

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (HG.)

Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung

Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Psychiatrie-Verlag

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung.
Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005.
Psychiatrie-Verlag, Bonn
ISBN 3-88414-439-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Danksagung

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung des Projektes
und dieser Publikation.

1. Auflage 2007

© Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung
der Herausgeberin vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herstellung: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Umschlaggestaltung: p.o.l. kommunikation design

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: Kessler Druck + Medien, Bobingen

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Inhalt

Vorworte	5
Brief vom 23. Juni 2007 an das Bundesministerium für Gesundheit	7
Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung	
Teil I: Auftrag und Zusammenfassung der Ergebnisse	12
Teil II: Methode und ausführliche Ergebnisse	21
2 Methode	21
3 Ausführliche Ergebnisse	27
4 Literatur	53
5 Anlagen	54
Brief vom 15. Januar 2007 an das Bundesministerium für Gesundheit	75
Anhang	
Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem der Krankenhausbehandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für alle Altersgruppen	83
Zusammenfassung für eilige Leser	90

»25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung«

Am 4. Juli 2002 stellte der Deutsche Bundestag in dieser EntschlieÙung fest, dass »... psychisch kranke und behinderte Menschen dasselbe Recht wie somatisch Kranke auf

- größtmögliche Selbstbestimmung
- ein privates Leben möglichst auÙerhalb von institutionalisierten Einrichtungen sowie
- eine Teilnahme am sozialen Leben in ihrem Wohnumfeld haben.

Das Ziel bestand darin, von einer verwahrenden Psychiatrie – mit oft lebens-langer Hospitalisierung – zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Versorgung möglichst im Lebensumfeld zu kommen.«

Dazu hat die Psychiatrie-Personalverordnung seit 1991 einen zentralen Beitrag geleistet. Die EntschlieÙung hebt die Verankerung der Psych-PV als Ausnahmetat-bestand im Gesundheitsreformgesetz 2000 hervor. Doch sind immer mehr psy-chiatrisch-psychotherapeutische Kliniken nicht mehr in der Lage, entsprechend den oben genannten Zielen ihre Patientinnen und Patienten zu behandeln, weil die Ausstattung mit therapeutischem Personal trotz zunehmender Patientenzahl seit über zehn Jahren immer weiter absinkt. Wesentlicher Grund dafür ist die entsprechende Regelung in der Bundespflegesatzverordnung, nach der Jahr für Jahr die in den Budgetverhandlungen mögliche Zuwachsrate der Pflegesätze erheblich unter den tariflich bedingten Personalkostensteigerungen lag.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dieses Problem aufgegriffen, dafür möchte ich meinen Dank aussprechen.

Regina Schmidt-Zadel (MdB 1990–2002)

Vorsitzende

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Vorwort

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für den Auftrag zu dieser Erhebung sowie die Begleitung des Projektes und die Gespräche, die das Ziel hatten, zu einer zukunftsfähigen Lösung der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung zu kommen.

Mit dieser Dokumentation soll eine Arbeitsgrundlage zur Verfügung gestellt werden für die anstehenden Beratungen zwischen Kliniken, Trägern, Krankenkassen, Ministerien der Länder, Gesundheitspolitikern, Berufsverbänden etc. Anfang April 2007 hatte Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder die das Projekt begleitende »Arbeitsgruppe Umfrage zur Psych-PV« (siehe »Auftrag« und »Anhang 3« des Projektberichtes) zu einem Auswertungsgespräch eingeladen. Er verknüpfte das Ziel einer Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen gemäß Psych-PV mit dem Einstieg in ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für psychiatrische Leistungen. Dieser Verknüpfung stimmte die AG Psych-PV-Umfrage in ihrem Brief vom 23. Juni 2007 an den Staatssekretär grundsätzlich zu und formulierte entsprechende Begründungen und Anforderungen. Seinem Antwortbrief vom 25. Juli 2005 fügte der Staatssekretär den Diskussionsentwurf für »Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009« des BMG (13. Juni 2007) bei. Mit Punkt 2 soll »der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines eigenständigen tagesbezogenen pauschalierten Vergütungssystems erteilt« werden. Dabei wird vorgeschlagen, »die Leistungskomplexe, die der Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde liegen, als Ausgangsgrundlage zu nutzen«. In diesem Brief heißt es dazu: »In diesem Verfahren wäre dann auch über Vorschläge zur Verbesserung der Finanzierung der Psych-PV-Personalstellen zu entscheiden.«

Für die Entwicklung einer zukunftsfähigen psychiatrischen Versorgung und ein dazugehöriges Entgeltsystem sind gute Konzepte und Schrittfolgen notwendig, aber auch breite Informations- und Überzeugungsprozesse. Die Evaluation zur Psych-PV will hierzu einen Baustein liefern.

Wir danken allen Kliniken, die die mühevollen Arbeit, den Fragebogen auszufüllen, auf sich genommen haben, und der Abteilung Versorgungsforschung des Zentrums für Psychiatrie »Die Weissenau« in Ravensburg, insbesondere Dr. Ralf-Peter Gebhardt, für die ausgezeichnete Auswertung und Zusammenarbeit mit der »Arbeitsgruppe Umfrage zur Psych-PV«.

Für die »Arbeitsgruppe Umfrage zur Psych-PV«

Prof. Dr. med. Heinrich Kunze
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. med. Paul-Otto Schmidt-Michel
Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Finanzierung der PsychPV-Personalstellen:

**Brief der Aktion Psychisch Kranke e.V. an
Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom 23. Juni 2007**

Sehr geehrter Herr Dr. Schröder,

am 6. Juni hat die »AG Evaluation der PsychPV« (vgl. Anhang) die Zwischenergebnisse der Gespräche mit Ihnen am 3. April sowie mit Herrn Tuschen am 14. Mai 2007 beraten. Wir berichten Ihnen über den derzeitigen Stand der Meinungsbildung in der AG, die noch einen weiteren Termin in dieser Sache am 1. August 2007 geplant hat.

Die Mitglieder der »AG Evaluation der PsychPV« begrüßen die grundsätzliche Bereitschaft des BMG zu prüfen, ob die Bundespflegesatzverordnung geändert werden kann mit dem Ziel, die Finanzierung der Personalstellen gemäß PsychPV zu verbessern, und sie stimmen Ihrer Forderung zu, dies mit dem Start eines Prozesses in Richtung eines eigenständigen, leistungsorientierten, tagesbezogen pauschalierten Vergütungssystems für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken zu verknüpfen. Zu den beiden Punkten nehmen wir wie folgt Stellung:

Kurzfristige Verbesserungen

Die Mitglieder der »AG Evaluation der PsychPV« (bei Enthaltung des VdAK-Vertreters) bitten Sie dringend *politisch* zu entscheiden, dass mit einem ersten Schritt zwei Ziele mit der Änderung der BPflV erreicht werden sollen:

- für alle Kliniken das weitere Absinken im PsychPV-Erfüllungsgrad verhindern
- für die Kliniken mit schlechter PsychPV-Personalausstattung wieder ein ausreichendes Niveau realisieren.

Die hierzu am 14.05.2007 im BMG erörterten möglichen Änderungen der BPflV (betreffend § 6 Abs. 2) sind konstruktiv und gehen in die richtige Richtung. Sie würden dazu führen, dass die Zunahme der im Rahmen der Budgetdeckelung nicht mehr finanzierbaren Stellen abgeschwächt wird. Dabei geht aber der Anteil der finanzierten von den vereinbarten Stellen systematisch und kontinuierlich weiter zurück, d.h. der »Sinkflug« unter dem Deckel wird weniger steil fortgesetzt. Dies ist im Ergebnis unter Bezug auf die beiden politischen Ziele aus der

Sicht der »AG Evaluation der PsychPV« noch nicht ausreichend. Wir bitten Sie zu berücksichtigen:

- Die erhebliche Veränderung der Leistungskennzahlen von 1991 bis 2004: Fallzahl +80 %, Verweildauer -63 %, Pflegetage -33 %, Betten -37 % (Erwachsenenpsychiatrie vgl. Anlage 1 und Anlage 2 für KJPP im Projektbericht).
- Die Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahl gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPflV sind nicht oder nur sehr geringfügig in den Budgetverhandlungen berücksichtigt worden: Sie sind nach § 19 Abs. 3 BPflV nicht schiedsstellenfähig. Der Nachholbedarf seit Einführung der PsychPV ist angemessen zu berücksichtigen.
- Neue Aufgaben ohne Gegenfinanzierung sind hinzugekommen: Qualitätssicherung, Dokumentationsaufwand, neue Weiterbildungsordnung u. a.
- Auf die volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen haben wir in unserem Schreiben vom 15. Januar 2007 an Sie ausführlich hingewiesen (Stichworte: Arbeitsunfähigkeitstage, Langzeitarbeitslosigkeit, Frühberentung, Anstieg der Belegung in der Forensik und im Heimbereich ...).
- Die Wirkung des Budgetdeckels besteht für den stationären Sektor seit 1993. Die PsychPV-Stellen unterliegen der Deckelung seit 1996.
- In den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ist die Zeit des therapeutischen Personals für Patienten (und Angehörige) das wichtigste therapeutische Agens. Die Zeit für die Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten im therapeutischen Milieu ist das entscheidende Mittel für die Behandlung von psychisch erkrankten Patienten, dies kann nicht weiter beliebig verkürzt, komprimiert oder beschleunigt werden.
- Infolge des höheren Personalkostenanteils hat die »BAT-Schere« der BPflV über all die Jahre die psychiatrischen Kliniken stärker betroffen als die somatischen.

Die Kliniken stehen zu ihren Anstrengungen, bei den oben genannten gestiegenen Aufgaben durch Prozessoptimierung zum Qualitätserhalt beizutragen, doch können damit die Folgen der inzwischen eingetretenen Personalabsenkung nicht mehr ausgeglichen werden.

Zur Erreichung der o.g. Ziele sollten die geeigneten Änderungen der BPflV baldmöglichst wirksam werden, weil der Erfüllungsgrad der PsychPV seit dem Referenzjahr (2004) der Umfrage noch weiter gesunken ist und die Notwendigkeit, die BPflV zu ändern, seit 2002 dem Gesetzgeber und dem BMG mehrfach vorgetragen wurde.

Im Hinblick auf Folgekosten ist zu berücksichtigen, dass die BPflV nur noch für die psychiatrisch-psychotherapeutischen, kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen und die psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken gilt sowie in besonderen Einrichtungen. Wie unten ausgeführt ist vorgesehen,

dass nach einer angemessenen Übergangsfrist ein neues Vergütungssystem auf der Grundlage der weiterentwickelten PsychPV wirksam werden soll.

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist die für Patienten und Angehörige verfügbare Zeit des therapeutischen Personals, wie oben ausgeführt, die entscheidende Strukturqualität. Deshalb muss die Finanzierung der Personalstellen gemäß PsychPV zu Beginn des Prozesses in Richtung auf ein tagesbezogen pauschalierendes Vergütungssystem wieder auf ein insgesamt ausreichendes Ausgangsniveau gebracht werden, weil sonst bei der Einführung eines zukünftigen Finanzierungssystems die notwendigen zu vergütenden Leistungen aus finanziellen Gründen nicht erbracht werden können.

