zentrales Strukturmerkmal der Versorgungsqualität

Die stationäre Behandlung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist personalintensiv. Hauptbehandlungsmittel sind die therapeutische Beziehung und das therapeutische Gespräch. Eine ausreichende Ausstattung mit therapeutischem und pflegerischem Personal ist deshalb Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Behandlung, wie sie in wissenschaftlich konsentierten Leitlinien beschrieben wird.

Psychiatrie-Personalverordnung – veraltete Anforderungen

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung, die am 1. Januar 1991 in Kraft trat, wurden erstmals Maßstäbe für eine angemessene Personalausstattung, die sich aus den diagnostischen und therapeutischen Bedarfen der Patienten ableitet, für psychiatrische

Krankenhäuser vorgelegt. Auf der Grundlage der damaligen Behandlungskonzepte wurden für die wichtigsten Berufsgruppen¹ inhaltlich Regelaufgaben und Tätigkeiten definiert und mit entsprechenden Minuten pro Patient versehen. Hieraus ließen sich dann konkrete Personalanhaltszahlen bzw. Personalschlüssel für die Patientenversorgung durch die einzelnen Berufsgruppen ableiten.

Die Konzepte und Mittel zur Behandlung psychischer Erkrankungen haben sich in den vergangenen 25 Jahren erheblich weiterentwickelt. Inzwischen ist die Wirksamkeit von Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen wissenschaftlich belegt. Bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist Psychotherapie heute z. B. ein essenzieller Bestandteil der Behandlung. Auch die therapeutischen Konzepte und Ziele der tagesklinischen Behandlung haben sich verändert. Während die Tagesklinik damals vor allem als Übergang von der Klinik nach Hause konzipiert wurde, werden dort heute vor allem psychotherapeutische Behandlungskonzepte umgesetzt. Die Standards der Psych-PV sind also vielfach überholt.

Weitgehende Intransparenz

In der Praxis besteht noch ein weiteres Problem: Es ist unklar, ob bzw. in welchen Krankenhäusern wenigstens die nach heutigen Standards zu niedrigen Personalanforderungen der Psych-PV in der Praxis umgesetzt werden. Es finden sich immer wieder Hinweise dafür, dass selbst die veralteten Psych-PV-Standards nicht in allen Kliniken erfüllt werden. Welche Leistungen eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik oder Abteilung mit welchem Personal anbietet, ist weitgehend intransparent. Das ist aus Patientensicht nicht akzeptabel. Patienten und ihre Angehörigen benötigen verständliche Informationen und einfache strukturelle Kennziffern dafür, über welche Personalausstattung die Krankenhäuser verfügen und inwieweit diese zumindest die Standards der Psych-PV einhalten.

¹ Dabei wird in der Psych-PV nicht zwischen Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten unterschieden, da es die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Psych-PV noch nicht gab. Psychotherapeuten werden deshalb in der Psych-PV mit zur Berufsgruppe der Psychologen gezählt bzw. mit dieser zusammengefasst.

Umfragen zur Personalausstattung

Nach der Psych-PV sollten die Vertragsparteien auf Landesebene Rahmenvereinbarungen zur Überprüfung und Umsetzung der Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen schließen (§ 4 Absatz 4 Nummer 2 Psych-PV). Eine solche Vereinbarung ist jedoch nur in einem Bundesland, in Hessen, zustande gekommen. Danach wurde im Jahr 2013 in Hessen die Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie im Durchschnitt zu 96,4 Prozent (Werte zwischen 84 und 109 Prozent) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu 96,5 Prozent (Werte zwischen 90 und 108 Prozent) erfüllt².

Weitere bundesweite Zahlen liegen aus einer Umfrage der Aktion Psychisch Kranke (APK) aus dem Jahr 2005³ und einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des Psychiatrie-Barometers 2011⁴ vor (Tabelle 2). Danach wird der Planbedarf nach Psych-PV insgesamt um durchschnittlich zehn Prozent unterschritten.

In der Berufsgruppe der Diplom-Psychologen⁵ wird er allerdings deutlich überschritten. Nach Auskunft der für das Psychiatrie-Barometer 2011 befragten Einrichtungen waren dort 40 Prozent mehr Psychologen beschäftigt, als nach den Vorgaben der Psych-PV vorgesehen ist.

² Roman Ernst, „Quo vadis? – 17 Jahre Strukturprüfungen und -gespräche mit den psychiatrischen Einrichtungen in Hessen, Vortrag auf der 7. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 1. Oktober 2015. (https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf, Zugriff am: 8. Juni 2016).

³ AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V., Evaluation der Psych-PV, Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, vorgelegt am 15.01.2007 (<http://bdk-deutschland.de/images/files/aktuelles/2007-bmg-endf-psych-pv-umfr.pdf>, Zugriff am 8. Juni 2016)

⁴ Psychiatrie-Barometer 2011, Deutsches Krankenhausinstitut (<https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie-barometer-2011.pdf>, Zugriff am 8. Juni 2016)

⁵ inklusive Psychotherapeuten gemäß der Einteilung der Berufsgruppen nach der Psych-PV

Tabelle 2: Ergebnisse der Evaluation der Psych-PV durch die Aktion Psychisch Kranke und des Psychiatrie-Barometers 2011 des Deutschen Krankenhausinstituts

	Psych-PV-Erfüllungsgrad Ärzte ⁶ (MW)	Psych-PV-Erfüllungsgrad Pflege (MW)	Psych-PV-Erfüllungsgrad Diplom-Psychologen ⁷ (MW)	Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen (MW)
Aktion Psychisch Kranke 2005	93,7 %	88,9 %	k. A.	90,1 %
Psychiatrie-Barometer 2011	95,8 %	93,9 %	140,6 %	k. A.

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seit 2005 sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen und zu veröffentlichen, um ihre Struktur- und Leistungsdaten sowie die Qualität der Behandlung transparent zu machen. Die Berichte sollen der Information von Patienten und Versicherten sowie den einweisenden und weiterbetreuenden Ärzten als Orientierungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses dienen. Seit 2014 müssen die Krankenhäuser jährlich Qualitätsberichte veröffentlichen, bis dahin war das nur alle zwei Jahre verpflichtend.

Deshalb sind auch alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Dieser besteht aus zwei Teilen. In Teil A finden sich Angaben, die das ganze Krankenhaus betreffen, wie z. B. Informationen zu den medizinisch-pflegerischen Leistungen, der Zahl der Betten sowie der Zahl der Ärzte und Pflegekräfte insgesamt. In Teil B werden die Struktur- und Leistungsdaten der einzelnen Fachabteilungen aufgeführt. Dort befinden sich auch die Angaben zur Zahl der Ärzte und Fachärzte, der Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten sowie des Krankenpflegepersonals.

2. Personalschlüssel für die stationäre Versorgung

Die BPTK-Studie nutzt die Daten der Qualitätsberichte, um zu Aussagen zur Personalausstattung in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen

⁶ In der Psych-PV wird in der Berufsgruppe „Ärzte im Stationsdienst“ nicht zwischen Ärzten und Fachärzten unterschieden bzw. Ärzte und Fachärzte werden in einer Berufsgruppe zusammengefasst.

⁷ Offen ist, inwieweit Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten während der Praktischen Tätigkeit zu den Vollkräften in der Berufsgruppe der Psychologen hinzugezählt werden.

zu kommen. Dabei sind jedoch Grenzen und Lücken der Berichte zu beachten: Die Angaben der Krankenhäuser beziehen sich auf die Anzahl der Vollkräfte in der jeweiligen Berufsgruppe zum Stichtag 31. Dezember. Dabei wird nicht unterschieden, ob die Vollkräfte in der stationären oder in der ambulanten Krankenhausversorgung, z. B. in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), im Qualitätsmanagement oder für administrative Aufgaben eingesetzt werden. Da nahezu alle (96 Prozent) psychiatrischen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern über (mindestens) eine PIA verfügen⁸, ist davon auszugehen, dass ein Anteil des angegebenen Personals dort eingesetzt wird und somit nicht für die stationäre Versorgung zur Verfügung steht. Der von der BPTK aus den Qualitätsberichten berechnete Personalschlüssel für die stationäre Versorgung wird daher wahrscheinlich höher ausgewiesen, als er in Wirklichkeit ist.

