

P. Brückner-Bozetti
A. Deister | I. Hauth | M. Kölch
U. Cuntz (Hrsg.)

Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Das Plattform-Modell

mit Beiträgen von
M. Borrmann-Hassenbach | P. Brückner-Bozetti | U. Cuntz | A. Deister
A. Fraunhofer | H.-C. Friederich | C. Hampel | I. Hauth | A. Hochlehnert | M. Klein
M. Kölch | M. Löhr | M. Noeker | A. Richert | N. Sauer | D. Sauter | B. Wilms



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

2 Personalbemessung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Personenorientiert – bedarfsorientiert – leitlinienbasiert

Arno Deister, Iris Hauth, Michael Kölch und Michael Löhr

2.1 Die aktuelle Situation

Die Frage der Personalbemessung für Krankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie hat eine zentrale gesundheitspolitische Bedeutung, sowohl für die Zukunft der betroffenen Fachgebiete als auch für die Diskussion über personelle Ressourcen im Gesundheitswesen insgesamt. Die oft ausgeprägten Veränderungen und Belastungen, denen das Gesundheitswesen in Deutschland ausgesetzt ist, machen ein eindeutiges und verbindliches Modell für die Bemessung der personellen Ressourcen in den verschiedenen Berufsgruppen und Behandlungssettings unverzichtbar. Dabei wird in der gesundheitspolitischen Diskussion deutlich, dass zum einen belastbare empirische Daten als Grundlage für ein System der Personalbemessung in diesen Bereichen national und international nicht existieren. Gleichzeitig zeigt sich, dass es über Kriterien für normative und an der Qualität ausgerichtete Vorgaben zwischen den beteiligten Verbänden und Institutionen der Leistungserbringer und denen der Kostenträger keine einheitlichen Vorstellungen gibt.

Bestehende Systeme der Finanzierung im medizinischen System und damit auch der Bemessung von Personal richten sich primär an traditionellen Versorgungsstrukturen der jeweiligen Fachgebiete aus und sind geprägt durch das hochgradig fragmentierte und in verschiedene Berufsgruppen getrennte Versorgungssystem in Deutschland. Auch analog zum DRG-System in der somatischen Medizin gab es mit den pauschalierenden Entgelten im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich (PEPP-System) Bestrebungen, Einzelleistungen zu vergüten bzw. Leistungen zu bepreisen. Dies führt aber in vielerlei Hinsicht zu Problemen.

Insbesondere in den psychiatrisch-psychosomatischen Fächern ist eine Form der Personalbemessung unerlässlich, die sich konsequent an den Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Angehörigen ausrichtet. Die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV; Kunze et al. 2010) hat erstmalig in Deutschland eine Orientierung am Bedarf der Patienten umgesetzt und damit Maßstäbe für die Zukunft gesetzt. In den letzten 30 Jahren hat sich auch dadurch die psychiatrische Versorgung in Deutschland grundlegend verbessert. Allerdings war die PsychPV aus strukturellen Gründen und fehlenden Überarbeitungsrhythmen nicht dazu geeignet, die fachlichen und gesellschaftlichen Veränderungen, denen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik ausgesetzt waren und weiterhin ausgesetzt sind, adäquat abzubilden. Sie wurde schließlich zum Ende des Jahres 2019 außer Kraft gesetzt.

Für die psychosomatische Medizin und Psychotherapie galten die Bestimmungen der PsychPV nicht. Hier wurde im Wesentlichen nach Inhaltszahlen aus dem Jahr 1993 gearbeitet (Heuft et al. 1993).

Bereits 2012 begann mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz und der Erweiterung des § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ein politischer Prozess, der ein neues System der Personalbemessung ermöglichen sollte. Mit dem § 136a SGB V erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss 2016 den Auftrag, eine Richtlinie zur Personalbemessung für die Krankenhausbehandlung in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zu entwickeln. Diese trat mit Beginn des Jahres 2020 in Kraft. Dabei wurden einige Prinzipien der PsychPV übernommen, jedoch die erforderlichen Veränderungen vermieden und gleichzeitig neue Strukturen (z.B. strenge Bezüge auf Stationseinheiten, die innovative Organisationsformen behindern) geschaffen, die geeignet scheinen, die weitere Entwicklung der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung zu beeinträchtigen.