Zukünftiges Finanzierungssystem

Die Mitglieder der »AG Evaluation der PsychPV« können das Ziel des BMG – Entwicklung eines eigenständigen, leistungsorientierten, tagesbezogen pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken – sowie die am 14. Mai 2007 erörterten Anforderungen und Rahmenbedingungen grundsätzlich akzeptieren. Doch stellen wir eine zentrale Bedingung voran: Die Strukturqualität »ausreichende Ausstattung mit therapeutischem Personal gemäß PsychPV« muss beim Start der Einführung des neuen Vergütungssystems wieder erreicht sein, weil sonst das nicht ausreichende IST zur Norm im neuen System wird und vielen Kliniken der Weg in ein pauschaliertes Finanzierungssystem nicht möglich erscheint. Die folgenden Voraussetzungen entsprechen den am 14. Mai 2007 erörterten Punkten weitgehend:

- Keinen Bezug auf Diagnosen und Fälle, weil es weltweit kein funktionierendes DRG-System zur Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung insgesamt gibt.
- Die Behandlungsbereiche der PsychPV (mit indirektem Diagnosebezug in der Erwachsenenpsychiatrie sowie Schweregrad- und Pflegeaufwandbezug in der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie) bilden das Leistungsspektrum sachgerecht ab. Für eine Entgeltpauschalierung werden die Leistungskomplexe der gültigen PsychPV als Ausgangsgrundlage herangezogen zur Einstufung der Patienten in entsprechende Leistungskomplexe, die eine leistungsorientierte, tagesbezogene pauschalierte Vergütung ermöglichen.
- Die Einführung eines leistungsorientierten, tagesbezogen pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken erfolgt in einem eigenständigen Verfahren unabhängig von der Somatik.
- Fortentwicklung der PsychPV und ihre Anpassung an Veränderungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beim Einführungsprozess der neuen Vergütung (insbesondere in Richtung ambulante und tagesklinische Akutbehandlung, Intervalltherapie und Wiederaufnahmeraten).

- Der Auftrag zur Entwicklung eines solchen Systems ergeht analog den Regelungen zum DRG-System in § 17b KHG an die Partner der Selbstverwaltung, was Zustimmung der Beteiligten bedeutet.

Diese Voraussetzungen zeigen gute Übereinstimmung mit dem »Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem ...« der 13 Psychiatrie-Verbände vom 31. Januar 2007, hier besonders der Abschnitt IV (vgl. Anlage).

Sehr geehrter Herr Staatssekretär, psychisch kranke Patientinnen und Patienten beschwerten sich umso weniger über unzureichende Versorgung, je schwerer krank sie sind. Deshalb sind sie auf den besonderen Schutz des Staates angewiesen. Die PsychPV ist eine Qualitätsgarantie des Staates für ausreichende Krankenhausbehandlung (vgl. § 70 SGB V), eine späte Erfüllung des Auftrags der Psychiatrie-Enquete, die zum Ziel hatte, die Inhumanität der Vergangenheit zu überwinden. Deshalb wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich weiter dafür einsetzen würden, dass endlich wieder eine ausreichende Strukturqualität in Bezug auf die Ausstattung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken mit therapeutischem Personal erreicht wird.

Die Mitglieder der »AG Evaluation der PsychPV« und die entsendenden Fachverbände werden sich ebenfalls in den Bundesländern für die politische Unterstützung dieser Vorschläge aktiv einsetzen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Heinrich Kunze
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel
Vorstand der APK

Anhang: Arbeitsgruppe Evaluation der PsychPV (siehe u. a. S. 12 f. und Anhang 3)

Anlage: Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem der Krankenhausbehandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für alle Altersgruppen (13 Vereine und Verbände), s. S. 84

Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung

Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ralf-Peter Gebhardt
Paul-Otto Schmidt-Michel
Heinrich Kunze

vorgelegt am 15.01.2007
(geändert am 27.07.2007)

Teil I: Auftrag und Zusammenfassung der Ergebnisse

1.1 Auftrag

Am 1. Juli 2005 erteilte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) den Auftrag, eine Umfrage zum Stand der Realisierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) durchzuführen. Vorausgegangen war am 26. Januar 2005 ein Expertengespräch mit Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, in dem die Problematik erörtert worden war. Staatssekretär Schröder hatte dazu eingeladen, nachdem es Ende 2004 nicht gelungen war, im Rahmen des Zweiten Fallpauschalen-Änderungsgesetzes über eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung die Finanzierung der Psych-PV-Stellen zu sichern. An dem Gespräch nahmen teil APK, Deutsche Krankenhausgesellschaft, VdAK als Spitzenverband der Krankenkassen sowie die Verbände der stationären Psychiatrie und Psychotherapie und die entsprechenden Fachgesellschaften.

Vonseiten der Verbände wurde ausgeführt, dass

- die Schere zwischen (Personal-)Kostensteigerung und Veränderungsrate nach Bundespflegesatzverordnung seit Ende des Übergangszeitraums (§ 10 Psych-PV) immer weiter aufgegangen ist und
- seit 1991 eine nicht vorhergesehene Verdichtung des Leistungsgeschehens (Rückgang der Betten, Zunahme der Fälle und der behandelten Personen pro Jahr bei erheblicher Verweildauerverkürzung sowie sonstige zusätzliche Pflichtaufgaben) stattgefunden hat (siehe hierzu Anhänge 1 und 2).

Es bestand Einigkeit darüber, dass mögliche Entscheidungen des Verordnungsgebers auf eine ausreichende Datenbasis gestützt werden müssen. Verlässliche Daten liegen jedoch nicht vor, weil in den Budgetverhandlungen nur prospektive Daten verwendet werden. Für den Übergangszeitraum von 1990 bis 1995 liegen Daten vor aus der im Auftrag des BMG von der APK durchgeführten »Bundesweiten Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung« – BMG Schriftenreihe Band 99, 1998. Deren Ergebnisse liegen zwar weit zurück, doch die Erfahrungen mit dieser Umfrage, die ebenfalls von Krankenhaus- und Kostenträgerseite mitgetragen wurde, sollen bei der erneuten Umfrage berücksichtigt werden.

Nach dem Projektauftrag wurde von der APK nach diesem Vorbild die »Arbeitsgruppe Umfrage zur Psych-PV« (siehe Anhang 3) gebildet aus

- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Prof. Dr. Heinrich Kunze, Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (Renate Höchstetter)
- Spitzenverbände der Krankenkassen (Stefan Wöhrmann, VdAK)

In Zusammenarbeit mit:

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (Prof. Dr. Karl Beine)
- Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. Lothar Adler, Dr. Iris Hauth)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Krankenpflegedirektoren Psychiatrischer Krankenhäuser (Heinz Lepper)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Prof. Dr. Renate Schepker)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (Rainer Kukla, Joachim Hübner)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Prof. Dr. Renate Schepker)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Prof. Dr. Jürgen Fritze)
- Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten (Prof. Dr. Helmfried Klein)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Fachgruppe Psychiatrie (Michael Hiller)

Die Präzisierung der Fragestellung, das Adressenverzeichnis, der Fragebogen für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die Konzeption der Auswertung und die Ergebnisdarstellung wurden im Konsens aller Beteiligten erarbeitet.

1.2 Fragestellung

Im Auftrag des BMG begann im Frühjahr 2005 die oben aufgeführte Arbeitsgruppe unter der Leitung von Herrn Professor Kunze mit der Entwicklung des Fragebogens zur Psych-PV im Budgetjahr 2004. Die zentrale Zielsetzung der Erhebung galt der empirischen Ermittlung des Psych-PV-Erfüllungsgrades, d. h. der Frage, inwiefern der Vollkräfte-Planbedarf nach Psych-PV im Budgetjahr 2004 von den Einrichtungen tatsächlich realisiert werden konnte (Anzahl VK-IST im Jahr 2004).

Es sollte weiter geprüft werden, ob ein Zusammenhang erkennbar ist zwischen dem Psych-PV-Erfüllungsgrad und anderen Variablen wie: Bundesland, struk-

turelle Klinikvariablen (Planbetten, Planplätze, Stationen, Fälle und Patienten in 2004), Träger (öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig, privat) und Typ (Fachkrankenhaus, Abteilung, Universitätsklinik, Tagesklinik). – Als übergeordneter Begriff für die verschiedenen Krankenhausstypen wird im folgenden Text »Klinik« oder »Einrichtung« verwendet.

1.3 Methodik der Umfrage 2005

Zum Zeitpunkt der Umfrage existierte kein eigenständiges Verzeichnis derjenigen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, die die Psych-PV anzuwenden haben. Zwecks Vollständigkeit wurde deshalb das für die Psych-PV-Umfrage benutzte Adressverzeichnis aus verschiedenen Datenbanken zusammengestellt. Genutzt wurden die Adressverzeichnisse der AKTION PSYCHISCH KRANKE, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatischer Krankenhäuser (BAG), der Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK), des Arbeitskreises der Cheförzinnen und Cheförzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP). Da sich in diesen Adressverzeichnissen auch Einrichtungen befinden, die die Psych-PV nicht anwenden oder im Jahr 2004 nicht ganzjährig im Betrieb waren, musste in einem ersten Schritt die Grundgesamtheit der die Psych-PV anwendenden Einrichtungen empirisch ermittelt werden.

1.4 Grundgesamtheit und Rücklauf

Als Grundgesamtheit konnten $N = 368$ Einrichtungen der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie (EPP) sowie $N = 119$ Einrichtungen der Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie (KJPP) mit insgesamt 47 122 bzw. 4436 Planbetten bestimmt werden, die die Psych-PV im Jahr 2004 anzuwenden hatten.

Von den 368 Einrichtungen der EPP und den 119 Einrichtungen der KJPP, die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten, beteiligten sich 70 % (EPP) bzw. 62 % (KJPP) an der Umfrage. Die teilnehmenden Einrichtungen decken zu diesem Zeitpunkt 77 % (EPP) bzw. 68 % (KJPP) der Planbetten ab und versorgen 84 % (EPP) bzw. 73 % (KJPP) der Gesamtbevölkerung. Damit können die Umfrageergebnisse als weitgehend repräsentativ gelten.

1.5 Die zentralen Ergebnisse

Die Auswertung der Umfrage zur Psych-PV zeigt insgesamt, dass die Verordnung auch im vierzehnten Jahr der allgemein anerkannte Maßstab für die Personalbemessung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenen- sowie des Kindes- und Jugendalters ist: 83 % der antwortenden Kliniken haben im Jahr 2004 Pflegesatzverhandlungen auf Basis der Patientenstruktur der Psych-PV geführt.

Im Mittelpunkt stand die Frage nach der Erfüllung der Personalausstattung gemäß Psych-PV: die Differenz zwischen Psych-PV-SOLL und finanziertem IST. Der Psych-PV-Erfüllungsgrad betrug im Durchschnitt 90 % in den Kliniken für Erwachsene und 88 % in den Kliniken für Kinder und Jugendliche. Dabei zeigte sich eine hohe Varianz der Psych-PV-Erfüllung zwischen den Kliniken, d.h. in vielen Kliniken wich der Psych-PV-Erfüllungsgrad zum Teil deutlich von diesem Mittelwert ab.

- Die Hälfte der Kliniken für Erwachsene hat einen Psych-PV-Erfüllungsgrad von 90 % und weniger, die Kliniken für Kinder und Jugendliche zur Hälfte weniger als 88 %.
- Nur in 56 Kliniken der EPP mit insgesamt 5472 Planbetten (d.h. nur bei 17 % der Planbetten, für die die Personalausstattung gemäß Psych-PV ermittelbar war) beträgt der Erfüllungsgrad 95 % und mehr.
- In der KJPP sind es sogar nur noch zehn Kliniken mit insgesamt 247 Planbetten (d.h. nur 11 % der Planbetten, für die die Personalausstattung gemäß Psych-PV ermittelbar war), die einen Erfüllungsgrad von 95 % und mehr aufweisen.