Indikator für Personalausstattung: Verhältnis von Betten je Vollkraft

In den Qualitätsberichten müssen die Krankenhäuser das Verhältnis der behandelten Patienten in einem Jahr zur Anzahl der Vollkräfte in den verschiedenen Berufsgruppen angeben. Das Verhältnis von behandelten Patienten pro Jahr zu Vollkräften ist jedoch keine zuverlässige Kennzahl für die Qualität der Versorgung bzw. sagt nichts darüber aus, wie viel Personal für die Versorgung der Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Verfügung steht.

Ein Beispiel: *Kliniken A und B verfügen beide über je 100 Betten und beschäftigen je 10 Ärzte. Klinik A hat eine mittlere Verweildauer von 30 Tagen, Klinik B eine von 60 Tagen. Das heißt: Klinik A hat im Jahr ca. 1.200 Patienten, Klinik B hingegen nur 600 Patienten zu versorgen. Im Qualitätsbericht gibt Klinik A deshalb eine Patienten-/Vollkraft-Relation von 120/1 an und Klinik B von 60/1 an. Danach scheint die Personalausstattung in Klinik B deutlich besser als in Klinik A. Tatsächlich steht in beiden Kliniken jedoch in der Regel ein Arzt für 10 Patienten zur Verfügung. Die beiden Kliniken sind*

⁸ Leber W.-D., Haas A., Hahn J., Tolzin C. J. & Martinsohn-Schittkowski W. (2011). PIA-Dokumentation – Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) zur Erfassung der Leistungen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten_und_analyse/psychiatrische_institut-sambulanzen_pia/2011_04_20_GKV-SV-Positionspapier_PIA-Doku_CD-konform_aktualisiert.pdf, Zugriff am 8. Juni 2016).

also pro Patient oder Bett personell gleich gut ausgestattet, versorgen aber unterschiedlich viele Patienten in einem Jahr.

Um die Angaben der Krankenhäuser zur Personalausstattung bewerten zu können, muss deshalb das Verhältnis von Personal zu Betten bzw. zur Anzahl der zu behandelnden Patienten pro Tag betrachtet werden. Die Krankenhäuser machen zwar in Teil A der Qualitätsberichte Angaben zur Gesamtzahl ihrer Betten, aber unterscheiden in Teil B nicht die Anzahl der Betten in den verschiedenen Abteilungen. Da sich die differenzierten Personalangaben zu den verschiedenen Berufsgruppen aber auf die Abteilungen beziehen, kann mit den Daten der Qualitätsberichte keine Relation von Personal zu Betten gebildet werden.

Für drei ausgewählte Bundesländer – Bayern, Hamburg und Sachsen – wurde deshalb die Bettenzahl je Abteilung genutzt, die sich in den Krankenhausplänen der jeweiligen Länder für das Jahr 2013 finden. Diese wurde dann in Relation zu den Personalangaben in Teil B der Qualitätsberichte gesetzt. Dadurch konnte das Verhältnis von Betten pro Vollkraft für die Berufsgruppen „Ärzte/Fachärzte“, „Ärzte/Fachärzte/Diplom-Psychologen/Psychotherapeuten“ und „Krankenpflegepersonal“ berechnet werden.

Vergleich mit den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung

Eine Bewertung dieses Indikators „Betten pro Vollkraft“ ist nur im Vergleich zu einer Norm möglich. Die einzig verfügbaren normierten Vergleichswerte sind derzeit die Personalstandards der Psych-PV, auch wenn diese nicht die Standards für eine Behandlung nach heutigem Wissensstand beschreiben.

Für die Berufsgruppen Ärzte⁹, Diplom-Psychologen¹⁰, Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeiter wurden in der Psych-PV inhaltlich die Regelaufgaben oder Tätigkeitsprofile bestimmt und mit entsprechenden Minuten pro Patient versehen. Die erforderlichen Personalstellen für eine psychiatrische Abteilung lassen sich dann aus der Zahl der zu behandelnden Patienten multipliziert mit den Minutenwerten der einzelnen Berufsgruppen ableiten.

⁹ Einschließlich Fachärzte

¹⁰ Einschließlich Psychotherapeuten

Die Psych-PV sieht vor, dass Personalstellen auch durch Fachkräfte anderer Berufsgruppen besetzt werden können, soweit diese dieselben Behandlungsaufgaben übernehmen können. Eine solche Austauschbarkeit ist explizit auch für die Berufsgruppen der Ärzte und Diplom-Psychologen vorgesehen. Die Tätigkeitsprofile beider Berufsgruppen sind weitgehend identisch, bis auf die psychiatrische und körperliche Befunderhebung sowie die somatische Mitbehandlung (medizinisch-psychiatrische Grundversorgung), die der ärztlichen Berufsgruppe vorbehalten sind (Tabelle 3).

Tabelle 3: Tätigkeitsprofile von „Ärzten“ und „Diplom-Psychologen“ nach Psych-PV

Aufgabe	Arzt	Diplom-Psychologe
Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung - Psychiatrische Anamnese und Befunderhebung, körperliche Untersuchung, Fremdanamnese, Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme - Visiten, Verlaufsuntersuchungen, Befundauswertung, Medikationskontrolle und medizinische Behandlung	X	-
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen - Teilnahme an Oberarzt-/Kurvenvisiten	X	X
Einzelfallbezogene Behandlung - Einzelgespräche/Einzels psychotherapie - Krisenintervention - Familiengespräche/Familientherapie - Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, Rehabilitations- und Nachsorgeplanung	X	X
Gruppentherapie - Gruppentherapie - Teilnahme an den Stationsversammlungen - Angehörigengruppen auf Station	X	X
Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten - Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen - Teilnahme an Therapiekonferenzen - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung - Teilnahme an Außenkontakten (z. B. komplementäre Dienste)	X	X

Für die Berechnung der Vergleichswerte wurden die Personalanzahlzahlen für den Regelbehandlungsbereich – A1 in der Erwachsenenpsychiatrie und KJ1 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie – verwendet, da fast 70 Prozent der Patienten, die in der Psychiatrie behandelt werden, diesem Behandlungsbereich zugeordnet werden.¹¹

Damit ließen sich die folgenden Vergleichswerte aus den Vorgaben der Psych-PV ableiten.¹²

Patienten pro Arzt

Ausgangspunkt war die Frage, ob die Zahl der angegebenen „Ärzte/Fachärzte“ ausreicht, um die nur ärztlich zu gewährleistende medizinisch-psychiatrische Grundversorgung in den Einrichtungen sicherzustellen. Hierfür wurde aus den Zeiten, die in der Psych-PV für diese Aufgaben pro Patient und Woche vorgesehen sind, das Verhältnis von Arzt zu Patienten berechnet, das für die Sicherstellung der medizinisch-psychiatrischen Grundversorgung nach Psych-PV erforderlich ist (Tabelle 4).

Patienten pro Arzt/Psychologe

Um zu beurteilen, ob insgesamt ausreichend Personal vorhanden ist, um sowohl die psychotherapeutische als auch die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung abzudecken, wurden die Anzahl der „Ärzte/Fachärzte“ und der „Psychologen/Psychotherapeuten“ summiert und das nach Psych-PV notwendige Verhältnis als Vergleichsgröße berechnet (Tabelle 4). Eine getrennte Betrachtung der Personalschlüssel „Ärzte pro Patient“ und „Diplom-Psychologen pro Patient“ würde zu einer Unter- bzw. Überschätzung der psychotherapeutischen Personalausstattung führen, da aufgrund des Ärztemangels in den Kliniken schon eine verstärkte Einstellung von Psychologen und Psychotherapeuten zur Kompensation stattgefunden hat (siehe oben: Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers 2011).

Patienten pro Krankenpflegekraft

Auch für die Krankenpflege wurde ein entsprechender Vergleichswert für die Personalausstattung (Patienten pro Krankenpflegekraft) gebildet (Tabelle 4). Dabei waren

¹¹ Wolff J., Berger M., Normann C. et al. „Wohin führt die Konvergenz des Psychiatriebudgets? Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und tatsächlichen Personalressourcen“. Der Nervenarzt 2015, 86:852-856.

¹² Für eine ausführliche Darstellung der Berechnungsweise siehe Methodenteil im Anhang.

jedoch keine Aussagen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich. Nach der Psych-PV bilden Pflege- und Erziehungsdienst eine gemeinsame Berufsgruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich dieselben Aufgaben teilen. Die Personalvorgaben der Psych-PV beziehen sich deshalb auf die Berufsgruppen der Krankenpflege und der Erzieher zusammen. In den Qualitätsberichten werden jedoch lediglich Angaben zum Pflegepersonal auf Abteilungsebene gemacht. Ein Vergleich der Angaben mit der Norm der Psych-PV ist deshalb nicht möglich.