Zum Beginn des Jahres 2021 ist eine weitere Version der Richtlinie in Kraft getreten. Diese beschreibt insbesondere Regelungen zu sog. „Durchsetzungsmaßnahmen“. Die Maßnahmen drohen durch umfassende Sanktionsmechanismen die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in der Gemeinde ganz grundsätzlich zu gefährden.

Mit dem Plattform-Modell legen die psychiatrischen, psychosomatischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände jetzt ein konkretes Modell vor, mit dem eine an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Personalbemessung möglich ist (Hauth et al. 2019; Deister et al. 2020).

2.2 Die Psychiatrie-Personalverordnung

Die PsychPV war zu ihrem Beginn ein revolutionärer Ansatz. Die personellen Ressourcen für die damals wichtigen Berufsgruppen errechneten sich u.a. aus der Art der Erkrankung der Patienten, dem jeweiligen Behandlungsbedarf und der Menge der behandelten Patienten. Der errechnete Personalbedarf wurde anfänglich – politisch gewollt – weitgehend umgesetzt und durch die Kostenträger finanziert. Im weiteren Verlauf wurde die Verbindlichkeit der Vorgaben für die Krankenhausbudgets

2.3 Anforderungen an ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung

jedoch massiv eingeschränkt – und schließlich de facto außer Kraft gesetzt. Die Folge war eine massive und zunehmende Unterfinanzierung der erforderlichen Versorgung und eine unbalancierte Reduktion von Berufsgruppen innerhalb der PsychPV (Löhr et al. 2015). Hinzu kam, dass relevante Veränderungen in der Zusammensetzung der Berufsgruppen (insbesondere der psychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten), der stark verkürzten durchschnittlichen fallbezogenen Verweildauer, der verbesserten fachlichen Möglichkeiten (insbesondere im Bereich der Psychotherapie) und auch der gesellschaftlichen Anforderungen (insbesondere bzgl. der Autonomie und Partizipation der Patienten) nicht zu einer Anpassung der Finanzierung an den Versorgungsbedarf führen konnten. Der Grund dafür ist, dass die PsychPV – außer bzgl. der Zahl der behandelten Menschen – keinerlei Anpassungsmechanismen an veränderte Rahmenbedingungen vorgesehen hat. Ebenfalls problematisch war der Bezug allein auf die voll- und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie die fehlende Gültigkeit für die psychosomatische Medizin. Zwar wurden die tatsächlichen Kostensteigerungen in diesem Zeitraum teilweise (jedoch nicht vollständig) ausgeglichen. Zu einer relevanten Steigerung der Krankenhausbudgets, die durch die fachlichen und gesellschaftlichen Veränderungen zwingend erforderlich war, konnte es somit in den vergangenen 30 Jahren nur dann kommen, wenn es zu einer Zunahme der Zahl der Behandlungsfälle kam. Der auch dadurch wirksam gewordene Fehlanreiz bzgl. des Behandlungssettings ist evident. Der Ausbau der vollstationären Behandlung – oft zu Lasten anderer und für den Patienten geeigneterer Behandlungsformen – war die einzige Möglichkeit, einigermaßen ausreichend Personal finanzieren zu können.

Ein neues System der Personalbemessung ist deshalb erforderlich, um die Versorgung von Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, fachlich auf dem aktuellen Stand zu halten und die unverzichtbaren menschenrechtlichen Anforderungen sicherzustellen. Darüber hinaus ist ein neues System der Personalbemessung auch notwendig, um die Strukturen der Versorgung weiterzuentwickeln und damit zukunftsfähig zu machen.

2.3 Anforderungen an ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung

Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung in den psychiatrisch-psychosomatischen Fächern muss komplexe Anforderungen erfüllen, die sich aus der Entwicklung dieser Fächer in den letzten Jahren ergeben. Es muss in der Lage sein, die vorhandenen Besonderheiten dieser Fächer sicherzustellen. Ebenso muss die erforderliche fachliche Weiterentwicklung der Fächer unterstützt werden. Dies gilt insbesondere auch für die veränderten Anforderungen und Erwartungen, die durch die betroffenen Menschen, aber auch durch die Gesellschaft vorgegeben werden. Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung und der Finanzierung psychiatrischer Leistungen muss ebenfalls geeignet sein, zukünftige Entwicklungen adäquat abzubilden. Dazu gehört in erster Linie auch die Ermöglichung eines setting-übergreifenden, präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Ansatzes.