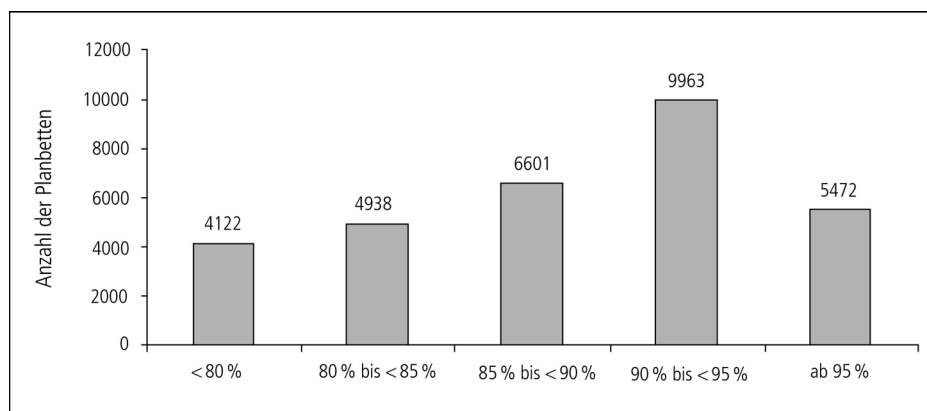


Abb. 1: Anzahl der *Planbetten* in der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads

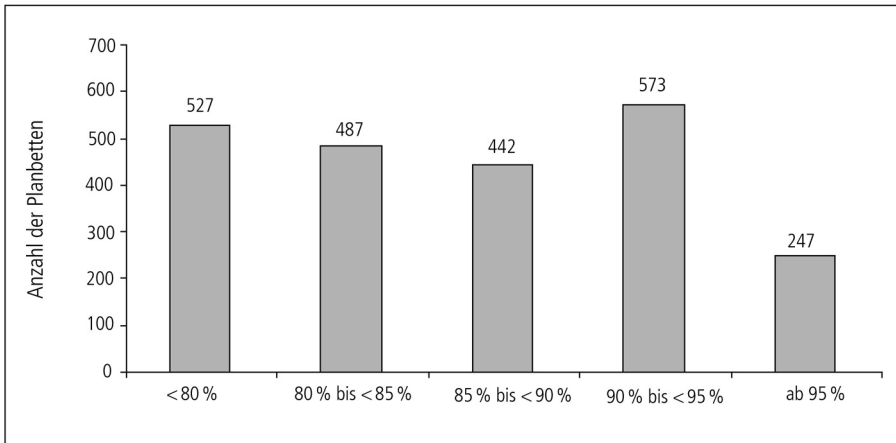


Abb. 2: Anzahl der *Planbetten* in der Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads

1.6 Diskussion

Das zentrale Ergebnis sind die großen Unterschiede zwischen den Kliniken bei einer zehnprozentigen (in der EPP) bzw. zwölfprozentigen (in der KJPP) durchschnittlichen Absenkung des Erfüllungsgrades der Psych-PV.

Die erhobenen Merkmale (Strukturmerkmale, Bundesländer, Typ der Einrichtung, Art des Trägers) ergeben keine Hinweise auf systematische Erklärungen.

Mögliche Ursachen für die großen Unterschiede zwischen den Kliniken gemäß Einschätzung der in der Arbeitsgruppe vertretenen Experten:

- Ausgangsposition des stationären Budgets bei Beginn der Deckelung war unzureichend.
- Einige Kliniken hatten bis 1995 die Psych-PV nicht voll umgesetzt und begannen den »Sinkflug« bei »Deckelung« von einer schlechten Ausgangsposition.
- Ungleiche Verteilung der Durchsetzungsfähigkeit aufseiten der Krankenhäuser und der Krankenkassen.
- Unterschiede in der Bereitschaft, die Schiedsstelle anzurufen, bzw. unterschiedliche Spruchpraxis.
- Neugründungen von Abteilungen (vorwiegend in den neuen Bundesländern) nach 1995, die mit 100 % Personalausstattung gemäß Psych-PV (Ausnahmetatbestand nach BpflV) beginnen konnten und deren »Sinkflug« bei »Deckelung« entsprechend weniger fortgeschritten ist.

- Geringere Durchsetzungsfähigkeit der Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie im Binnenverhältnis zu somatischen Fachgebieten im Allgemeinkrankenhaus (Quersubventionierung).
- Unterschiedlicher Anteil der minder qualifizierten therapeutischen/pflegerischen Kräfte und Absenkung der Personal-Durchschnittskosten.

*Mögliche Ursachen für die **allgemeine Absenkung** der Personalausstattung gemäß Modellrechnung und Einschätzung der in der Arbeitsgruppe vertretenen Experten:*

Für die Psych-PV-Kliniken gilt seit 1996 (Ende der Übergangsphase nach § 10 Psych-PV) auch für die Personalstellen gemäß Psych-PV die Deckelung nach der Bundespflegesatz-Verordnung mit einer Veränderungsrate entsprechend der Steigerung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen (§71 SGB V), die tariflich und gesetzlich bedingte Personalkostensteigerungen nicht kompensieren kann. (Der Basispflegesatzbereich war schon 1993 erfasst worden von der Deckelung in Krankenhäusern generell.)

Auch die BAT-Berichtigung nach § 6 Abs. 2 BPflV kann nur realisiert werden, soweit dies von den Kassen in den Verhandlungen vor Ort als erforderlich anerkannt wird, um den Versorgungsvertrag erfüllen zu können. Insgesamt resultiert daraus eine kumulativ ständig weiter auseinandergehende Schere zwischen Kosten einerseits und Erlösen andererseits. Eine Modellrechnung ergab für den Zeitraum 1996 bis 2004 eine kumulierte Steigerung der Personalkosten von 25 % bei einer in den Verhandlungen maximal erreichbaren kumulierten Veränderungsrate von 12 %.

Nachtrag vom 25.7.2007: Mithilfe der Daten der Kostenträger wurde im Anschluss an die Umfrage der Zusammenhang zwischen Basispflegesatz (BPS) und Psych-PV-Erfüllungsgrad untersucht. In der EPP konnte bei 153 Einrichtungen mit vorliegendem Psych-PV-Erfüllungsgrad der BPS nachträglich zugeordnet werden, in der KJPP bei 40 Einrichtungen. Die zum Zeitpunkt der Publikation noch vorläufigen Ergebnisse zeigen sowohl in der EPP als auch in der KJPP einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen BPS und Psych-PV-Erfüllungsgrad (EPP: $r=0,31$, $p<0,001$; KJPP: $r=0,36$, $p<0,025$), d. h. ein höherer BPS geht mit einem höheren Psych-PV-Erfüllungsgrad einher. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass eine (zu) geringe Ausstattung des BPS von den Einrichtungen auf Kosten des Psych-PV-Erfüllungsgrades ausgeglichen wird.

Hinzu kommen gestiegene rechtliche und fachliche Anforderungen ohne entsprechende Finanzierung, was die im Patientenkontakt verfügbare Zeit nach Psych-PV-SOLL weiter reduziert, d. h. es steht ein geringerer Teil des eingestellten Personals real für die Patientenversorgung zur Verfügung. So enthält die Psych-PV keine oder nicht mehr ausreichende Minutenwerte für

- Einzelfall-Prüfungen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch Kassen/MDK, justiziable Behandlungsdokumentation (Beweissicherung für Durch-

setzung der Ansprüche gegenüber der Krankenkasse und ggf. Abwehr von Schadenersatzforderungen)

- Dokumentationsanforderungen nach § 301 SGB V
- Erhöhten Dokumentationsaufwand durch gestiegene Fallzahlen (Aufnahme- und Entlassdokumentation, Entlass- und Verlegungsberichte)
- Weiterbildung: Fachärzte (neue Weiterbildungsordnung seit 1995 mit gestiegenen Anforderungen, u. a. Psychotherapie-Weiterbildung innerhalb der Dienstzeit), Fachkrankenpflege Psychiatrie
- Qualitätsmanagement
- Medizinischer Fortschritt: störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren, Psychoedukation, gestiegene diagnostische Standards auch für psychologische Diagnostik, Arzneimittel, inkl. Standards von Medikamentenspiegel-Kontrollen und organischer Diagnostik, z. B. MRTs statt einfacher Röntgen-Schädel-Aufnahmen, höherer Anteil von Patienten mit somatischer Komorbidität und komplexem Behandlungsbedarf v. a. in Sucht, Gerontopsychiatrie – sowie vermehrter Zeitaufwand für Befundung
- Erhöhte rechtliche Anforderungen bei der Prüfung, ob Freiwilligkeit akzeptiert werden kann oder die gerichtliche Verfügung der Behandlung notwendig ist; Umsetzung der Anforderungen aus dem FGG in die Unterbringungsgesetze der Länder mit stark gestiegenem Aufwand an Aufklärung, Einbeziehung von Verfahrenspflegern und Vertrauenspersonen, Dokumentation, Anhörungen
- EDV, PC-Schulungen
- Einführung neuer Bereitschaftsdienst-Modelle nach EU-GH Urteil und Arbeitszeitgesetz
- Gleichstellungsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Datenschutzbeauftragte, Personalvertretung, Fachanleitung für Praktikanten aller Berufsgruppen u. a. durch Umsetzung des obligaten Psychiatriepraktikums nach PsychTh-APrV für Psychologische Psychotherapeuten und KJPsychTh-APrV für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für Krankheits- und Gesundheitspflegeberufe
- Dokumentations- und Kontrollanforderungen nach dem Medizinprodukte-Gesetz
- Sachkosten-Steigerungen, z. B. Energiekosten, PC-Lizenzen

Negative Folgen für die Patienten, die in der Literatur bereits beschrieben sind:

Die Folgen der bisherigen Unterfinanzierung der Psych-PV sind wissenschaftlich untersucht worden: Welche Psych-PV-Leistungen erhalten die Patienten unzureichend oder nicht mehr, d. h. der Psych-PV-Anspruch wird nicht eingelöst?

PUTZHAMMER et al. (2006) verglichen auf 16 allgemeinpsychiatrischen Stationen in vier bayerischen Versorgungskliniken den tatsächlichen Arbeitsalltag von

Ärzten im Stationsdienst mit den von der Psych-PV vorgegebenen Zeitwerten (Psych-PV-Soll). Der tatsächliche Arbeitsalltag wurde mittels Fremdbeobachtung von geschulten Ratern anhand einer vorgegebenen Kategorienliste in Zeitintervallen von zwei Minuten über eine komplette Arbeitswoche von Montag bis Freitag dokumentiert. Die Kategorienliste basierte auf den in der Psych-PV formulierten Regelaufgaben für »Ärzte im Stationsdienst«. Es zeigte sich, dass der zeitliche Aufwand für administrative Aufgaben und Dokumentation mit 24,5 % der Gesamtarbeitszeit fast doppelt so hoch lag wie die in der Psych-PV vorgesehenen Zeitwerte (13,1 %). Dieser Mehraufwand wird größtenteils durch eine Reduktion von unmittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten kompensiert. Dabei beschränken sich die Ärzte zunehmend auf die Notfall- und Grundversorgung ihrer Patienten, während individuelle Therapieelemente und Angehörigenarbeit in deutlich geringerem Umfang angeboten werden als von der Psych-PV vorgesehen. Insgesamt lag der Anteil der im direkten Patientenkontakt verbrachten Arbeitszeit real bei 27,3 % gegenüber 47,6 % gemäß Psych-PV. Diese Absenkung ist deshalb sehr kritisch, weil der direkte Patientenkontakt der wesentliche Wirk- und Qualitätsfaktor in der Psychiatrie ist (vgl. z. B. SPIEßL et al. 1999).