Tabelle 4: Aus den Soll-Vorgaben der Psych-PV (1991) abgeleitete Personalschlüssel für die einzelnen Berufsgruppen

	Ärzte/Fachärzte für medizinisch psychiatrische Grundversorgung (inkl. Aufgaben der Oberärzte)	Ärzte/Fachärzte/ Psychologen/ Psychotherapeuten für medizinisch psychiatrische Grundversorgung (inkl. Oberarztaufgaben und psychotherapeutische Versorgung zusammen)	Krankenpflegepersonal
Personalschlüssel¹³ Erwachsenenpsychiatrie (A1)	1 VK pro 13	1 VK pro 7	1 VK pro 1,9 (inkl. Nachtdienst: 1,25 Nachtwachen für eine Station mit 18 Patienten ¹⁴)
Personalschlüssel¹⁵ Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ1)	1 VK pro 11	1 VK pro 3,8	nicht berechenbar

¹³ Vollkraft (VK) pro Patient, der erforderlich ist, um die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen.

¹⁴ Wolff J., Berger M., Normann C. et al., „Wohin führt die Konvergenz des Psychiatriebudgets? Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und tatsächlichen Personalressourcen“. Der Nervenarzt 2015, 86:852-856.

¹⁵ Vollkraft (VK) pro Patient, der erforderlich ist, um die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen.

3. Ergebnisse zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik¹⁶

Kriterium: Erfüllung des Personalschlüssels nach Psych-PV

Zur Beurteilung der Strukturqualität in den psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen wurde ausgewertet, welcher Anteil der Einrichtungen und Abteilungen (mindestens) den Personalschlüssel der Psych-PV für die verschiedenen Berufsgruppen erfüllt. Der Vergleich der Angaben in den Qualitätsberichten mit den Standards der Psych-PV gibt zum einen Anhaltspunkte dafür, wie groß die Lücke zwischen der aktuellen Personalausstattung und einer hundertprozentigen Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV ist. Unabhängig davon lässt sich zudem abschätzen, wie hoch der personelle Mehrbedarf ausgehend von den Standards der Psych-PV für die Umsetzung einer leitlinienorientierten (psychotherapeutischen) Versorgung wäre.

Deutliches Defizit bei psychotherapeutischen Leistungen

In fast neun von zehn (86 Prozent) der allgemeinpsychiatrischen und psychosomatischen und in acht von zehn (82 Prozent) der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen gibt es ausreichend ärztliches und fachärztliches Personal, um die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung der Patienten sicherzustellen. Die Leistungen der medizinisch-psychiatrischen Grundversorgung nach Psych-PV, die nicht durch andere Berufsgruppen erbracht werden können, können dort durch Ärzte abgedeckt werden.

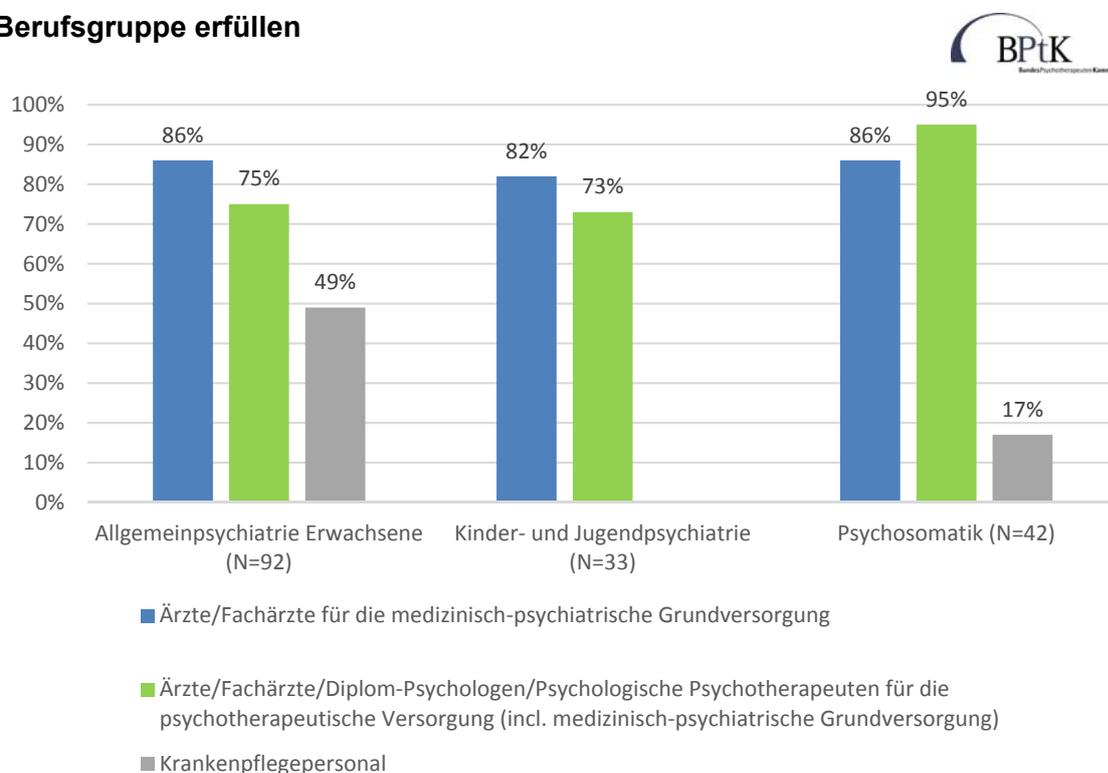
Deutlich wird aber ein Defizit, wenn man die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung und die psychotherapeutische Versorgung, d. h. die Aufgaben von Ärzten und Psychologen, zusammen betrachtet. Nur drei von vier der Kliniken und Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie (75 Prozent) und (etwas knapper) für Kinder- und Jugendpsychiatrie (73 Prozent) verfügen über ausreichend Ärzte/Fachärzte und Diplom-Psycholo-

¹⁶ Eine ausführliche Darstellung der Berechnung der Norm- bzw. Vergleichswerte findet sich im Methodenteil im Anhang.

gen/Psychotherapeuten, um die Leistungen, wie sie nach Psych-PV im Regelbehandlungsbereich für die medizinisch-psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung zusammen vorgesehen sind, zu erbringen (Abbildung 1).

In den Kliniken und Abteilungen für Psychosomatik ist die Personalausstattung dagegen besser. Dort verfügen 95 Prozent der Kliniken über ausreichend Ärzte/Fachärzte und Diplom-Psychologen/Psychotherapeuten, um die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen.

Abbildung 1: Anteil der Einrichtungen, die die Vorgaben der Psych-PV für die jeweilige Berufsgruppe erfüllen



Desaströs niedrige Personalausstattung in der Pflege

Inakzeptabel niedrig ist die Personalausstattung in der Pflege. Nur die Hälfte der Kliniken und Abteilungen in der Allgemeinpsychiatrie (49 Prozent) und nur eine von fünf psychosomatischen Einrichtungen (17 Prozent) verfügen über ausreichend Pflegepersonal, um die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen (Abbildung 1).

Dabei wurde ein Personalschlüssel zugrunde gelegt, der sowohl die Erfüllung der pflegerischen Aufgaben im Stationsdienst – unter Berücksichtigung von Ausfallzeiten – als auch der Nachtdienste sicherstellt. Einschränkend für die psychosomatischen Einrichtungen ist in Rechnung zu stellen, dass hier vermutlich ein anderer Pflegeschlüssel zugrunde gelegt werden könnte als in den psychiatrischen Einrichtungen, da der Pflegebedarf bei den Patienten, die in psychosomatischen Einrichtungen versorgt werden, in der Regel niedriger ist.