Es muss kritisch konstatiert werden, dass es bisher keinen fachlichen und politischen Konsens über Qualitätskriterien für die Behandlung in den psychiatrischen Fächern

gibt. Unzweifelhaft ergeben sich jedoch aus den geltenden Richtlinien der Fächer einige Qualitätsaspekte, die bei der Entwicklung eines Personalbemessungssystems berücksichtigt werden müssen (vgl. u.a. Deister 2019; Günhe et al. 2020).

Dazu gehören insbesondere:

- **Zeit für Beziehung:** Die therapeutisch gestaltete Beziehung ist die wesentliche Grundlage sämtlichen therapeutischen Handelns in den psychiatrisch-psychosomatischen Fachgebieten. Sie setzt zwingend umfassend qualifizierte und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus, denen dafür die notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.
- **multiprofessioneller Behandlungsansatz:** Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen – Ärzte, Psychologen, Pfleger, Spezialtherapeuten – in multiprofessionellen Behandlungsteams ist in der Psychiatrie und Psychosomatik unverzichtbar. Nur in der Kombination der jeweiligen Kompetenzen können die Qualitätsanforderungen umgesetzt werden.
- **Sicherstellung der Teilhabe der Patienten an der Gesellschaft:** Psychische Erkrankungen gehen regelhaft mit Einschränkungen der betroffenen Menschen und deren Angehörigen am gesellschaftlichen Leben einher. Stigmatisierung und noch immer vorhandene Diskriminierung belasten den Krankheitsverlauf in vielen Fällen massiv. Psychosoziale Maßnahmen müssen ein relevanter Bestandteil eines umfassenden therapeutischen Konzeptes sein.
- **Vermeidung von Zwang:** Zwangsmaßnahmen gegenüber Patienten – insbesondere Unterbringungen und Fixierungen – dürfen nur dann angewendet werden, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass durch intensiven Einsatz kompetenter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein größerer Anteil von Zwangsmaßnahmen vermieden werden könnte.
- **störungsadäquate Psychotherapie:** Die Psychotherapeutische Behandlung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, aber auch durch Bereiche der Pflege und der Spezialtherapeuten, stellt heute für alle relevanten psychischen Krankheitsbilder eine der wesentlichen Säulen der Therapie dar – oft sogar die wichtigste Therapieform. In den letzten Jahrzehnten sind für zahlreiche Syndrome gezielte psychotherapeutische Konzepte entwickelt worden.
- **partizipative Entscheidungsfindung:** Im Rahmen der therapeutischen Beziehung sind partizipativ von Betroffenen und Professionellen getroffene Entscheidungen in allen Bereichen Ausdruck der Autonomie der Patienten. Partizipation von Patienten benötigt auf therapeutischer Seite eine professionelle Ausbildung und Haltung.
- **Möglichkeit der setting-übergreifenden Qualität:** Durch gleichartige Qualitätskriterien sowie setting-übergreifende Kriterien für die Personalbemessung können vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung sowie die Behandlung Zuhause miteinander verknüpft werden.
- **Verbesserung der Attraktivität der Tätigkeit in der Psychiatrie:** Ausreichende Zeit für Beziehungen zwischen Patienten, Therapeuten, Pflege und Spezialtherapeuten machen die Tätigkeit in diesen Bereichen attraktiver und sind bei bestehendem Fachkräftemangel eine unverzichtbare Rahmenbedingung für eine zukunftsfähige Psychiatrie und Psychosomatik.

2.4 Die gesetzlichen Grundlagen

Der durch das Psychiatrie-Entgeltgesetz (2012) geänderte § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) schreibt die Entwicklung eines „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ vor. Dabei sei „zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können“. Ebenso sei zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V einbezogen werden können. Das Vergütungssystem habe den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden. Dabei müsse „unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein“. Bezüglich der Personalbemessung wurde festgelegt, dass bis zum 1. Januar 2020 für die Kalkulation „eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen“ solle. Für die Dauer einer Übergangsfrist sollten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weitergelten (§ 17d Abs. 1 KHG).

Das 2016 beschlossene (und zu Beginn des Jahres 2017 in Kraft getretene) Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVC) erweiterte den Paragraphen 136a SGB V. Dadurch wurde festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festlegen solle. Dazu

„bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt zu den Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen. (...) Bei Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen.“

Darüber hinaus wurde vorgegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung beschließen soll. Er habe dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen. Der

2 Personalbemessung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Personenorientiert – bedarfsorientiert – leitlinienbasiert

Gemeinsame Bundesausschuss beschlieÙe bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Regelungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen (§ 136a Abs. 2a SGB V).