Ein anderer wesentlicher Wirk- und Qualitätsfaktor für den Behandlungserfolg sind Familientherapie und Psychoedukation auch der Angehörigen. Auch für diese Tätigkeit hat die Psych-PV Zeitwerte von durchschnittlich 11,9 Minuten pro Patient und Woche vorgesehen. SCHMID et al. (2006) konnten bei 390 allgemeinpsychiatrischen Patienten einer bayerischen Klinik zeigen, dass die real für die Angehörigenarbeit verwandte Zeit bei durchschnittlich 6,5 Minuten und damit bei 55 % der von der Psych-PV vorgesehenen Zeit lag. Die Autoren schließen, dass hiermit eine adäquate Angehörigenarbeit häufig nicht mehr möglich sei, obwohl diese empirisch gesichert zur Rückfallprophylaxe beiträgt.

Der gesamte während einer stationären Behandlung erfolgende Arzt-Patient-Kontakt wird vor allem durch die in den vergangenen Jahren stattgefundenen deutliche Verweildauerverkürzung deutlich reduziert. SPIEßL et al. (2006) konnten zeigen, dass durch die Verweildauerverkürzung keine Kosten gesenkt werden, da die kürzere Fallverweildauer zumindest bei Suchterkrankungen und Schizophrenien mit einer Zunahme von Wiederaufnahmen einhergeht, was insgesamt eine steigende bzw. gleichbleibende Jahresgesamtbehandlungsdauer zur Folge hat.

Negative Folgen für die Patienten und Stationen nach übereinstimmender Einschätzung der Experten der Arbeitsgruppe:

Die Auswirkungen durch den entstandenen Personalmangel betreffen in allen psychiatrischen Kliniken die Kernbereiche der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung:

- verminderte Zuwendung des Pflegepersonals zu den einzelnen Patienten, weniger Möglichkeiten einzelfallorientierter Betreuung

- Dezimierung der gruppentherapeutischen und ergotherapeutischen Angebote
- Reduktion von Arzt-Patient-Gesprächen

Die Stationsmilieus sind dadurch atmosphärisch durch vermehrte Gereiztheit, Ungeduld und Spannung gekennzeichnet, dies kann im Einzelfall zu entsprechend höherem Arzneimittelverbrauch führen oder zu unsachgemäßer frühzeitiger Entlassung wegen Unzufriedenheit der Patienten (mit entsprechend erhöhter Rückfallgefahr). Das therapeutische Personal leidet aufgrund der gestiegenen Belastung zunehmend unter Burnout.

Zusammengefasst deuten die verfügbaren, über die Umfrageergebnisse hinausgehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse darauf hin, dass eine kritische Untergrenze der Psych-PV-Auslastung existiert, ab der die Behandlungskosten durch Drehtüreffekte wieder steigen, Störungen chronifizieren und gesundheitsökonomisch höhere Folgekosten entstehen.

Teil II: Methode und ausführliche Ergebnisse

2 Methode

2.1 Fragebogenentwicklung

Im Auftrag des BMG begann im Frühjahr 2005 eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Herrn Professor Kunze mit der Entwicklung des Fragebogens zur Psych-PV im Budgetjahr 2004. Die zentrale Zielsetzung der Erhebung galt der empirischen Ermittlung des Psych-PV-Erfüllungsgrades, d.h. der Frage, inwiefern der Vollkräfte-Planbedarf nach Psych-PV im Budgetjahr 2004 von den Einrichtungen tatsächlich realisiert werden konnte (Anzahl VK-IST im Jahr 2004).

Es sollte geprüft werden, ob ein Zusammenhang erkennbar ist zwischen dem Psych-PV-Erfüllungsgrad und anderen Variablen wie: Bundesland, Klinik (Planbetten, Planplätze, Stationen, Fälle und Patienten in 2004), Träger (öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig, privat) und Typ (Fachkrankenhaus, Abteilung, Universitätsklinik, Tagesklinik).

Ergänzende Fragen sollten zum Betrieb von Psychiatrischen Institutsambulanzen und Krankenpflegeschulen sowie auf Wunsch des BMG zur Geschlechtsverteilung des Psychiatriepersonals gestellt werden.

Aufgrund der Unterschiede zwischen der Psychiatrie für das Erwachsenenalter und der Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, die auch in der Psych-PV so abgebildet werden, war es notwendig, diese beiden Bereiche einer eigenständigen Betrachtung zu unterziehen. Es wurden deshalb zwei zwar weitgehend analoge, aber doch getrennte Fragebögen für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (EPP) und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) entwickelt.

Ein Prototyp des Fragebogens wurde Mitte 2005 an je zehn Einrichtungen der EPP und KJPP versandt und von diesen hinsichtlich Verständlichkeit und Praktikabilität getestet. Anhand der so gewonnenen Rückmeldungen wurden die Fragebögen nochmals überarbeitet und die endgültige Version erstellt, die dann im September 2005 von der APK an alle voll- und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland versandt wurden. Die Fragebögen sind dem Anhang (4 und 5) zu entnehmen.

2.2 Gewährleistung des Datenschutzes

Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung und einen möglichst hohen Rücklauf der Umfrage war die Gewährleistung der Anonymität für die teilnehmenden Einrichtungen. Gleichzeitig sollten die Einrichtungen auf dem Fragebogen einen Ansprechpartner für allfällige Rückfragen aufgrund unvollständiger, unleserlicher oder unplausibler Daten vermerken. Um beiden Anforderungen gerecht zu werden, verblieben die ersten beiden identifizierbaren Seiten der zurückgesandten Fragebögen in der Geschäftsstelle der APK. Die anderen (anonymen) Seiten des Fragebogens wurden mit einer Codenummer versehen und zur Datenanalyse und Auswertung an einen wissenschaftlichen Mitarbeiter (RPG) der Abteilung Psychiatrische Versorgungsforschung des ZfP Weissenau/Ravensburg weitergeleitet. Anhand der Codenummer konnten danach Rückfragen über die APK an die teilnehmenden Einrichtungen gestellt werden. Eine Beschreibung des genauen Prozedere zur Gewährleistung des Datenschutzes ist Anhang 6 zu entnehmen.

2.3 Förderung des Rücklaufes

Um einen repräsentativen und aussagekräftigen Datensatz zu erhalten, wurde eine möglichst hohe Beteiligung der angeschriebenen Einrichtungen angestrebt. Zur Akzeptanz der Umfrage und zur Förderung des Rücklaufs wurden die verschiedenen Bundesarbeitsgemeinschaften der Klinikleitungen und Einrichtungsträger sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft frühzeitig einbezogen und bereits bei der Entwicklung des Fragebogens konsultiert. Auch die oben beschriebenen Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Anonymität der teilnehmenden Einrichtungen resultierten aus dieser Zusammenarbeit.

Nach dem Versand der Fragebögen im September 2005 folgten zwei Erinnerungsschreiben mit der nochmaligen Bitte um Teilnahme an der Umfrage im November und Dezember 2005 (s. Anhänge 7 und 8). Diese beiden Erinnerungsschreiben wurden zusätzlich von den Leitern der verschiedenen Bundesarbeitsgemeinschaften der Klinikleitungen und Einrichtungsträger in ihren jeweiligen Gremien unterstützt.

In den Erinnerungsschreiben wurde als Deadline für die Rücksendung der Fragebögen der 28. Februar 2006 gesetzt. Tatsächlich wurden jedoch auch einzelne später eingehende Fragebögen noch bis einschließlich Juni 2006 akzeptiert und in der vorliegenden Auswertung berücksichtigt.

2.4 Ermittlung der Grundgesamtheit der Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden

Zum Zeitpunkt der Umfrage existierte kein eigenständiges Verzeichnis derjenigen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, die die Psych-PV anzuwenden haben. Zwecks Vollständigkeit wurde deshalb das für die Psych-PV-Umfrage benutzte Adressverzeichnis aus verschiedenen Datenbanken zusammengestellt. Genutzt wurden die Adressverzeichnisse der APK, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG), der Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK), des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP).

Da sich in diesen Adressverzeichnissen auch Einrichtungen befinden, die die Psych-PV nicht anwenden, musste in einem ersten Schritt die Grundgesamtheit der die Psych-PV anwendenden Einrichtungen empirisch ermittelt werden. Hierzu wurde wie folgt verfahren:

- Die angeschriebenen Einrichtungen wurden zu Beginn des Fragebogens aufgefordert anzukreuzen, ob sie die Psych-PV anwenden oder nicht. Die Einrichtungen wurden gebeten, den (ggf. nicht weiter ausgefüllten) Fragebogen auch dann zurückzusenden, wenn sie die Psych-PV nicht anwenden. Die antwortenden Einrichtungen konnten dadurch von der APK eindeutig zugeordnet werden.
- Schwieriger war die Zuordnung der Einrichtungen, die auch nach dem zweiten Erinnerungsschreiben keinerlei Rückmeldung an die APK gegeben hatten. Die APK legte für diese nicht antwortenden Einrichtungen eine eigene Datei mit Codenummer, Name und Adresse der Einrichtung an.
- Diese Datei wurde von der APK an die Experten der verschiedenen Bundesarbeitsgemeinschaften der Klinikleitungen weitergeleitet. Die Experten eruierten, ob es sich bei diesen Einrichtungen um Psych-PV-Anwender handelt und ermittelten darüber hinaus Planbetten, Planplätze, Träger und Typ dieser Einrichtungen. Wenn die Experten die genannten Einrichtungen nicht oder nicht gut kannten, dann setzten sie sich entweder direkt mit diesen Einrichtungen in Verbindung oder komplettierten die gesuchten Daten über die im Internet veröffentlichten Qualitätsberichte der Kliniken (www.kliniken.de).
- Danach konnte die Grundgesamtheit der Psych-PV anwendenden Einrichtungen aus den zurückgesandten Fragebögen und dem Expertenurteil über die Einrichtungen, die den Fragebogen nicht zurückgesandt hatten, von der APK bestimmt und an die auswertende Stelle weitergeleitet werden.

2.5 Berechnung des Psych-PV-Erfüllungsgrades

Die Berechnung des Psych-PV-Erfüllungsgrades erfolgte anhand der in Tabelle 22 des Fragebogens gemachten Angaben. Man beachte, dass in Spalte 2 Einträge für ärztliche und pflegerische Bereitschaftsdienste bereits im Fragebogen gesperrt (XXXXX) waren, da diese außerhalb der Psych-PV gesondert mit den Kostenträgern verhandelt werden.