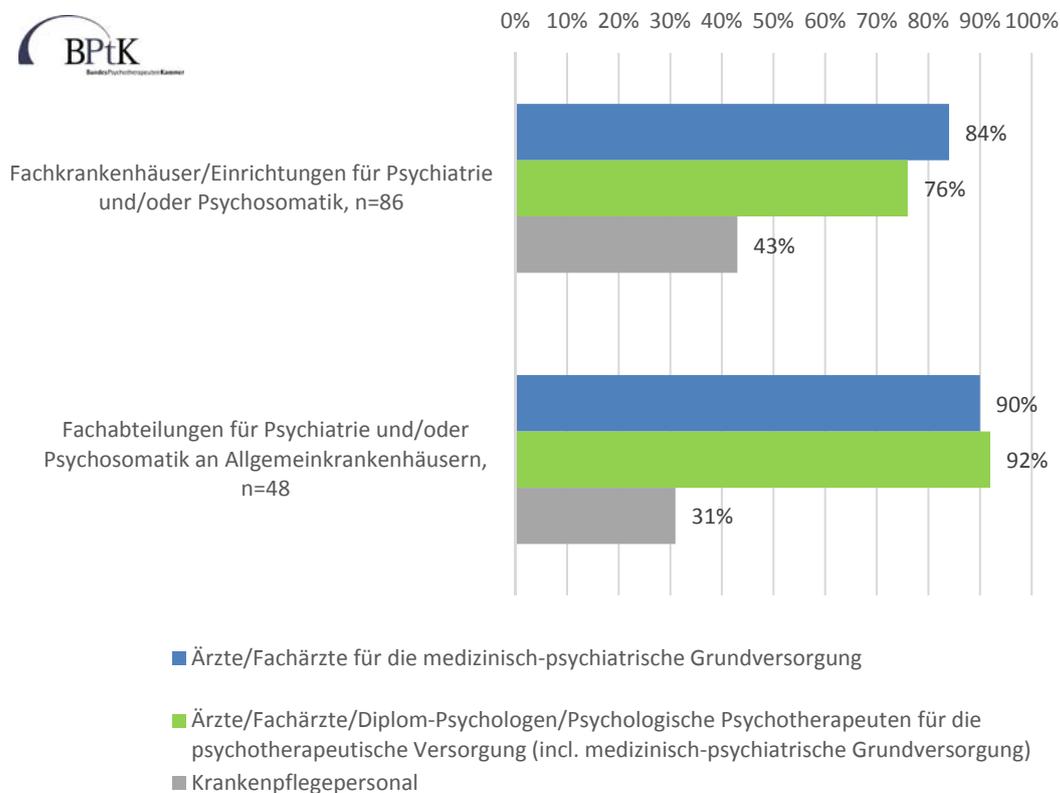
Krankenhäuser versus Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern¹⁷

Unterschiede zeigen sich, wenn man psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser mit den entsprechenden Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vergleicht. Die Fachkrankenhäuser sind insgesamt weniger in der Lage, die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen, mit Ausnahme der Pflege (Abbildung 2).

Während 24 Prozent der Krankenhäuser die ärztlich/psychotherapeutischen Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllen, trifft dies nur auf acht Prozent der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu. Da Fachkrankenhäuser häufig auch in ländlichen oder strukturschwachen Regionen liegen, macht sich hier unter Umständen der Fachkräftemangel gerade im ärztlichen Bereich schon deutlicher bemerkbar. Bei der erforderlichen ärztlichen Personalausstattung für die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung ergeben sich geringere Unterschiede.

¹⁷ Fachabteilungen und Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik wurden in einer Gruppe zusammengefasst, da sonst die zu analysierenden Gruppen zu klein geworden wären. Die Einrichtungen und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (N = 33) wurden nicht nach Fachabteilungen versus Einrichtungen ausgewertet, da eine weitere Differenzierung bei einer Stichprobengröße von N = 33 für nicht aussagekräftig gehalten wurde.

Abbildung 2: Anteil der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie), die die Vorgaben der Psych-PV für die jeweilige Berufsgruppe erfüllen



Bei der Pflege ist die Personalausstattung sowohl in den Fachkrankenhäusern als auch in den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gleichermaßen schlecht. Am niedrigsten ist sie in den psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser (31 Prozent; Abbildung 2).

Unterschiede nach Bundesländern

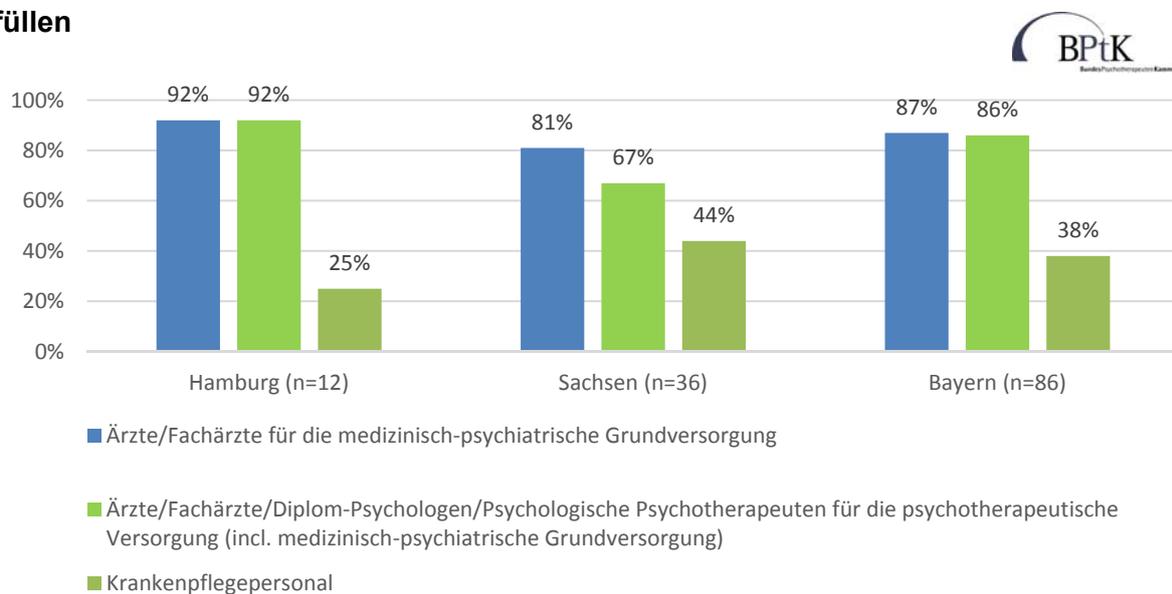
Während in Hamburg (92 Prozent) und in Bayern (87 Prozent) rund neun von zehn Kliniken und Abteilungen über ausreichend Ärzte/Fachärzte für die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung verfügen, ist dies in Sachsen nur bei acht von zehn Einrichtungen (81 Prozent) der Fall.

Auch beim Personalschlüssel zur Erfüllung der psychotherapeutischen Aufgaben bildet Sachsen das Schlusslicht. Hier verfügen nur zwei von drei Kliniken und Abteilungen (67 Prozent) über ausreichend Personal im ärztlich/psychotherapeutischen Be-

reich, um die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen (Abbildung 3). Gründe für diese Unterschiede können in der unterschiedlichen Höhe der Pflegesätze¹⁸, aber auch in der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Fachpersonal in den Bundesländern liegen.

Die Umsetzung der Personalanforderungen in der Pflege ist in Hamburg besonders katastrophal, dort erfüllen nur 25 Prozent der Einrichtungen die Mindestvorgaben der Psych-PV.

Abbildung 3: Anteil der Einrichtungen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie), getrennt nach Bundesländern, die die Vorgaben der Psych-PV für die jeweilige Berufsgruppe erfüllen