2.5 Der G-BA-Prozess

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Vorgaben des § 136a Abs. 2 SGB V eine Arbeitsgruppe des Unterausschusses Qualitätssicherung eingesetzt. Der G-BA ist das oberste gesundheitspolitische Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Stimmberechtigte Mitglieder („Bänke“) in dieser Gruppe, die seit 2017 regelmäßig tagt, sind der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Weiteres antragsberechtigtes Mitglied ist die Patienten-Vertretung beim G-BA. Als Beteiligte, die weder antrags- noch stimmberechtigt sind, nehmen weiterhin teil die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutsche Pflegerat sowie die Vertretung der Bundesländer. Das Ziel der Arbeitsgruppe war die Verabschiedung des Entwurfs der Erstfassung einer *Richtlinie Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik* (RL PPP), die – nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit – spätestens am 1.1.2020 in Kraft treten sollte.

Die AG legte zu Beginn fest, auf der Basis welcher Informationen bzw. Erkenntnisse die Richtlinie entwickelt werden sollte („vier Säulen“). Dies waren:

- eine eigene umfassende wissenschaftliche Studie zur Frage des bestehenden Versorgungssystems
- die Analyse der einschlägigen Leitlinien der Fachgesellschaften bzgl. Qualitätsstandards
- die Befragung von Experten zu wesentlichen Diagnosen und Fragestellungen
- die bestehenden Regeln der PsychPV

Im Verlauf erwies sich die in Auftrag gegebene wissenschaftliche Studie (*Studie zum ISTZustand der Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik* = PPP-Studie) als methodisch angreifbar und konnte deshalb in den weiteren Entscheidungsprozess nicht mit einbezogen werden. Auch wurden die Ergebnisse dieser Studie einer wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion nicht zugänglich gemacht. Die Analyse der bestehenden Leitlinien konnte – da dies in Leitlinien grundsätzlich nicht vorgesehen ist und auch diagnosenbezogene Leitlinien nicht ohne weiteres auf multimorbide Patienten übertragen werden können – keine ausreichend belastbaren Hinweise für die konkrete Personalbemessung geben. Die insgesamt acht durchgeführten umfangreichen Befragungen von Experten aus den maßgeblichen Bereichen der Psychiatrie, Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gaben zwar zahlreiche Hinweise auf die notwendigen Veränderungen, konnten aber nach der Meinung der Mehrheit der Arbeitsgruppe trotzdem keine tragfähigen Kriterien für die Personalbemessung hervorbringen. Letztlich fokussierte sich die weitere Diskussion in der Arbeitsgruppe auf eine Weiterentwicklung der PsychPV – unter Verzicht auf grundlegende Veränderungen (G-BA 2019).

Eine der am meisten diskutierten – und umstrittenen – Fragen bei der Entwicklung eines neuen Systems der Personalbemessung war die Frage, wie eine gesetzlich vor-

2.6 Die Plattform

gegebene „Untergrenze“ bei der Personalbemessung zu interpretieren und umzusetzen sei. Die letztlich durch das Plenum des G-BA verabschiedete Version geht davon aus, dass mit einer „Untergrenze“ lediglich diejenige untere Grenze der Personalbemessung zu verstehen sei, bei deren Unterschreitung eine Gefährdung der Patientensicherheit auftreten würde. Der im Gesetzestext des § 136a Abs. 2 SGB V geforderte evidenzbasierte Beitrag zu einer leitliniengerechten Versorgung (im Sinne einer Sicherung der erforderlichen Behandlungsqualität) wurde dagegen nicht umgesetzt, ja noch nicht einmal diskutiert. Damit wurde einer der wesentlichen politischen Aufträge verfehlt.