22. **Personalstellen nach Psych-PV (Vollkräfte/VK):**
alle voll- und teilstationären Personalstellen incl. z.B. Leitung und Funktionsstellen,
jedoch ohne die Aufgaben (und entsprechende Stellen oder Stellenanteile), die nicht unter die Psych-PV fallen wie Institutsambulanz, Konsiliardienst, Neurologie, Forschung und Lehre, Maßregelvollzug, Heimbereich, Nichtbehandlungsfälle:

EPP	Psych-PV Budgetvereinbarung VK 2004			tatsächlich finanzierte VK 2004	
Spalte 1	2	3	4	5	6
Berufsgruppe	Planbedarf nach Psych- PV 100%	Anzahl VK vereinbart (vgl. L2 Sp. 4, ggf. davon nur Psych-PV- Teilmenge)	durchschn. Personal- kosten vereinbart ¹ (nach K3)	Anzahl VK IST	durch- schnittliche IST-Kosten pro VK
Ärzte (nur Regeldienst!)	:	:		:	
Ärzte Leitung	,	,		,	
ärztlicher Bereitschaftsdienst ²	XXXXX	:		:	
Pflege (nur Regeldienst!)	,	,		,	
Pflege Leitung	:	:		:	
pflegerischer Bereitschaftsdienst/ Nachtwachen ²	XXXXX	,		,	
Diplom- Psychologen ³	:	:		:	
Sozialarbeiter ³	,	,		,	
Ergotherapeuten ³	:	:		:	
Bewegungs- therapeuten ³	,	,		,	

¹ durchschnittliche Euro-Werte je VK aus L2 Spalte 5 der LKA des Folgejahres 2005

(Psychiatrie) oder die Vereinbarung 2004: Kosten K7 Spalte 4 durch L2 (Anteil Psychiatrie)

² die ausbezahlten IST-Bereitschaftsdienstvergütungen bitte in VK umrechnen und in Spalte 5 eintragen

³ in Spalte »Anzahl VK vereinbart« muss ggf. der zusammengefasste Wert aus
 »Funktionsdienst L2« für die 4 Berufsgruppen übernommen werden

Als zentrale Outcome-Variable der vorliegenden Psych-PV-Umfrage wurde für jede Einrichtung der Quotient aus der Summe der IST-Vollkräfte ohne ärztliche und pflegerische Bereitschaftsdienste (Spalte 5) und der Summe des Vollkräfte-Planbedarfs nach Psych-PV (Spalte 2) gebildet. Diese Division (Spalte 5/Spalte 2)

wurde darüber hinaus für jede einzelne Berufsgruppe berechnet. Die Angaben in Spalte 3 wurden zu Kontrollzwecken verwendet. Erstens konnte mit diesen Angaben geprüft werden, ob die vereinbarte Anzahl der Vollkräfte mit dem Planbedarf nach Psych-PV (Spalte 2) übereinstimmt. Zweitens konnte der Quotient der Summe der IST-Vollkräfte mit den ärztlichen und pflegerischen Bereitschaftsdiensten (Spalte 5) und der Summe der vereinbarten Vollkräfte (Spalte 3) gebildet werden. Dieser Quotient gibt den Psych-PV-Erfüllungsgrad allerdings weniger genau wieder, da hier auch die außerhalb der Psych-PV zu verhandelnden Bereitschaftsdienste und Nachtwachen einfließen.

Als zentrales Ergebnis der Umfrage wurden folgende Werte berechnet:

- Das arithmetische Mittel über die Psych-PV-Erfüllungsgrade der einzelnen Einrichtungen
- Das nach der Größe der Einrichtung gewichtete arithmetische Mittel über die Psych-PV-Erfüllungsgrade der einzelnen Einrichtungen
- Der (gegen Ausreißer robustere) Median der Psych-PV-Erfüllungsgrade, d. h. der Wert, der bei den nach Größe sortierten Psych-PV-Erfüllungsgraden der einzelnen Einrichtungen genau in der Mitte liegt

2.6 Dateneingabe, Plausibilitätsprüfungen und Datenbereinigung

Bereits vor Dateneingabe wurde jeder Fragebogen einer Sichtkontrolle unterzogen und auf Vollständigkeit geprüft. Unvollständige, unklare oder unleserliche Fragebögen wurden über das Sekretariat der APK mit der Bitte um Ergänzung oder Korrektur an die einsendende Einrichtung zurückgesandt.

Nach Dateneingabe erfolgten umfangreiche statistische Ausreißeranalysen der Rohdaten und inhaltliche Plausibilitätsprüfungen. Die vorläufigen Daten wurden zusätzlich den Mitgliedern der AG Psych-PV-Umfrage präsentiert und gemeinsam hinsichtlich ihrer Plausibilität diskutiert. Unplausible Daten wurden wiederum über das Sekretariat der APK mit der Bitte um Erklärung oder Korrektur an die einsendende Einrichtung zurückgesandt.

Zur Plausibilitätsprüfung der aggregierten Daten wurden diese mit anderen verfügbaren Statistiken des Statistischen Bundesamtes, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser und der »Patientenstrukturdaten aus Winnenden« verglichen (siehe Frage 20).

Alle Psych-PV-Erfüllungsgrade größer 1,0 oder kleiner 0,7 wurden a priori als zunächst unplausibel eingestuft und einzeln überprüft.

Ein wiederholt auftretendes Problem war, dass einige Einrichtungen ihre Bereitschaftsdienste in Spalte 5 nicht eigens aufgeführt hatten, sondern nur jeweils einen Gesamtwert für das VK-IST der Ärzte und das VK-IST der Pflege eingetragen hatten. Dies hatte zur Folge, dass bei der Berechnung des Quotienten im

Zähler (Spalte 5) Bereitschaftsdienste enthalten waren, im Nenner (Spalte 2) jedoch nicht. Daraus resultierte in diesen Fällen ein falsch zu hoher Psych-PV-Erfüllungsgrad.

Dieser Fehler konnte per Hand behoben werden, wenn in Spalte 3 Bereitschaftsdienste ausgewiesen waren. In diesen Fällen wurden VK-Anteile in Höhe des in Spalte 3 angegebenen Bereitschaftsdienstes vom Gesamtwert in Spalte 5 subtrahiert und stattdessen in die Zeile Bereitschaftsdienst in Spalte 5 übertragen.

Konnte dagegen keine plausible Erklärung für PV-Erfüllungsgrade größer 1,0 bzw. kleiner 0,7 gefunden werden, so wurden auch diese Fragebögen über das Sekretariat der APK mit der Bitte um Erklärung oder Korrektur an die einsendende Einrichtung zurückgesandt, ggf. in Verbindung mit telefonischer Nachfrage durch den Projektleiter (H.K.).

2.7 Verbleibende mögliche Fehlerquellen/Datenqualität

Trotz aller geleisteter Sorgfalt, Rückfragen und Korrekturen können vereinzelte Fehler im Datenmaterial nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Einige Extremwerte, die auch nach Prüfung und Rückfrage nicht korrigiert wurden, gingen unverändert in die Auswertung ein, d. h. es erfolgte kein Ausschluss von Extremwerten. Bei den Ergebnissen wurde deshalb auf die Darstellung von (möglicherweise fehlerhaften) Maxima und Minima verzichtet. Stattdessen werden in erster Linie (die weniger ausreißersensitiven) Quartile und Mediane präsentiert.

Fehlertendenzen beim Psych-PV-Erfüllungsgrad wiesen fast allesamt in die Richtung »falsch zu hoch«. So konnte in Tabelle 22 in Spalte 5 wie oben exemplarisch beschrieben der Bereitschaftsdienst nicht immer sicher ausgegliedert werden. Die Nachfragen ergaben, dass in manchen Einrichtungen auch Vollkräfte für Psychiatrische Institutsambulanz, Konsile sowie Forschung und Lehre in Spalte 5 beinhaltet waren. Wenn dies nicht nachträglich differenziert werden konnte, ging der Psych-PV-Erfüllungsgrad dieser Klinik nicht in die weitere Auswertung ein. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass bei einigen »unauffälligen« und deshalb nicht überprüften Werten (im Bereich Psych-PV-Erfüllung zwischen 0,7 und 1,0) ebenfalls fälschlicherweise ein zu hoher VK-Anteil in Spalte 5 angesetzt wurde, woraus ein falsch zu hoher Psych-PV-Erfüllungsgrad für diese Einrichtung resultieren würde.

Der tatsächliche Psych-PV-Erfüllungsgrad dürfte daher eher noch unter dem hier empirisch ermittelten Wert liegen.

3 Ausführliche Ergebnisse

In den Ergebnissen wird die Umfrage 2005 zur Psych-PV im Budgetjahr 2004 zusammenfassend dargestellt. Da nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt waren, variiert bei den einzelnen Fragen die Anzahl (N) der Einrichtungen, die berücksichtigt werden konnten.

Die Ergebnisse werden getrennt zuerst für die Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie (EPP) im Abschnitt 3.1. und anschließend für die Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie (KJPP) im Abschnitt 3.2. präsentiert.

3.1 Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie (EPP)

3.1.1 Grundgesamtheit und Rücklauf in der EPP

Da zum Zeitpunkt der Umfrage kein eindeutiges Verzeichnis der Psych-PV anwendenden Einrichtungen existierte, musste die Grundgesamtheit empirisch ermittelt werden. Das genaue Vorgehen wurde in der Methode unter 1.4. beschrieben. Als Grundgesamtheit konnten N=368 Einrichtungen der EPP mit insgesamt 47122 Planbetten und 8150 tagesklinischen Planplätzen bestimmt werden, die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten.

3.1.1.1 Rücklauf nach Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen in der EPP

Von den 368 Einrichtungen der EPP, die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten, beteiligten sich N=255 (69,3 %) an der Umfrage. Der Psych-PV-Erfüllungsgrad nach Tabelle 22 war bei N=196 (53,3 %) dieser Einrichtungen ermittelbar. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Grundgesamtheit und den Rücklauf differenziert nach Bundesland:

Bundesland	Grundgesamtheit der Psych-PV-Anwender N=368	Rücklauf der teilnehmenden Einrichtungen N=255 (69,3 %)
Baden-Württemberg	39	25 (64,1 %)
Bayern	32	24 (75,0 %)
Berlin	19	16 (84,2 %)
Brandenburg	16	11 (68,8 %)
Bremen	2	2 (100 %)
Hamburg	7	5 (71,4 %)
Hessen	31	20 (64,5 %)
Mecklenburg-Vorpommern	10	7 (70,0 %)
Niedersachsen	27	18 (66,7 %)
Nordrhein-Westfalen	82	57 (69,5 %)
Rheinland-Pfalz	17	13 (76,5 %)
Saarland	7	4 (57,1 %)
Sachsen	23	15 (65,2 %)
Sachsen-Anhalt	17	11 (64,7 %)
Schleswig-Holstein	26	17 (65,4 %)
Thüringen	13	8 (61,5 %)

Der Rücklauf aus den alten und neuen Bundesländern verteilte sich wie folgt auf die verschiedenen Einrichtungstypen:

Typ der Einrichtung	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
	N = 202	N = 53
Psychiatrisches Fachkrankenhaus	96	20
Psychiatrische Abteilung	76	28
Psychiatrische Universitätsklinik	15	2
Eigenständige psychiatrische Tageskliniken	14	2

3.1.1.2 Rücklauf nach Planbetten der teilnehmenden Einrichtungen in der EPP

Die teilnehmenden Einrichtungen halten insgesamt 36 434 (77,3 %) der 47 122 Planbetten der EPP vor. Die Einrichtungen, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad nach Tabelle 22 ermittelbar war, verfügen über insgesamt 31 303 Planbetten (66,4 % aller Planbetten der EPP).

Exkurs: Vom Statistischen Bundesamt wurde die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahr 2004 mit 57 433 deutlich höher veranschlagt. Die Zahl der aufgestellten Betten wird für das Statistische Bundesamt nach der Krankenhausstatistikverordnung erhoben. In die Zahl der aufgestellten Betten fließen ein:

1. die Betten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die bei der Bewilligung der Fördermittel nach § 8 Abs. 1 KHG zugrunde gelegt werden,
2. die Betten nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG),
3. die Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V sowie
4. die sonstigen Betten.

Des Weiteren sind in dieser Zahl teilweise auch Planbetten der Neurologie und Psychosomatik enthalten, die nicht in den Anwendungsbereich der Psych-PV fallen.

Nach übereinstimmender Meinung der AG »Psych-PV-Umfrage« ist deshalb die empirisch ermittelte Anzahl der Planbetten zur Bestimmung der Rücklaufquote besser geeignet.

Differenziert nach dem Typ der Einrichtung verteilen sich die Planbetten wie folgt:

Typ der Einrichtung	Grundgesamtheit BRD	Rücklauf Psych-PV-Umfrage
	N = 47 122	N = 36 434 (77,3 %)
Psychiatrisches Fachkrankenhaus	28 557	23 778 (83,3 %)
Psychiatrische Abteilung	14 250	9912 (70,0 %)
Psychiatrische Universitätsklinik	4315	2744 (63,6 %)

Differenziert nach dem Träger der Einrichtung verteilen sich die Planbetten wie folgt:

Träger der Einrichtung	Grundgesamtheit BRD	Rücklauf Psych-PV-Umfrage
	N = 47 122	N = 36 434 (77,3 %)
Öffentlich-rechtlich	31 664	26 327 (83,1 %)
Frei-gemeinnützig	10 939	8 029 (73,4 %)
in privater Trägerschaft	4 519	2 078 (46,0 %)

3.1.1.3 Rücklauf nach Einwohnern in den Einzugsgebieten in der EPP

Vom Statistischen Bundesamt wurde für das Jahr 2004 eine Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland von 82 501 000 Menschen angegeben.