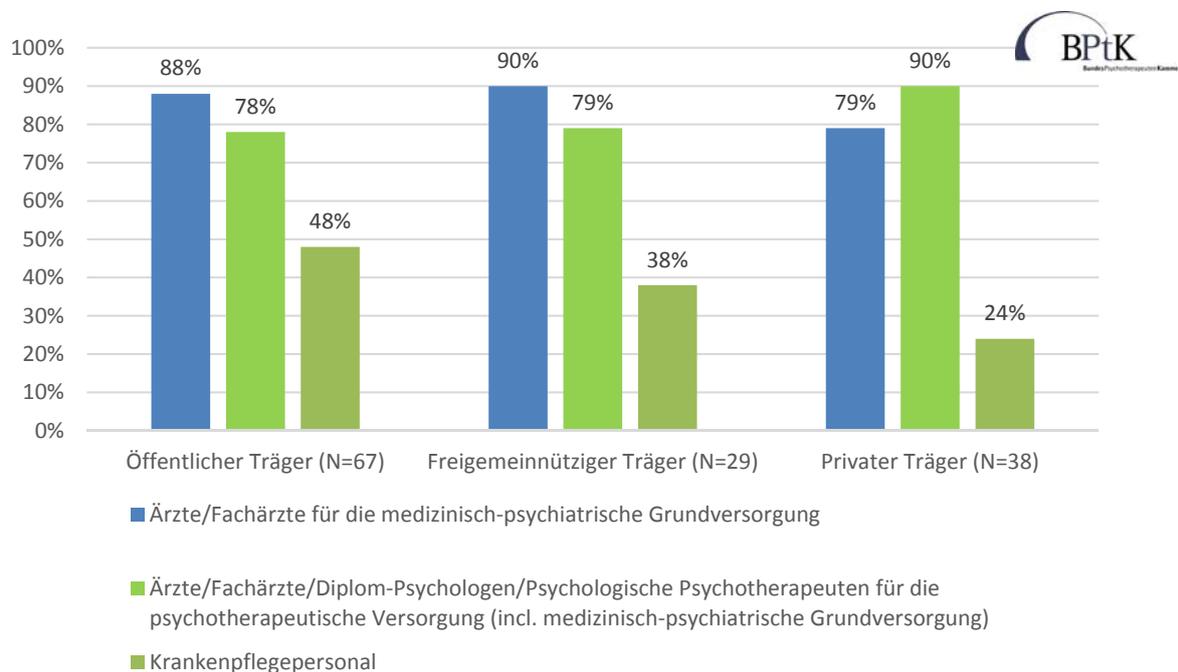


Unterschiede nach Krankenhausträger

In der ärztlichen und der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung gibt es wenig Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern bei der Erfüllung der Vorgaben nach Psych-PV. In der Pflege ist die Personalausstattung, insbesondere in den Kliniken und Abteilungen in privater Trägerschaft, besonders schlecht. Auch bei den rein ärztlichen Leistungen werden die Vorgaben der Psych-PV seltener erfüllt (79 Prozent; Abbildung 4).

¹⁸ Zur Höhe der Pflegesätze siehe: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten_und_analyse/psychiatrie_verguetung_2008/Psychiatrie_Abb_4_Pflegesaetze_nach_Bundeslaendern_fallgewichtet_16524.pdf, Zugriff am 8. Juni 2016)

Abbildung 4: Anteil der Einrichtungen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie), getrennt nach Trägern, die die Vorgaben der Psych-PV für die jeweilige Berufsgruppe erfüllen



4. Diskussion der Ergebnisse

Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung nach Psych-PV

In der Psychiatrie und der Psychosomatik verfügt fast jede achte Klinik oder Abteilung (14 Prozent) nicht über ausreichend Ärzte, um die rein ärztliche medizinisch-psychiatrische Grundversorgung der Patienten sicherzustellen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es sogar 18 Prozent der Einrichtungen, also etwa jede fünfte.

Dieser Anteil ist vermutlich noch höher, wenn man davon ausgeht, dass das in den Qualitätsberichten angegebene ärztliche und fachärztliche Personal nicht ausschließlich für die stationäre Versorgung zur Verfügung steht. Aus den Qualitätsberichten für das Jahr 2013 geht nicht hervor, welcher Anteil des ärztlichen Personals in den Psychiatrischen Institutsambulanzen oder für andere Aufgaben, z. B. im Bereich des Qualitätsmanagements, eingesetzt wird. Da der Großteil der psychiatrischen Einrichtungen (96 Prozent) über PIA verfügt, steht eine relevante Anzahl von Ärzten nicht ausschließlich für die Versorgung im stationären Bereich zur Verfügung.

Mit dem Patientenrechtegesetz wurden die Rechte der Patienten auf eine angemessene Aufklärung und Beratung über die Behandlung sowie die Abstimmung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gestärkt. Dies ist in der Psych-PV noch nicht berücksichtigt. Zukünftig ist deshalb voraussichtlich eine höhere Arzt-/Psychotherapeuten-Patienten-Relation erforderlich.

Psychotherapeutische Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie

Ein Viertel der Kliniken und Abteilungen der Psychiatrie verfügen nicht über ausreichend ärztliches/fachärztliches und psychologisches/psychotherapeutisches Personal, um sowohl die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung nach Psych-PV als auch die psychotherapeutische Versorgung der Patienten nach den Standards der Psych-PV zu gewährleisten. Nach den Standards der Psych-PV können Patienten in der Regelbehandlung (Behandlungsbereich A1 nach Psych-PV) einmal pro Woche maximal 45 Minuten Einzelpsychotherapie und zweimal pro Woche rund 90 Minuten Gruppenpsychotherapie durch Ärzte oder Psychologen erhalten (Tabelle 5).

Tabelle 5: Psychotherapeutische Behandlungsleistungen, die nach Psych-PV sowohl von der Berufsgruppe der Ärzte als auch der Berufsgruppe der „Diplom-Psychologen“ erbracht werden können, und der dafür vorgesehene Umfang in Minuten pro Woche und Patient für den Regelbehandlungsbereich (A1)

Aufgaben	Ärzte	Psychologen	Summe	Therapieplan
Einzeltherapie (min./Pat./Woche)	27	3	30	
Krisenintervention (min./Pat./Woche)	1	-	1	45 min. Einzeltherapie
Familiengespräche/-therapie (min./Pat./Woche)	11	3	14	
Gruppentherapie mit 9 Patienten (min./Woche)	95	90	185	185 min. (zweimal rund 90 min.) Gruppentherapie

Die stationäre Behandlung eines psychisch kranken Menschen setzt voraus, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen, um das Behandlungsziel zu erreichen. Dies kann sich zum einen auf die erforderliche Intensität der Behandlung

und zum anderen auf ein besonderes Behandlungssetting beziehen, das ambulant nicht vorhanden ist. Stationäre Behandlungsbedürftigkeit setzt immer auch eine gewisse Schwere der Erkrankung voraus.

Um das vorgesehene Potenzial einer stationären Behandlung angemessen auszuschöpfen, sollte sich deshalb eine stationäre Behandlung in der Psychiatrie in ihrer Intensität und hinsichtlich des Behandlungssettings von einer ambulanten Behandlung deutlich unterscheiden.

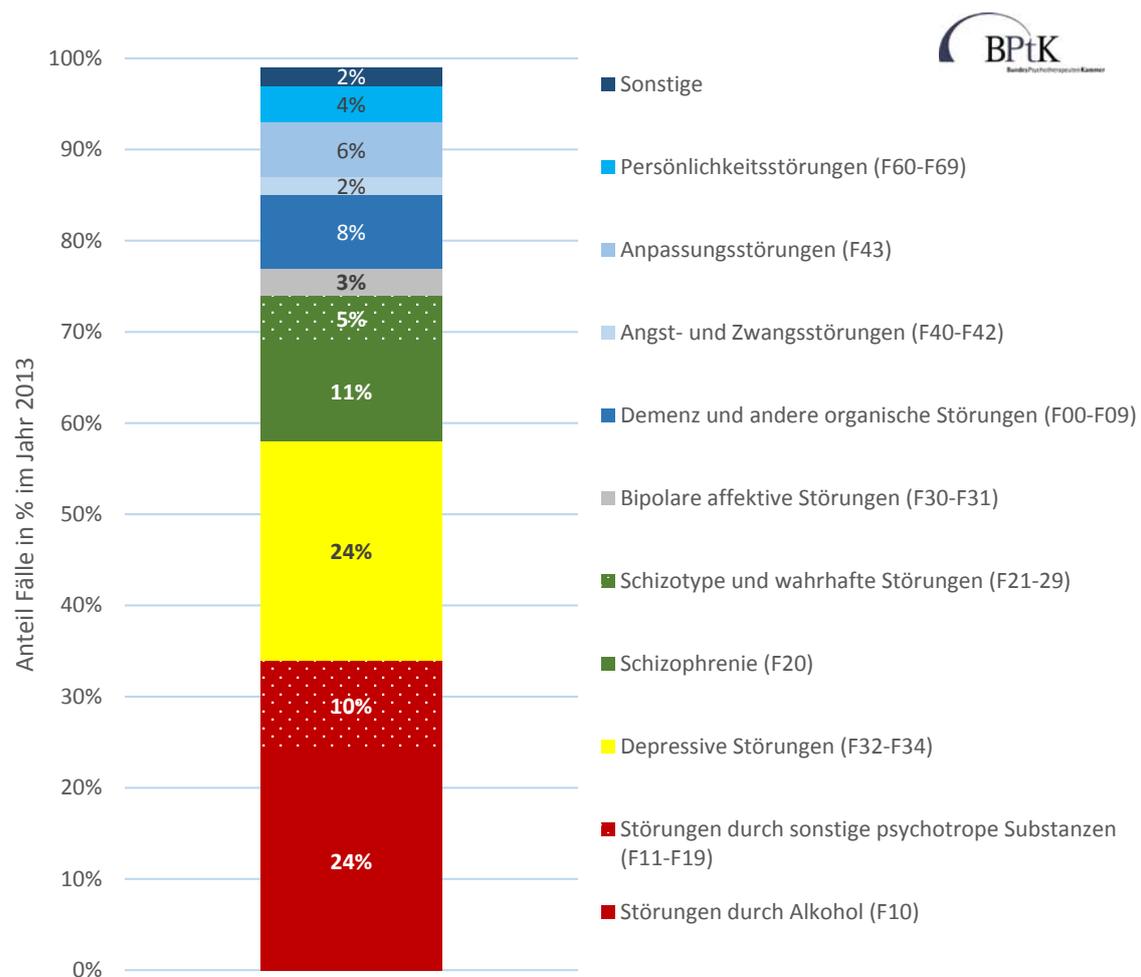
Das Angebot „einmal Einzelpsychotherapie pro Woche“ entspricht in etwa der Dosis einer ambulanten Psychotherapie, die in der Regel in einem Umfang von 50 Minuten pro Woche stattfindet. Schwere Depressionen können aber auch ambulant mit drei Stunden Psychotherapie in der Woche behandelt werden. Bei Angststörungen sind mehrstündige Expositionen auch außerhalb des therapeutischen Settings notwendig. Im Vergleich dazu erscheint die Intensität der durchschnittlichen psychotherapeutischen Behandlung im Krankenhaus aktuell gering.