Als zukünftige Untergrenze wurden auf die bisherigen Kategorien der PsychPV (mit nur geringen Anpassungen) bezogene Minutenwerte vorgegeben, die im Durchschnitt zu einer Erhöhung der Personalbemessung um etwa 5% gegenüber einer vollständigen Erfüllung der PsychPV führen werden. Für die ersten Jahre der Umsetzung wurde die „Untergrenze“ auf zunächst (2020/2021) 85%, später (2022/2023) auf 90% abgesenkt. Ab dem 1.1.2024 muss die Richtlinie in allen Berufsgruppen zu 100% erfüllt sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die so definierte „Untergrenze“ auf die Budgetverhandlungen vor Ort nur eher geringe Auswirkungen haben wird, da es sich dabei nur um *einen* der in den Verhandlungen zu berücksichtigenden Faktoren handelt. Die Frage, zu welchen Folgen für die Krankenhäuser eine Unterschreitung der so definierten Untergrenze führen soll, wurde in der Erstfassung ausgeklammert und im Verlauf des Jahres 2020 diskutiert. Demnach ist das Jahr 2021 sanktionsfrei, ab dem Jahr 2022 kommt es zu einer Rückzahlung, die das 1,2-fache (2022) bzw. 1,7-fache (ab 2023) der Kosten für die nicht besetzten Stellen bzw. die nicht erbrachte Leistung beträgt. Durch die Tatsache, dass bei der Feststellung der Unterschreitung das therapeutische Personal, bei der Berechnung des Sanktionsbetrags aber das gesamte Budget für jeweils ein Quartal zugrunde gelegt wird, ist die tatsächliche Reduktion des Budgets noch deutlich höher (G-BA 2019).

Die Richtlinie des G-BA ist gesundheitspolitisch höchst umstritten. Von Seiten der kritisch dazu eingestellten Verbände und Fachgesellschaften (u. a. DKG, BÄK, DGPPN, DGPM, DGKJP) wurde bemängelt, dass qualitative Aspekte zu wenig berücksichtigt wurden, dass innovative Versorgungsprojekte eher behindert und dass die fachliche Weiterentwicklung nicht unterstützt wird. Zusätzlich werde ein immenser Dokumentationsaufwand generiert. Eine zukunftsfähige Psychiatrie und Psychosomatik sei auf der Basis der PPP-RL nur schwer vorstellbar, die Versorgung werde dagegen fachliche und qualitative Rückschritte erleiden müssen.

2.6 Die Plattform

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik haben 2017 unter der Koordination der DGPPN eine gemeinsame Plattform gebildet mit dem Ziel, ein System der Personalbemessung zu konzipieren und zu evaluieren, das eng am setting-übergreifenden Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert ist. Der Plattform gehören folgende Fachgesellschaften und Verbände an:

- 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 Ergotherapiewissenschaft (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)

2.7 Das Plattform-Modell

Diese Plattform hat in den letzten drei Jahren ein Strukturmodell entwickelt, welches sich zu einer patientenbedarfsgerechten Festlegung des Personalbedarfs in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie eignet (Hauth et al. 2019; Deister et al. 2020; Kölch et al. 2020). Dieses Modell beschreibt (in Anlehnung an das grundsätzliche Prinzip der PsychPV) 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. Wesentliche Vorarbeiten zur Personalbemessung wurden von der Gruppe um Peter Brückner-Bozetti und Michael Löhr geleistet (Braun et al. 2017; Senkal et al. 2019; Klode et al. 2018; Löhr u. Sauter 2020).

Prinzipien der Personalbemessung im Plattform-Modell

Das Plattform-Modell basiert auf fünf wesentlichen Prinzipien (Deister 2019):