Die an der Umfrage teilnehmenden Einrichtungen der EPP versorgen nach eigenen Angaben insgesamt 69 417 296 Einwohner, d. h. (84,1 %) der Gesamtbevölkerung.

3.1.1.4 Zusammenfassende Bewertung der Datenbasis in der EPP

Fast 70 % der Psych-PV anwendenden Einrichtungen der EPP beteiligten sich an der Umfrage. Diese Einrichtungen decken 77 % der Planbetten ab und haben die Pflichtversorgung für 84 % der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung. Auswertbare Angaben zum Psych-PV-Erfüllungsgrad nach Tabelle 22 lieferten über die Hälfte aller Einrichtungen. In diesen Einrichtungen befinden sich insgesamt 31 303 Planbetten (66,4 % aller Planbetten der EPP). Den Ergebnissen liegt somit eine breite Datenbasis zugrunde, deren Repräsentativität im folgenden Abschnitt geprüft wird.

3.1.2 Repräsentativität des Rücklaufs in der EPP

In der folgenden Tabelle werden die Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer vergleichend nebeneinander gestellt:

Teilnehmer an der Psych-PV-Umfrage	Nicht-Teilnehmer
N = 255 (69,3 %)	N = 113 (30,7 %)
Ø 145,2 Betten	Ø 94,6 Betten
Ø 24,8 Tagesklinische Plätze	Ø 17,3 Tagesklinische Plätze
76 % der 154 Fachkrankenhäuser	24 % der 154 Fachkrankenhäuser
69 % der 152 Abteilungen an Allg.-KH	31 % der 152 Abteilungen an Allg.-KH
50 % der 34 Universitätskliniken	50 % der 34 Universitätskliniken
57 % der 28 eigenständigen Tageskliniken	43 % der 28 eigenständigen Tageskliniken
75 % der 198 öffentlich-rechtlichen	25 % der 198 öffentlich-rechtlichen
70 % der 122 frei-gemeinnützigen	30 % der 122 frei-gemeinnützigen
44 % der 48 in privater Trägerschaft	56 % der 48 in privater Trägerschaft
79 % der 288 aus den alten Bundesländern	21 % der 288 aus den alten Bundesländern
77 % der 78 aus den neuen Bundesländern	23 % der 78 aus den neuen Bundesländern

Die überwiegende Mehrheit der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern beteiligte sich an der Umfrage. Etwas geringer, aber immer noch bei 50 %, war die Beteiligung der psychiatrischen Universitätskliniken.

Mehr als die Hälfte der zugelassenen Einrichtungen in privater Trägerschaft hatte sich nicht an der Umfrage beteiligt.

Zwischen der Beteiligung aus den alten und neuen Bundesländern gab es keine nennenswerten Unterschiede.

Bei den 255 teilnehmenden Einrichtungen wurde zusätzlich geprüft, ob sich die Teilnehmer, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 ermittelbar war, von den Teilnehmern unterschieden, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 nicht ermittelt werden konnte:

Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 ermittelbar	Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 nicht ermittelbar
N = 196 (76,9 %)	N = 59 (23,1 %)
Ø 162,0 Betten	Ø 92,0 Betten
Ø 25,6 Tagesklinische Plätze	Ø 22,1 Tagesklinische Plätze
86 % der 117 Fachkrankenhäuser	14 % der 117 Fachkrankenhäuser
71 % der 105 Abteilungen an Allg.-KH	29 % der 105 Abteilungen an Allg.-KH
59 % der 17 Universitätskliniken	41 % der 17 Universitätskliniken
63 % der 16 Tageskliniken	37 % der 16 Tageskliniken
80 % der 148 öffentlich-rechtlichen	20 % der 148 öffentlich-rechtlichen
67 % der 86 frei-gemeinnützigen	33 % der 86 frei-gemeinnützigen
90 % der 21 in privater Trägerschaft	10 % der 21 in privater Trägerschaft
76 % der 201 aus den alten Bundesländern	24 % der 201 aus den alten Bundesländern
79 % der 52 aus den neuen Bundesländern	21 % der 52 aus den neuen Bundesländern

Zusammenfassende Bewertung der Repräsentativität des Rücklaufs für die Grundgesamtheit der Psych-PV anwendenden Einrichtungen in der EPP

Die vorliegende Psych-PV-Umfrage kann aufgrund der Rücklaufquote eine hohe Repräsentativität insbesondere für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern beanspruchen.

Vorsichtiger sollten die Daten der Universitätskliniken, Tageskliniken und der Einrichtungen in privater Trägerschaft interpretiert werden. Die Grundgesamtheit ist kleiner und der Rücklauf deutlich geringer.

3.1.3 Psych-PV-Erfüllungsgrad in der EPP

Als zentrales Ergebnis wurde der durchschnittliche Psych-PV-Erfüllungsgrad wie in Abschnitt 1.5 beschrieben berechnet. In der folgenden Tabelle wird der Psych-PV-Erfüllungsgrad sowohl über alle Berufsgruppen als auch differenziert nach

Ärzten, Pflege und Medizinisch-Technischem Dienst (MTD) für das Budgetjahr 2004 in der EPP aufgelistet:

	Psych-PV- Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen	Psych-PV- Erfüllungsgrad Ärzte	Psych-PV- Erfüllungsgrad Pflege	Psych-PV- Erfüllungsgrad MTD
N Gültige	196	196	195	195
Mittelwert	90,1 %	93,7 %	88,9 %	91,7 %
Gewogenes Mittel (Größe Institution)	88,9 %	90,5 %	88,4 %	88,3 %
Median	90,6 %	91,6 %	89,8 %	91,8 %
unteres Quartil	85,1 %	84,0 %	84,9 %	81,9 %
oberes Quartil	96,5 %	100,0 %	95,8 %	101,3 %

¼ der Einrichtungen gibt einen Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 85,1 % an (unteres Quartil)

½ der Einrichtungen gibt einen Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 90,6 % an (Median)

¼ der Einrichtungen gibt einen Psych-PV-Erfüllungsgrad über 96,5 % an (oberes Quartil)

CAVE: Der Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen (Spalte 2) ist kleiner als der Mittelwert über die drei Berufsgruppenmittelwerte ($[Spalte\ 3 + Spalte\ 4 + Spalte\ 5]/3$), da im Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen die unterschiedliche Größe der Berufsgruppen berücksichtigt wird und dadurch die größere Gruppe der Pflege mit einem höheren Gewicht in den Gesamtmittelwert eingeht als die kleineren Gruppen der Ärzte und des MTD. Der Mittelwert über die drei Berufsgruppenmittelwerte würde nur dann dem Gesamtmittelwert entsprechen, wenn die drei Berufsgruppen gleich groß wären.

Im Durchschnitt lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad im Budgetjahr 2004 über alle Berufsgruppen bei 90,1 %, der Median bei 90,6 %. Gewichtet man den Psych-PV-Erfüllungsgrad mit der Einrichtungsgröße (Betten + ½ tagesklinische Plätze), so sinkt der durchschnittliche Erfüllungsgrad auf 88,9 %, d. h. tendenziell weisen größere Einrichtungen einen niedrigeren Psych-PV-Erfüllungsgrad auf.

Der Psych-PV-Erfüllungsgrad liegt dabei in der Berufsgruppe der Ärzte im Durchschnitt etwa 5 %, gemäß Median und gewogenem Mittel etwa 2 % über dem Psych-PV-Erfüllungsgrad in der Pflege. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass in Einzelfällen hierin auch Ärzte-VK für Institutsambulanz, Bereitschaftsdienst und andere nicht Psych-PV-Tätigkeiten enthalten sind.

Die beiden folgenden Abbildungen (Abb. 1 und 2) kategorisieren den Psych-PV-Erfüllungsgrad in 5-Prozent-Schritten und veranschaulichen, wie viele Planbetten und wie viele Einrichtungen der EPP in den jeweiligen Kategorien liegen:

In 56 (29 %) der (nach Tabelle 22 auswertbaren) Einrichtungen der EPP beträgt der Psych-PV-Erfüllungsgrad 95 % und mehr. Diese Einrichtungen verfügen über insgesamt 5472 Planbetten (17 % der Planbetten).

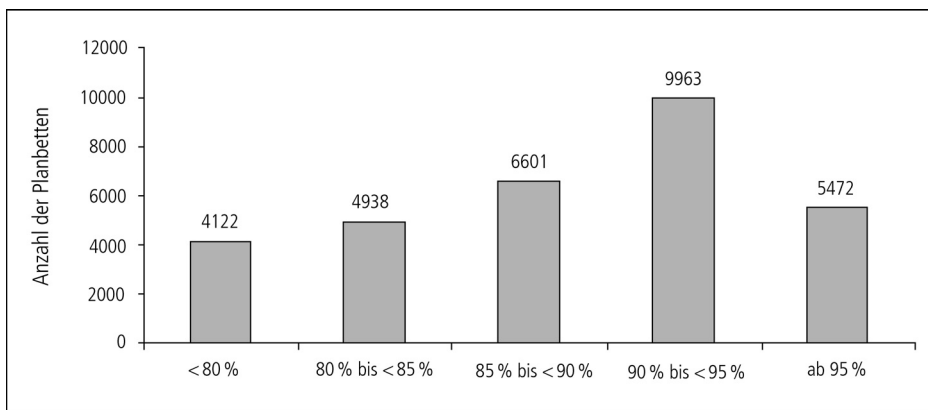


Abb. 1: Anzahl der *Planbetten* in der EPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads

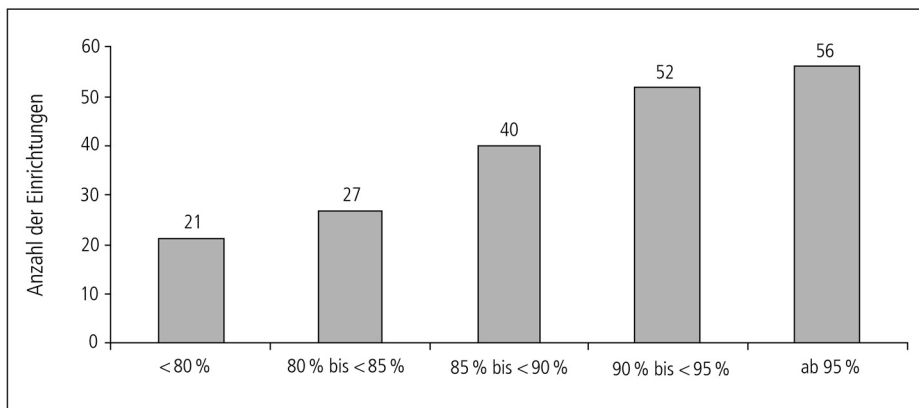


Abb. 2: Anzahl der *Einrichtungen* in der EPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads

In 21 (12 %) der (nach Tabelle 22 auswertbaren) Einrichtungen der EPP liegt der Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 80 %. In diesen Einrichtungen werden 4122 Planbetten (13 % der Planbetten) vorgehalten.