Die Indikation für die Intensität und Frequenz einer Einzelpsychotherapie kann sich während einer stationären Behandlung verändern. Nach heutigem Wissensstand und Expertenmeinung ist eine Dosis von mindestens zweimal 50 Minuten Einzelpsychotherapie für die Behandlung der häufigsten Erkrankungen – insbesondere Schizophrenie, chronische Depressionen und Alkoholabhängigkeit in der Psychiatrie (Abbildung 5) – jedoch zu empfehlen. Dies entspräche einer leitliniengerechten Therapie¹⁹. Um diese Therapieintensität umsetzen zu können, ist ein deutlich höherer Personalschlüssel pro Patient in der Berufsgruppe der Ärzte/Psychologen erforderlich. In der

¹⁹ Klingberg S., Hesse K., Richter J. Psychotherapeutische Behandlung von Psychosen – Anforderungen an die Personalausstattung. In: Wessels T. Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik – Anforderungen zur Umsetzung einer leitlinienorientierten psychotherapeutischen Versorgung. medhochzwei Verlag, Heidelberg 2015. Mehl S., Falkai P., Berger M. et al. Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie, Nervenarzt 2016 (87): 286-294. Schnell K. Hochlehnert A., Berger M. et al. Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression, Nervenarzt 2016 (87): 278-285. Kiefer F., Koopmann A., Godemann F. Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit, Nervenarzt 2016 (87): 295-301.

stationären Versorgung gehört die Gruppenpsychotherapie zwar zum Standard, Studien haben aber gezeigt, dass insbesondere die Einzeltherapie die wirksamere Behandlung im Vergleich zur Gruppentherapie ist²⁰.

Abbildung 5: Hauptdiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie 2013 (N = 798.466)²¹



Psychotherapeutische Versorgung in der Psychosomatik

Die psychotherapeutische Versorgung in den psychosomatischen Kliniken und Abteilungen ist besser. 95 Prozent der Kliniken erfüllen die Vorgaben der Psych-PV. Die häufigsten Diagnosen in der Psychosomatik sind mit Abstand unipolare Depressionen (57 Prozent) sowie zu fast gleichen Teilen Angst- und Zwangserkrankungen (8 Pro-

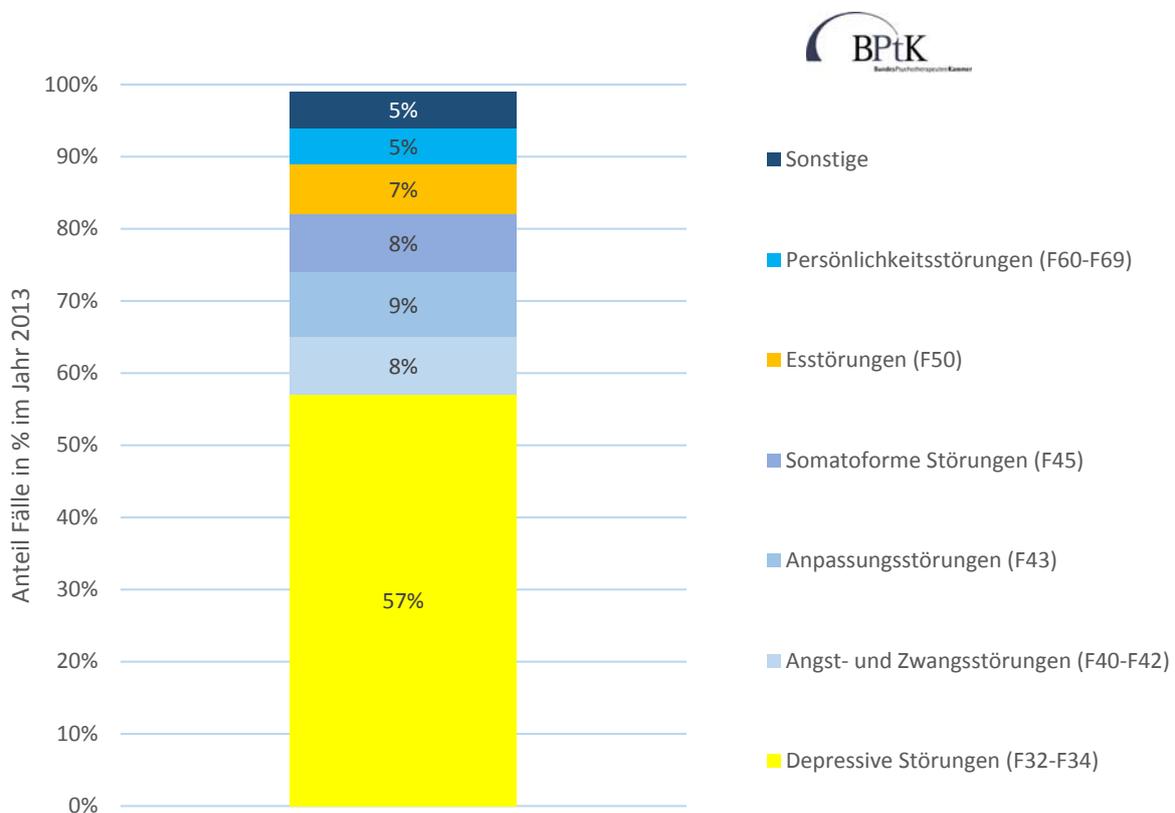
²⁰ Klingberg S., Hesse K., Richter J. Psychotherapeutische Behandlung von Psychosen – Anforderungen an die Personalausstattung. In: Wessels T. Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik – Anforderungen zur Umsetzung einer leitlinienorientierten psychotherapeutischen Versorgung, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2015.

²¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2013, eigene Auswertung.

zent), Anpassungsstörungen (9 Prozent) und somatoforme Störungen (8 Prozent). Patienten mit diesen Diagnosen machten 82 Prozent der Behandlungen in der Psychosomatik im Jahr 2013 aus (Abbildung 6).

Das Hauptbehandlungsmittel bei diesen Erkrankungen ist Psychotherapie. Auch hier stellt sich deshalb die Frage, ob das bestehende Angebot vor dem Hintergrund der stationären Behandlungsbedürftigkeit dieser Patienten angemessen und ausreichend ist.

Abbildung 6: Hauptdiagnosen in der Psychosomatik 2013 (N = 71.777)²²



Psychotherapeutische Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Über 25 Prozent der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen nicht über ausreichend ärztliches, fachärztliches, psychologisches sowie psychotherapeutisches Personal zur Umsetzung eines psychotherapeutischen Angebots gemäß den Vorgaben der Psych-PV. Nach den Standards der Psych-PV sollen in der kinder- und

²² Quelle: Statistisches Bundesamt, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2013, eigene Auswertung.

jugendpsychiatrischen Regel- und Intensivbehandlung (KJ1 und KJ2) 148 Minuten Einzelpsychotherapie und 120 Minuten Gruppenpsychotherapie in der Woche angeboten werden (Tabelle 6).