- **Patientenorientierung:** Die Orientierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der erkrankten Menschen ist die wesentliche Dimension der Personalbemessung. Insbesondere in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist es unverzichtbar, auch die höchst subjektiven Bedürfnisse von betroffenen Menschen (in der KJP auch der Sorgeberechtigten) zu einem bedeutsamen Maßstab des Ressourceneinsatzes zu machen. Dabei wird unter den Bedürfnissen eines Patienten der von der subjektiven Wahrnehmung und den individuellen Präferenzen geprägte Wunsch nach Maßnahmen, die seine durch die psychische Erkrankung bedingten Zustand verbessern oder verändern sollen, verstanden. Die subjektiven Bedürfnisse können sowohl interindividuell als auch in unterschiedlichen Krankheitsphasen sehr unterschiedlich sein, selbst bei gleichem Krankheits- oder Beschwerdebild. Als individuell entstehender Bedarf tritt die durch eine psychische Erkrankung und die damit verbundenen Bedürfnisse ausgelöste Anforderung der Erbringung fachlicher präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen hinzu. Bedürfnisse und Bedarf stehen somit in enger und nicht aufzulösender Wechselbeziehung zueinander.
- **Bedarfsgerechtigkeit:** Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist mit einer Vielzahl von konzeptuellen und methodischen Problemen behaftet. Die Bedarfsklärung muss dem Prinzip der Partizipation folgen, die Bedarfsdeckung muss sich an der Lebensweltperspektive der Betroffenen und deren Angehörigen orientieren. Geachtet werden muss dabei gleichzeitig auch darauf, dass keine künstlichen Bedarfe entstehen, die dem Versorgungssystem an anderer Stelle dringend notwendige Ressourcen entziehen würden. Die vollständige und fachlich adäquate Berücksichtigung aller Bedarfsbereiche, Bedarfssektoren und Bedarfsperspektiven bei psychischen Erkrankungen setzt zwingend eine mehrdimensionale koordinierte Vorgehensweise bei der Bedarfsermittlung voraus.
- **Leistungsgerechtigkeit:** Ein zukunftsfähiges Personalbemessungssystem muss gerecht in Bezug auf die notwendigerweise zu erbringenden und auch in Bezug auf die konkret erbrachten Leistungen sein. Ohne ein für alle Beteiligte transparentes und nachprüfbares System der Leistungserbringung, das im Extremfall auch Sanktionen bei Nicht-Erfüllung vorsieht, kann eine zukunftsfähige und gerechte Struktur der Personalbemessung nicht erfolgen. Nicht nur aus ökonomischen, sondern insbesondere auch aus fachlichen Erwägungen heraus, dürfen die eingesetzten personellen und finanziellen Ressourcen nicht zu Fehlanreizen führen – etwa mit der Folge einer gezielten Verschiebung der vereinbarten Budgetmittel in andere Bereiche oder gar einer Vernachlässigung der am schwersten erkrankten Menschen. Dazu wird es fest vereinbarte Regeln für die Leistungserbringung, für Nachweise und Kontrollen und eventuell auch für Sanktionen brauchen.
- **Leitlinienorientierung:** Im psychiatrischen Fachgebiet gibt es aktuelle wissenschaftliche Leitlinien des höchsten methodischen Levels (Nationale Versorgungsleitlinien und S3-Leitlinien) zu den wesentlichen Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen. Ebenso gibt es Leitlinien zu wesentlichen grund-

sätzlichen Fragestellungen, wie zum Beispiel zu psychosozialen Maßnahmen bei schweren psychischen Erkrankungen oder zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Leitlinien beschreiben dabei nicht die Qualität von Leistungen, sondern sie beschreiben aktuelle medizinische Standards. Sie sind nicht als Blaupause für eine Personalbemessung geeignet. Dies ist weder ihre Aufgabe noch ihr Ziel. Zudem adressieren sie oft eine Erkrankung, in der Versorgungsrealität stationärer und teilstationärer Einrichtungen dominieren aber Patienten mit einem hohen Anteil komorbider Störungen. Aber durch alle einschlägigen Leitlinien ziehen sich grundlegende Vorstellungen davon, was unter Qualität in der Psychiatrie zu verstehen ist. Da Qualität immer auch in einer Beziehung zur Quantität von Leistungserbringung steht, nehmen alle diese Aspekte Einfluss auf die erforderlichen Personalressourcen.

- **Normative Setzung:** Die intensive Suche nach belastbaren empirischen Befunden, die als Basis für eine zukunftsfähige Personalbemessung geeignet wären, hat zu keinem Erfolg geführt. Dies liegt unter anderem an den sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den unterschiedlichen Formen des Settings, insbesondere aber auch daran, dass versucht wurde, Daten in einem System zu erheben, das durch den Personalmangel geprägt ist. Dadurch können Maßnahmen, die zwar sinnvoll sind, jedoch nicht durchgeführt werden können, da die personellen Ressourcen fehlen, nicht identifiziert werden. Es muss deshalb eine normative Setzung erfolgen, die die Bedarfe und die Bedürfnisse der betroffenen Menschen, die durch die Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen, die erbrachten Leistungen und die durch Leitlinien vorgegebenen Standards in gleicher Weise berücksichtigt.

2.8 Zur Zukunft der Personalbemessung

Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, haben ein Recht auf umfassende, angemessene und den ethischen Ansprüchen entsprechende Unterstützung, Hilfe und Behandlung. Der Frage, wie die therapeutisch wirksame Beziehung zwischen allen Beteiligten gestaltet wird, kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Dazu braucht es eine ausreichende Zahl von kompetenten, qualifizierten und engagierten Mitarbeitenden aus vielen Berufsgruppen. Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist deshalb ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung für die Psychiatrie, Psychotherapie und die psychosomatische Medizin von entscheidender Bedeutung.