3.1.3.1 Psych-PV-Erfüllungsgrad differenziert nach Strukturvariablen in der EPP

Die folgende Tabelle listet den Psych-PV-Erfüllungsgrad differenziert nach Bundesland, Größe (Betten + tagesklinische Plätze/2), Typ, Träger der Einrichtung und Versorgungsverpflichtung auf:

	N	Psych-PV-Erfüllungsgrad Mittelwert	Psych-PV-Erfüllungsgrad Median
Alte Bundesländer	153	89,4 %	90,0 %
Neue Bundesländer	41	92,6 %	93,5 %
kleiner 100	76	91,4 %	92,4 %
100 bis 199	56	91,3 %	91,6 %
ab 200	60	87,3 %	89,7 %
Fachkrankenhaus	101	89,2 %	90,2 %
Abteilung	75	91,6 %	92,2 %
Universitätsklinik	10	90,0 %	90,5 %
eigenständige Tagesklinik	10	89,5 %	88,7 %
öffentlich-rechtlich	119	89,4 %	90,2 %
frei-gemeinnützig	58	90,8 %	91,3 %
in privater Trägerschaft	19	93,0 %	92,6 %
Versorgungspflicht	181	90,0 %	90,5 %
keine Versorgungspflicht	15	91,6 %	93,3 %

Hinsichtlich der Psych-PV-Erfüllung der zugelassenen Einrichtungen in privater Trägerschaft ist einschränkend zu bemerken, dass nur knapp die Hälfte dieser Einrichtungen an der Umfrage teilgenommen hatte, sodass für dieses Ergebnis auch eine Positivselektion der Einrichtungen in privater Trägerschaft denkbar ist.

In den folgenden vier Abbildungen (Abb. 3 bis 6) werden die oben tabellarisch aufgelisteten Strukturvariablen nochmals grafisch veranschaulicht:

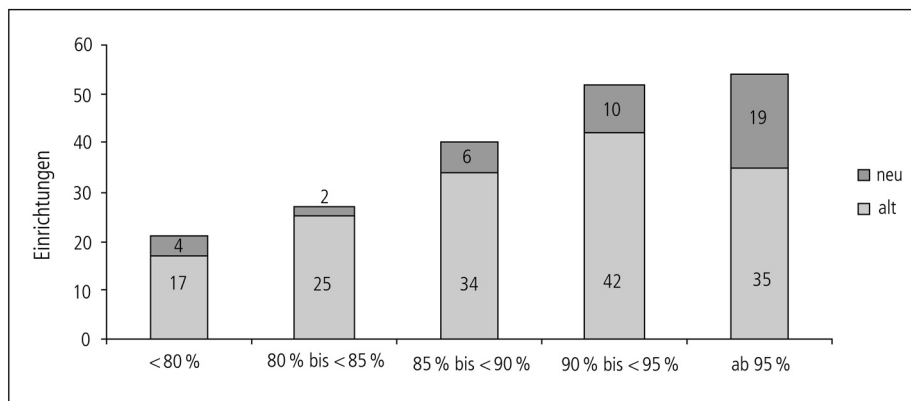


Abb. 3: Anzahl der *Einrichtungen* in der EPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach Bundesländern

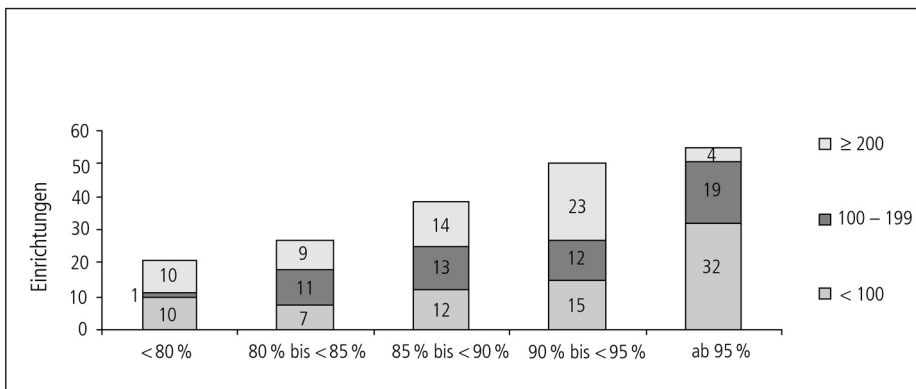


Abb. 4: Anzahl der *Einrichtungen* in der EPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach der Größe der Einrichtung (Betten + 1/2 tagesklinische Plätze)

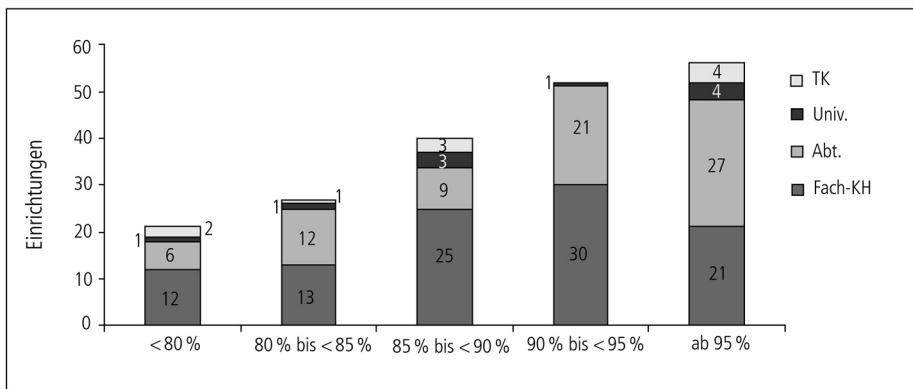


Abb. 5: Anzahl der *Einrichtungen* in der EPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach Typ der Einrichtung

3.1.3.2 Prädiktion der Psych-PV-Erfüllung mittels multipler Regression in der EPP

In der multiplen Regression mit dem Psych-PV-Erfüllungsgrad als abhängiger Variable und den unabhängigen dichotomisierten oder kontinuierlichen Variablen Bundesland (alt versus neu), Größe der Einrichtung, Fallzahl, Stationsgröße, Betrieb einer Psychiatrischen Institutsambulanz, Betrieb einer Krankenpflegeschule, erwies sich ausschließlich die Größe der Einrichtung (Anzahl der Planbetten) als signifikanter Prädiktor für den Psych-PV-Erfüllungsgrad. Auch die bivariate Korrelation bestätigte, dass die Anzahl der Planbetten negativ mit der Höhe des Psych-PV-Erfüllungsgrades korreliert.

Der Hauptgrund für diesen Befund ist darin zu sehen, dass nach 1995 nur noch Abteilungen und Tageskliniken gegründet wurden, die mit einer 100 %igen

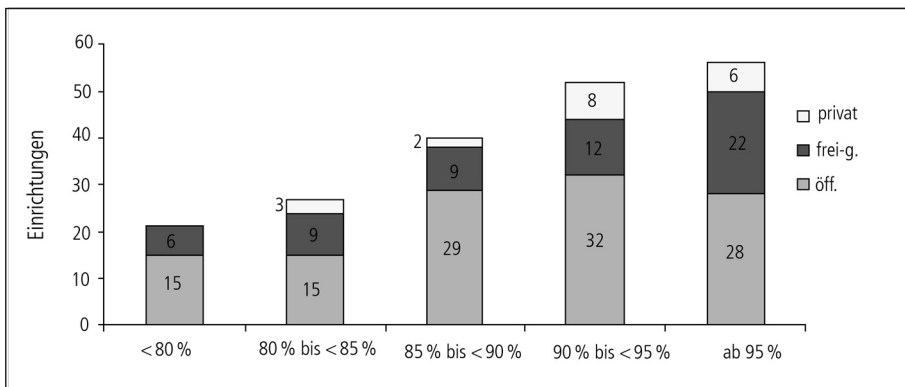


Abb. 6: Anzahl der Einrichtungen in der EPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach Träger der Einrichtung

Personalausstattung gemäß Psych-PV begonnen, während die Budgetdeckelung bei den traditionellen psychiatrischen Fachkrankenhäusern bereits im Jahr 1995 begann und die seither nur teilweise kompensierbaren kumulierten tarifgebundenen Personalkostensteigerungen bis 2005 entsprechend weiter fortgeschritten waren (vgl. Diskussion der Ergebnisse in der Zusammenfassung).

3.1.4 Deskriptive Ergebnisse der EPP

Auf den folgenden Seiten werden die weiteren deskriptiven Ergebnisse der Umfrage in der Reihenfolge des Fragebogens aufgeführt.

Frage 15: Anzahl der Stationen

Die 248 Einrichtungen, die diese Frage beantworteten, verfügten über insgesamt 2170 Stationen. Der Durchschnitt lag bei 8,7 Stationen pro teilnehmende Einrichtung.

Indem die Summe von Planbetten und tagesklinischen Planplätzen dieser 248 Einrichtungen durch die Anzahl der Stationen dividiert wurde, konnte die durchschnittliche Stationsgröße der Einrichtungen berechnet und mit früheren Angaben verglichen werden (explizite Steuerungsfunktion der Psych-PV ist es, mittels des Personalsockels je Station Anreize für weniger Betten pro Station zu setzen).

Die durchschnittliche Stationsgröße im Jahr 2004 lag bei 19,5 Betten bzw. tagesklinischen Plätzen. Die kleinsten Stationen wiesen dabei die Universitätsklinken mit durchschnittlich 17,4 Betten auf. Die verschiedenen Einrichtungsträger unterschieden sich nicht hinsichtlich der von ihnen vorgehaltenen Stationsgrößen.

Eine bundesweite Umfrage aus dem Jahr 1997 hatte noch eine durchschnittliche Stationsgröße von 21 Betten ergeben (GEBHARDT & STEINERT 1998).

Frage 16: Vollstationäre Fälle im Budgetbereich – vereinbarte Daten versus IST-Daten

235 Einrichtungen teilten die IST-Fälle im Jahr 2004 mit. In der Summe wurden in diesen 235 Einrichtungen 555 201 Fälle behandelt, d. h. durchschnittlich 2363 Fälle pro Einrichtung.

Von 174 Einrichtungen wurden die Daten sowohl zu den vereinbarten als auch zu den tatsächlichen vollstationären Fällen im Budgetjahr 2004 mitgeteilt. Hierbei zeigte sich, dass die Anzahl der tatsächlich behandelten Fälle mit durchschnittlich 2610 um 5,3 % signifikant höher lag als die Anzahl der vereinbarten Fälle mit 2478.

Dies spricht für die Tendenz, in den Budgetverhandlungen den Anstieg der Fallzahlen im Laufe der Jahre unzureichend berücksichtigen zu können.

Frage 17: Wie viele Personen (ohne Berücksichtigung ihrer Wiederaufnahmen) wurden im Jahr 2004 aufgenommen?

186 Einrichtungen konnten hierzu Angaben machen, während 66 Einrichtungen explizit angaben, hierzu über keine Daten zu verfügen. Von den 186 antwortenden Einrichtungen wurden im Jahr 2004 insgesamt 346 584 Personen behandelt, d. h. durchschnittlich 1863 Personen pro Einrichtung.

Von 170 Einrichtungen lagen sowohl zu Frage 16 als auch zu Frage 17 auswertbare Daten vor. In diesen 170 Einrichtungen betrug die durchschnittliche Anzahl der IST-Fälle 2455, während die durchschnittliche Anzahl der behandelten Personen bei 1965 Patienten lag. Hieraus errechnet sich eine mittlere Wiederaufnahmerate von 1,25, d. h. jeder vierte entlassene Patient muss im gleichen Jahr erneut stationär aufgenommen werden.

Frage 18 und 19: Sind Fälle und Belegungstage für Psychotherapeutische Medizin (PTM) in Anlehnung an Psych-PV verhandelt worden und in Zahlen bei Frage 16 enthalten?