Allerdings hat sich der Aufwand erhöht, der für die Einbeziehung der Bezugspersonen in die Behandlung und die Vernetzung mit Einrichtungen außerhalb der Klinik erforderlich ist. So besteht heute bei vielen Patienten ein erheblicher Abstimmungsbedarf mit der Schule oder Jugendhilfeeinrichtungen. Auch muss beispielsweise bei getrenntlebenden Eltern, die ein gemeinsames Sorgerecht haben, immer die Einwilligung beider Eltern in die Behandlung eingeholt und beide Elternteile müssen über die Behandlung aufgeklärt werden. Dieser Mehraufwand muss bei der zukünftigen Bemessung der Therapiezeiten berücksichtigt werden.

Tabelle 6: Psychotherapeutische Behandlungsleistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nach Psych-PV sowohl von der Berufsgruppe der Ärzte als auch der Berufsgruppe der „Diplom-Psychologen“ erbracht werden können, und der dafür vorgesehene Umfang in Minuten pro Woche und Patient in der kinderpsychiatrischen Regelbehandlung (KJ 1)

Aufgaben	Ärzte	Psychologen	Summe	Therapieplan
Einzeltherapie (min./Pat./Woche)	40	40	80	
Krisenintervention (min./Pat./Woche)	6	2	8	148 min. Einzeltherapie
Familiengespräche/-therapie (min./Pat./Woche)	30	30	60	
Gruppentherapie mit 5 Patienten (min./Woche)	60	60	120	120 min. (2x 60 min.) Gruppentherapie

Pflegerische Unterversorgung in den psychiatrischen Einrichtungen

Verglichen mit den Personalvorgaben der Psych-PV für den Regelbehandlungsbereich weisen die Angaben aus den Strukturierten Qualitätsberichten auf eine eklatante pflegerische Unterbesetzung der psychiatrischen Einrichtungen hin. Die Hälfte

(51 Prozent) der Kliniken und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie²³ verfügt nicht über eine ausreichende pflegerische Personalausstattung.

Dies kann für Patienten dramatische Folgen haben. Insbesondere wenn Stationen nicht mit ausreichend Nachtwachen besetzt sind, sind akute Krisensituationen, in denen ein Patient sich beispielsweise akut eigen- oder fremdgefährdend verhält, kaum noch ohne Schaden für den Patienten oder das Personal zu bewältigen. Auch die Zahl der Zwangsbehandlungen und -maßnahmen erhöht sich, wenn nicht ausreichend Pflegepersonal für eine 1:1-Betreuung zur Verfügung steht.

In Bezug auf die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie bestätigt dieses Ergebnis Angaben aus anderen Umfragen und Veröffentlichungen zum Erfüllungsgrad der Psych-PV, wonach er im Bereich der Krankenpflege am niedrigsten ist.

²³ In Bezug auf die psychosomatischen Einrichtungen wird auf ein Fazit zur Ausstattung der Einrichtungen mit Pflegepersonal verzichtet, da die Norm, die aus der Psych-PV abgeleitet wurde, zur Bewertung des Pflegeschlüssels für die Psychosomatik unter Umständen nicht geeignet ist.

III. Handlungsbedarf

1. Personalausstattung für eine leitlinienorientierte Versorgung

Die neuen Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die der G-BA nach dem Psych-VVG zu entwickeln hat, sollen eine evidenz- und leitlinienorientierte stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Psychiatrie und Psychosomatik ermöglichen. Zudem heißt es in der Begründung des PsychVVG, dass die bisherigen Vorgaben der Psych-PV an die aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anzupassen sind.

Um diese Ziele zu erreichen, sollten aus Sicht der BPtK die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- Psychotherapie gehört heute bei allen Krankheitsbildern zu einer leitlinienorientierten Versorgung. In den ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen ist deshalb ein höherer Personalschlüssel erforderlich als bisher.
- In die zukünftigen Personalschlüssel müssen auch die höheren Anforderungen an die Leistungsdokumentation sowie die Patientenaufklärung eingehen, die in den Vorgaben der Psych-PV noch nicht berücksichtigt sind.

Mit dem Patientenrechtegesetz wurden die Rechte der Patienten auf eine angemessene Aufklärung und Beratung über die Behandlung sowie die Abstimmung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gestärkt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsteht zudem häufig ein besonderer Aufwand für die Vernetzung und Abstimmung mit Einrichtungen außerhalb der Klinik, z. B. der Jugendhilfe.

- Entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention sollten Zwangsmaßnahmen und -behandlungen so weit wie möglich vermieden werden. Das kann gelingen, wenn ausreichend und entsprechend qualifiziertes Personal vorhanden ist, um z. B. Deeskalationsstrategien und -techniken einsetzen zu können oder um eine qualifizierte 1:1-Betreuung zu ermöglichen. Auch das muss in den zukünftigen Personalanforderungen berücksichtigt werden.

2. Einhaltung der Mindestvorgaben überprüfen

Die Auswertung der Daten aus den Qualitätsberichten zeigt, dass ein substanzieller Teil der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen nach eigenen Angaben nicht über ausreichend Personal verfügt, um die Vorgaben der Psych-PV zu erfüllen. Wie viele Ärzte, Psychologen oder Psychotherapeuten und wie viel Pflegepersonal genau fehlen, um den Personalschlüssel gemäß Psych-PV zu erfüllen, lässt sich nicht beantworten. Es lässt sich auch nicht beantworten, wie viel Personal stationär, ambulant oder für andere Aufgaben eingesetzt wird und welche Leistungen bei welchen Patienten mit dem vorhandenen Personal realisiert werden. Solche Informationen wären aber notwendig, um den für die Versorgungsqualität zentralen Aspekt der Personalausstattung in den Einrichtungen beurteilen zu können.

- Die Umsetzung der verbindlichen Personalanforderungen in Psychiatrie und Psychosomatik muss zukünftig überprüft werden. Die im PsychVVG vorgesehene Verpflichtung der Krankenhäuser, die Umsetzung der in den Budgetverhandlungen vereinbarten Stellenzahl nachzuweisen und die entsprechenden Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln, wird deshalb von der BPtK ausdrücklich begrüßt.
- Damit Qualitätsberichte zukünftig aussagekräftig werden, sollte diese Nachweisregelung so ausgestaltet werden, dass nicht nur die Stellenbesetzung insgesamt ausgewiesen werden muss, sondern auch in welchen Behandlungsbereichen das Personal eingesetzt wird.

Die Erfahrungen mit der Evaluation der Umsetzung der Psych-PV in Hessen zeigen beispielsweise, dass die Personalvorgaben insbesondere in den Behandlungsbereichen, in denen die am wenigsten beschwerdefähigen Patienten behandelt werden, wie z. B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, am stärksten vernachlässigt wurden.

Die BPtK hält es für erforderlich, die Nachweisregelung im PsychVVG entsprechend zu präzisieren und Transparenz für Patienten und Einweiser zu schaffen.

3. Aussagekräftige Leistungsbeschreibungen entwickeln

Entscheidend für die Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik ist nicht nur, welche Personalausstattung eine Klinik hat, sondern auch welche Leistungen mit dem vorhandenen Personal realisiert werden.

Ob die Versorgung in einer Klinik leitlinienorientiert ist oder nicht, lässt sich erst beurteilen, wenn die Kliniken aussagekräftige Leistungsbeschreibungen kodieren. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), mit dem die Leistungen in den Kliniken erfasst werden, muss daher zum einen geeignet sein, die Leistungsinhalte eindeutig zu beschreiben und zum anderen eine Zuordnung der Leistungen auf den einzelnen Patienten bzw. bestimmte Patientengruppen zu ermöglichen. Nur so lässt sich später – im Rahmen der Qualitätssicherung – überprüfen, in welchem Umfang und in welchen Anteilen beispielsweise Patienten mit der Diagnose Schizophrenie in einer Klinik Psychotherapie und Pharmakotherapie erhalten und ob dies den Leitlinienempfehlungen entspricht.

Der aktuelle OPS ist hierfür nicht geeignet. Er erfasst zwar die Therapieeinheiten einzelner Berufsgruppen, unterscheidet dabei aber nicht, ob es sich um Psychotherapie mit dem Patienten handelt oder ein Gespräch mit einem Behördenvertreter über den Patienten. Zudem ist zu prüfen, ob Codes zur Erfassung und Beschreibung der durchgeführten Psychopharmakotherapie sinnvoll wären.