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) wurde vor fast drei Jahrzehnten ein System der Personalbemessung für das psychiatrische Krankenhaus entwickelt, das erstmalig den individuellen Behandlungsbedarf der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellt. Die PsychPV, die 1991 in Kraft getreten ist, war bei ihrer Entwicklung der Zeit weit voraus. Inzwischen ist sie in der Umsetzung und Aktualität weit hinter den Notwendigkeiten zurückgeblieben.

Die aktuelle Diskussion um zukünftige Formen der Personalbemessung geht von der Fiktion einer evidenten Empirie aus und vermeidet normative Setzungen weitgehend. Es ist nicht nur problematisch, sondern geht völlig an der politischen Absicht des Gesetzgebers vorbei, dass die aktuelle Diskussion über ein neues System der Personal-

bemessung auf primär ökonomisch begründete Regelungen reduziert wird und dass wesentliche weitere Aspekte, wie der Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Interventionen oder eine reale Erfassung des patientenbezogenen Bedarfs, ausgeblendet werden. Es geht darum, ob es möglich und durchzuhalten sein wird, moderne, an der Person orientierte Konzepte von Behandlung und Rehabilitation zu verwirklichen. Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung muss gezielt die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsformen im und durch das Krankenhaus fördern und dabei die passenden Anreize für ein Sektoren- und Setting-unabhängiges Denken und Handeln setzen. Dazu braucht es ein an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientiertes, transparentes, breit akzeptiertes und gerechtes System.

Die aktuell bestehende Verteilung der für die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Ressourcen folgt nicht in jedem Fall dem bestehenden Bedarf der betroffenen Patienten und deren engen Bezugspersonen, sondern ist im Wesentlichen eine Fortschreibung historischer Versorgungs- und daraus abgeleiteter Finanzierungsstrukturen, die von den heutigen Vorstellungen und Erwartungen an eine zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankung erheblich abweichen.

Die Kosten für therapeutisch tätiges Personal sind in der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie der mit Abstand größte Kostenfaktor. In den psychiatrisch-psychosomatischen Fachgebieten ist nicht die Einzelleistung trennscharf zuweisbar, sondern es handelt sich meist um Vorhaltekosten, die individuell dem Patienten zugeordnet werden. Personalbemessung und Finanzierung sind deshalb insbesondere in den psychiatrischen Fachgebieten untrennbar miteinander verbunden. Die PsychPV hat diese Aspekte erstmalig miteinander kombiniert und den Fokus auf den individuell erfassten Behandlungsbedarf gelegt. Der grundsätzliche Ansatz ist auch heute noch aktuell. Allerdings ist der heutige Bedarf für die psychiatrische Versorgung nicht mehr mit den damaligen Ansätzen abbildbar.

Die Verteilung und die Verfügbarkeit von personellen Ressourcen können grundsätzlich zu Anreizen und Fehlanreizen in der Gestaltung der Versorgung und deren Finanzierung führen. Es darf nicht sein, dass Personalbemessung dazu führt, dass bestimmte Versorgungsformen – zum Beispiel eine stationäre Versorgung – nur deshalb durchgeführt werden, weil sie die einzige Versorgungsform ist, für die einigermaßen ausreichende Personalressourcen vorgesehen sind und nur mit diesen das vereinbarte Budgetvolumen realisiert werden kann.

Die Anreize des bestehenden Finanzierungssystems unterstützen die vollstationäre Versorgung einseitig und bestrafen alternative Behandlungsformen und Behandlungssettings. Tatsächlich lässt sich unter den aktuellen Bedingungen ein Budget, mit dem die erforderliche Personalausstattung sichergestellt werden kann, nur mit einer ausreichenden Zahl von stationären Behandlungstagen realisieren.

Die unterschiedlichen Aspekte der Ressourcenzuordnung stehen untereinander in einer engen Wechselbeziehung. Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung muss deshalb zwingend auch Art und Umfang der durch die Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen berücksichtigen.

Die aktuelle Diskussion krankt in einem hohen Maße daran, dass sie sehr einseitig die Orientierung an den zu erbringenden bzw. erbrachten Leistungen in den Vordergrund rückt. Weder die Bedarfsgerechtigkeit noch die Verteilungsgerechtigkeit spielen bei dieser Diskussion eine Rolle und die Frage der formalen Ausrichtung an den Leitlinien ist an ihre zu erwartenden Grenzen gestoßen. Auch die grundsätzliche Frage, ob es sich bei der Behandlung schwerstkranker - und nur solche bedürfen noch der (teil-)stationären Therapie - tatsächlich um sinnvoll bepreisbare Einzelleistungen handelt, oder um Grundkosten im Sinne der Daseinsversorgung, wird nicht mehr diskutiert. Dabei könnten gerade so auch durchaus Qualitätskriterien viel leichter vereinbart werden.

Es wird kein Weg daran vorbeiführen, normativ eine Mindestvorgabe, die an der leitliniengerechten Qualität orientiert ist, festzulegen. Eine solche Mindestvorgabe kann jedoch in keinem Fall identisch sein mit einer Personaluntergrenze, wie sie in anderen Bereichen der Medizin diskutiert wird. Eine Gleichsetzung beider Vorgaben wird die Versorgung grundsätzlich gefährden und letztlich die Bedeutung von Qualitätskriterien für die Versorgung reduzieren. Gerade in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist eine integrierte und integrierende, vernetzte und durch Verantwortung getragene regionale Versorgung unabdingbar. Die Absicht, die regionale Aufgabe der Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Maßstab der Personalbemessung zu machen, zieht sich durch die gesetzlichen Vorgaben. Diese Vorgaben beziehen sich explizit auf die Sicherstellung von Qualität in der psychiatrischen Versorgung. Die Problematik besteht dabei jedoch darin, dass es bisher weder einen fachlichen noch einen gesellschaftlichen Konsens dazu gibt, was darunter zu verstehen ist. Der gesetzliche Auftrag wurde dahingehend konkretisiert, dass stattdessen ein Evidenzbezug gefordert wurde. Eine solche Evidenz ist aber nicht verfügbar.

Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung muss all diese Aspekte berücksichtigen. Das Plattform-Modell hat gezeigt, dass es in der Lage ist, die unterschiedlichen Anforderungen an ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung zu erfüllen.

Literatur

- Braun B, Brückner-Bozetti P, Lingenfelder M et al. (2017) Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 88, 1020–1025. DOI: 10.1007/s00115-017-0297-z
- Deister A (2019) Personalbemessung und die Frage der Gerechtigkeit. *Psychiatr. Prax.* 46, 423–425. DOI: 10.1055/a-09991099
- Deister A, Brückner-Bozetti P, Heuft G et al. (2020) Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie: Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell. *Nervenarzt*. DOI: 10.1007/s00115-020-00995-w
- G-BA (2019) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie: Erstfassung.
- Gühne U, Weinmann S, Becker Th, Riedel-Heller SG (2020) Psychosoziale Therapien in der Psychiatrie: Update der DGPPN-S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. *Nervenarzt* 91:993–1002
- Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G et al. (2019) Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen: Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. *Nervenarzt* 90, 285–292. DOI: 10.1007/s00115-018-0669-z

2.8 Zur Zukunft der Personalbemessung

- Heuft G, Senf W, Janssen P et al. (1993) Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychother PsychoSom Med Psychol* 43, 262–270
- Klode C, Steinert T, Blume A et al. (2018) Zur Rolle organisationaler Variablen bei der Implementierung sektorenübergreifender psychiatrischer Versorgung und stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland: Ein Literatur- und Theorie-Review. *PsychPrax.* 45, 291–298. DOI: 10.1055/s-0044-101530
- Kölch M, Klein M, Knebusch V et al. (2020) Individual and Needs-Based: The Platform-Model for Personnel Allocation in Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy: A Feasibility Study. *Z. Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 49, 1–10
- Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (2010) *Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*, 6., aktualisierte und erw. Aufl. ed, KohlhammerKrankenhaus. Kohlhammer, Stuttgart
- Löhr M, Sauter D (2020) Personalbedarf der Pflege in unterschiedlichen Settings der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik. Eine Studie der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.. URL: http://www.bflk.de/artikel_content/rklessmann/BFLK-Studie-2020.pdf (abgerufen am 09.09.2021)
- Löhr M, Sauter D, Nienaber A, Heuft G, Ahrens R, Oppermann G, Heinz A, Schulz M. (2015). Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen: Bedarfsermittlung am Beispiel der Pflegefachberufe in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 86(7), 857–865
- Senkal A, Brückner-Bozetti P, Lingenfelder M et al. (2019) Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland. *Nervenarzt* 90, 293–298. DOI: 10.1007/s00115-018-0600-7