Der OPS muss deshalb systematisch überprüft und neu konzipiert werden. Das bisherige Verfahren zur Weiterentwicklung des OPS durch das Deutsche Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner ist in diesem Punkt unzureichend. Es fehlen inhaltliche Ziel- und Rahmenvorgaben, die eine systematische Überprüfung und Neukonzeption befördern und dem DIMDI als Entscheidungshilfe für die Aufnahme oder Ablehnung neuer Leistungsziffern (Codes) bzw. die inhaltliche Überarbeitung bestehender Codes dienen können.

- Die BPtK hält es deshalb für erforderlich, einen Auftrag zur systematischen Überprüfung und Neukonzeption des OPS zur Abbildung einer leitlinienorientierten Versorgung in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen gesetzlich zu verankern.
- Zudem hält die BPtK die Einrichtung eines unabhängigen wissenschaftlichen Beirats, der – unter Umständen auch zeitlich befristet – das DIMDI bei der Weiterentwicklung fachlich berät, für sinnvoll.

4. Mehr Transparenz schaffen

Für Patienten und Einweiser muss zukünftig transparent sein, inwieweit Kliniken die neuen Personalstandards einhalten, welche Leistungen angeboten werden sowie ob und wie leitlinienorientiert die Behandlung ist.

Der Informationsgehalt der Qualitätsberichte der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen ist aktuell unzureichend. Er steht auch in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand, den die Kliniken jährlich haben, diese Berichte zu erstellen. Die Qualitätsberichte verfehlen damit bisher ihr Ziel, bei der Auswahl eines Krankenhauses zu unterstützen.

- Die BPtK begrüßt das Vorhaben des G-BA, die Vorgaben für die Qualitätsberichte der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen systematisch zu überarbeiten.

Qualitätsberichte müssen insbesondere für Patienten, aber auch für Einweiser verständliche und aussagekräftige Aussagen enthalten. Hierzu gehören Informationen zur Umsetzung der Personalanforderungen und dem damit realisierten Behandlungsangebot. Unter Nutzung der Daten zum Nachweis der Personalausstattung und den Daten eines überarbeiteten OPS muss für Patienten ersichtlich werden, inwieweit die Empfehlungen von Leitlinien bei bestimmten Diagnosen umgesetzt werden.

- Dies ist auch notwendig, damit das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zukünftig seinem gesetzlichen Auftrag zur Erstellung von für die Allgemeinheit verständlichen Informationen auf Basis der Daten der Qualitätsberichte nachkommen kann.

IV. Methoden

1. Personalvorgaben der Psych-PV als Vergleichsnorm

Die Relation VK/Bett wurde nach der folgenden Rechenformel²⁴ für die verschiedenen Berufsgruppen berechnet. Zugrunde gelegt wurden die Minutenwerte aus den Bereichen Regelbehandlung (A1) für die Allgemeine Psychiatrie und Kinder- und jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ1) für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Formel:

$60 \text{ Minuten} \times (38.5 - \text{Ausfallzeit}) / \text{Minuten Berufsgruppe pro Patient} = \text{VK je Berufsgruppe/Patienten (Betten)}$

Tabelle 9: Parameter zur Berechnung der Ausfallzeiten

	Ärzte	DP/PP	Pflege
Ausfallzeiten ²⁵ (z. B. Urlaub, Krankheit)	16,5 %	16,5 %	20 %
Nachtdienst, Bereitschaftsdienst, Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken (Anteil Regelversorgung) ²⁶	23 %	-	1,25 Nachtwachen pro Station mit 18 Betten = 0,07 Nachtwache/Bett
Summe	39,5 %	16,5 %	20 % + Nachtwache
Rechenwert (38.5 x 60) - % Ausfallzeit	1.398 Minuten	1.929 Minuten	1.848 Minuten (1.848/855 = 2,2) + Nachtwache (2,2 x 0,07) = 1,15 VK/2,2 (1 VK/1,9)

a) Allgemeinpsychiatrie (A1)

Notwendige Anzahl der Ärzte (VK/Bett), um die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung nach Psych-PV erfüllen zu können:

Minuten (gesamt) für medizinisch-psychiatrische Grundversorgung pro Patient und Woche: $1.405/18 = 78 \text{ Minuten} + 33 \text{ Minuten Oberarzt} = 111 \text{ Minuten}$

²⁴ Kunze H., Kaltenbach L. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung, Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, 4. Auflage, Kohlhammer Verlag, S.178.

²⁵ nach Psych-PV

²⁶ nach Wolff J., Berger M., Normann C. et al. „Wohin führt die Konvergenz des Psychiatriebudgets? Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und tatsächlichen Personalressourcen“. Der Nervenarzt 2015, 86:852-856.

- ⇒ VK/Bett, um medizinisch-psychiatrische Grundversorgung aufrechterhalten zu können: $1.398 \text{ Minuten (} = \text{Wochenarbeitszeit} - \text{Ausfallzeit})/111 = 1 \text{ VK pro } 13 \text{ Patienten}$

Notwendige Relation Ärzte/Psychologen zusammen:

- ⇒ $((1.389 \text{ (} = \text{Wochenarbeitszeit} \text{ } \ddot{\text{A}}\text{rzte} - \text{Ausfallzeit}) + 1.929 \text{ (} = \text{Wochenarbeitszeit DP} - \text{Ausfallzeit})/2) / (29 \text{ (min./Woche/Pat./DP)} + (174 + 33 \text{ (min./Woche/Pat./} \ddot{\text{A}}\text{rzte/Ober} \ddot{\text{A}}\text{rzte})) = 1.659/236 \text{ (inkl. medizinisch-psychiatrische Grundversorgung und Oberarztaufgaben)} = 1 \text{ VK pro } 7,0 \text{ Patienten}$

Notwendige Relation Pflege (nach Psych-PV Rechenbeispiel S. 179²⁷):

- Behandlungsbereich A1: 18 Patienten zu je 578 Minuten = 10.404 Minuten
 - Plus 5.000 Minuten Sockel = 15.404 Minuten für 18 Patienten/Woche
 - $15.404/60 = 257 \text{ Stunden pro Woche}$
 - 257 Stunden pro Woche: 30,8 (Nettoarbeitszeit einer Pflegekraft bei 20 % AFZ) = 8,3 VK im Tagdienst für 18 Patienten = $18/8,3 = 1 \text{ VK f\"ur } 2,2 \text{ Patienten/Betten}$
 - Nachtwache: nach Wolff-Menzler 1,25 Nachtwachen pro 18 Betten Station = 0,07 NW pro Bett
- ⇒ $1 \text{ VK f\"ur } 2,2 \text{ Betten} + \text{Nachtwache } (2,2 \times 0,07) = 1,15 \text{ VK}/2,2 = 1 \text{ VK pro } 1,9 \text{ Betten}$

b) Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ1)

Notwendige Anzahl der Ärzte (VK/Bett), um die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung nach Psych-PV erfüllen zu können:

Minuten (gesamt) kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung pro Patient und Woche: $390/5 = 78 \text{ Minuten} + 47 \text{ Oberarztminuten} = 125 \text{ Minuten}$

- ⇒ VK/Bett, um medizinisch-psychiatrische Grundversorgung aufrechterhalten zu können: $1.398 \text{ Minuten (} = \text{Wochenarbeitszeit} - \text{Ausfallzeit})/125 \text{ Minuten} = 1 \text{ VK pro } 11 \text{ Patienten}$

²⁷ Kunze H., Kaltenbach L. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung, Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, 4. Auflage, Kohlhammer Verlag, S.179.

Notwendige Relation Ärzte/Psychologen zusammen:

$$\Rightarrow ((1.389 (= \text{Wochenarbeitszeit Ärzte} - \text{Ausfallzeit}) + 1.929 (= \text{Wochenarbeitszeit DP} - \text{Ausfallzeit})/2) / (183 (\text{min./Woche/Pat./DP}) + 257 (\text{min./Woche/Pat./Ärzte/Oberärzte})) = 1.659/440 = 1 \text{ VK pro } 3,8 \text{ Patienten}$$

Relation Pflege/Bett in Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht berechenbar, da die Pflege eine Berufsgruppe zusammen mit dem Erziehungsdienst bildet.

2. Stichprobe