Bei 30 von 246 auf diese Frage antwortenden Einrichtungen war dies der Fall. Ihre Angaben wurden in die Gesamtauswertung mit einbezogen. Eine gesonderte Auswertung der bei Frage 19 getätigten Angaben zu den vollstationären Fällen im PTM-Budgetbereich erfolgte nicht.

Frage 20: Patientenstruktur in der EPP im Jahr 2004

212 Einrichtungen (83 %) übermittelten hierzu auswertbare Angaben, die folgende Patientenstruktur in der EPP im Jahr 2004 ergab. (Die verbleibenden 17 % der antwortenden Kliniken hatten keine Pflegesatzverhandlungen auf Basis der Patientenstruktur der Psych-PV geführt, obwohl die Psych-PV anzuwenden ist.)

	Anzahl Patienten	% Anteil Teilbereich	% Anteil insgesamt
A1	13 341	54,9 %	35,4 %
A2	3 219	13,3 %	8,6 %
A3	432	1,8 %	1,1 %
A4	1 332	5,5 %	3,5 %
A5	1 808	7,4 %	4,8 %
A6	4 154	17,1 %	11,0 %
A Summe	24 286	100 %	64,5 %
S1	3 023	47,7 %	8,0 %
S2	2 298	36,3 %	6,1 %
S3	66	1,0 %	0,2 %
S4	669	10,6 %	1,8 %
S5	126	2,0 %	0,3 %
S6	153	2,4 %	0,4 %
S Summe	6 335	100 %	16,8 %
G1	4 168	59,4 %	11,1 %
G2	1 752	25,0 %	4,7 %
G3	99	1,4 %	0,3 %
G4	334	4,8 %	0,9 %
G5	39	0,6 %	0,1 %
G6	626	8,9 %	1,7 %
G Summe	7 018	100 %	18,6 %
ASG Gesamtsumme	37 639		100 %

Diese Patientenstruktur ist nahezu identisch mit den Patientenstrukturdaten, die im Rahmen der regelmäßigen bundesweiten Erhebung des Zentrums für Psychiatrie Winnenden im Jahr 2004 in insgesamt 249 Kliniken erhoben wurde.

Frage 21: Wurde ein Versorgungsvertragsabschluss vereinbart?

Sieben (knapp 3 %) Einrichtungen der EPP gaben an, einen Versorgungsvertragsabschluss vereinbart zu haben.

Frage 22: Personalstellen nach Psych-PV

Die Ergebnisse dieser zentralen Frage der Umfrage wurden ausführlich in den vorausgegangenen Kapiteln präsentiert.

Frage 23: Wie viele der (voll- und teilzeitbeschäftigten) nach Psych-PV angestellten Personen am Stichtag 31.12.2004 waren Frauen, wie viele Männer?

Die folgende Tabelle zeigt die Summe der nach Psych-PV angestellten Personen getrennt nach Geschlecht. Spalte N gibt die Anzahl der Einrichtungen an, auf denen der jeweilige Summenwert basiert.

	N	Anzahl Frauen (absolute Zahlen)	Anzahl Männer (absolute Zahlen)
Ärzte	219	2191	2048
Ärzte Leitung (§ 7 Psych-PV)	163	113	320
Pflege	217	17 305	6742
Pflege Leitung (§ 7 Psych-PV)	147	210	169
Psychologen	213	720	439
Sozialarbeiter	215	1040	478
Ergotherapeuten	215	1477	672
Bewegungstherapeuten	196	529	186
gesamt		23 585	11 054

Die Leitungsebene im ärztlichen Bereich erscheint demnach weiterhin männlich dominiert. Insgesamt arbeiten im Psych-PV-Bereich jedoch in allen Berufsgruppen überwiegend Frauen. In einer aktuellen Ausgabe des Psychiatric Bulletin wird offensichtlich zu Recht von der »feminisation of psychiatry« gesprochen (WILSON & EAGLES 2006).

Frage 24: Konnte der Ausnahmetatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4, Nr. 4 BPfIV in den Budgetverhandlungen in den Psych-PV anwendenden Abteilungen geltend gemacht werden?

56 (23 %) der 244 antwortenden Einrichtungen hatten im Jahr 2004 den oben genannten Ausnahmetatbestand personalwirksam geltend gemacht. In diesen Einrichtungen konnten insgesamt 191,26 Stellen zusätzlich vereinbart werden (3,8 Stellen je Einrichtung). In 41 Einrichtungen führte die Vereinbarung des Ausnahmetatbestandes zu einem Gesamtbetrag oberhalb der Obergrenze.

Frage 25: Konnte für das Jahr 2004 die BAT-Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 BPfIV geltend gemacht werden?

Die BAT-Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 BPfIV konnte von 108 (46 %) der 233 auf diese Frage antwortenden Einrichtungen geltend gemacht und vereinbart werden.

Frage 26: Betreibt Ihre Einrichtung eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)?

Eine PIA wird von 231 (91 %) der 253 antwortenden Einrichtungen betrieben.

Frage 27: Wie viele Behandlungsfälle (Scheine in vier Quartalen) wurden von der PIA in der Erwachsenenpsychiatrie im Jahr 2004 abgerechnet?

In den Psychiatrischen Institutsambulanzen der 222 Einrichtungen, die diese Frage beantworteten, waren im Jahr 2004 insgesamt 594 550 Fälle behandelt worden. Aufgrund der Behandlungskontinuität über mehrere Quartale befinden sich in diesen Fällen entsprechend weniger Personen. Die genaue Zahl der von der PIA

im Jahr 2004 behandelten Personen war nicht abgefragt worden, nach Expertenschätzung dürfte sich diese Zahl jedoch bei etwa 350 000 Personen bewegen. Im Durchschnitt wurden in jeder PIA 2678 Fälle pro Jahr (670 Patienten pro Quartal) behandelt. Ein Viertel der Einrichtungen (unteres Quartil) behandelte weniger als 934 Fälle pro Jahr bzw. weniger als 233 Patienten pro Quartal, ein Viertel der Einrichtungen (oberes Quartil) behandelte mehr als 3396 Fälle pro Jahr bzw. mehr als 849 Patienten pro Quartal.

Frage 28: Welcher durchschnittliche Erlös wurde dabei pro Fall/Schein erzielt?

210 Einrichtungen haben diese Frage beantwortet. Der durchschnittliche Erlös pro Schein betrug 188 Euro. Ein Viertel der Einrichtungen erzielte über 219 Euro (oberes Quartil), ein Viertel erzielte weniger als 151 Euro (unteres Quartil).

Frage 29: Ist die Einrichtung (Mit-)Träger einer (Verbund-)Krankenpflegeschule?

Eine (Verbund-)Krankenpflegeschule wurde von 164 (65,5 %) der 250 antwortenden Einrichtungen (mit-)getragen. Zur Platzzahl äußerten sich 144 Einrichtungen. Von diesen wurden im Jahr 2004 insgesamt 12 205 Ausbildungsplätze vergeben, also durchschnittlich 85 Plätze pro Krankenpflegeschule. Die IST-VK Krankenpflegeschüler wurde von 138 Einrichtungen mit durchschnittlich 18 VK angegeben, die hierbei anfallenden IST-Gesamtkosten wurden im Schnitt mit 756 971 Euro beziffert.

Frage 29 war gestellt worden, da die Unterfinanzierung der Krankenpflegeschüler zur Unterfinanzierung der Psych-PV beitragen kann. Tatsächlich zeigte sich bei den 108 Einrichtungen, bei denen sowohl der Psych-PV-Erfüllungsgrad ermittelbar war als auch vollständige Daten zu Frage 29 vorlagen, dass der Psych-PV-Erfüllungsgrad signifikant negativ mit der Größe (Platzzahl) der Krankenpflegeschule korrelierte ($r = -0,3$, $p < 0,01$). Die ebenfalls negative Korrelation zwischen Psych-PV-Erfüllungsgrad und IST-Gesamtkosten verfehlte die Signifikanz knapp ($r = -0,19$, $p = 0,054$).

Frage 30: Bildet diese Umfrage die derzeitige Psych-PV-Problematik hinreichend ab?

Diese Frage wurde von 118 Einrichtungen (65 %) mit »ja« und von 63 (35 %) mit »nein« beantwortet. Das anschließende Klartextfeld wurde von Letzteren mehrheitlich für konstruktive Ergänzungen oder zum Hinweis auf Besonderheiten ihrer eigenen Einrichtung genutzt. Die dabei genannten Punkte werden im Folgenden nach der Häufigkeit der Nennungen aufgelistet:

- Vierzehn Einrichtungen gaben an, dass in den vergangenen Jahren verschiedene Zusatzaufgaben (z. B. vermehrter Dokumentationsaufwand, Qualitätsmanagement) vom nach Psych-PV bemessenen Personal zu leisten sind.
- Elf Einrichtungen gaben an, dass die Trennung zwischen Psych-PV finanzierten Stellen und nicht Psych-PV finanzierten Stellen in der Praxis schwierig sei.

- Zehn Einrichtungen verwiesen auf Verweildauerverkürzung und Fallzahlsteigerung.
- Sechs Einrichtungen wiesen darauf hin, dass die in die Personalbemessung einfließenden Fehl- bzw. Ausfallzeiten im Fragebogen nicht berücksichtigt wurden.
- Fünf Einrichtungen gaben an, dass die stationären Patienten im gesamten Behandlungsverlauf (also von Aufnahme bis zur Entlassung) schwerer krank seien als in früheren Jahren.
- Zwei Einrichtungen mahnten an, dass Psychologen in den Budgetverhandlungen zum Medizinisch-Technischen Dienst (MTD) gezählt werden, obwohl sie eine deutlich höhere IST-Vergütung als die anderen Berufsgruppen des MTD aufweisen.

3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP)

3.2.1 Grundgesamtheit und Rücklauf in der KJPP

Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) gab es zum Zeitpunkt der Umfrage kein eindeutiges Verzeichnis der Psych-PV anwendenden Einrichtungen. Das Vorgehen zur empirischen Ermittlung der Grundgesamtheit wurde in der Methode unter 1.4 beschrieben. Als Grundgesamtheit konnten N=119 Einrichtungen der KJPP mit insgesamt 4466 Planbetten und 1395 tagesklinischen Planplätzen bestimmt werden, die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten.

3.2.1.1 Rücklauf nach Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen in der KJPP

Von den 119 Einrichtungen der KJPP, die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten, beteiligten sich N=74 (62,2 %) an der Umfrage. Der Psych-PV-Erfüllungsgrad nach Tabelle 22 war bei N=58 (48,7 %) dieser Einrichtungen ermittelbar.

Die Tabelle auf S. 41 oben veranschaulicht die Grundgesamtheit und den Rücklauf differenziert nach Bundesland:

Der Rücklauf aus den alten und neuen Bundesländern verteilte sich wie folgt auf die verschiedenen Einrichtungstypen:

Typ der Einrichtung	Alte Bundesländer N=57	Neue Bundesländer N=17
Psychiatrisches Fachkrankenhaus	29	8
Psychiatrische Abteilung	14	5
Psychiatrische Universitätsklinik	9	3
Eigenständige psychiatrische Tageskliniken	5	1

Bundesland	Grundgesamtheit der Psych-PV-Anwender, N = 119	Rücklauf der teilnehmenden Einrichtungen N = 74 (62,2 %)
Baden-Württemberg	15	11 (73,3 %)
Bayern	9	5 (55,5 %)
Berlin, Bremen, Hamburg	5	2 (40,0 %)
Brandenburg	5	2 (40,0 %)
Hessen	8	7 (87,5 %)
Mecklenburg-Vorpommern	6	4 (66,7 %)
Niedersachsen	16	9 (56,2 %)
Nordrhein-Westfalen	26	16 (61,5 %)
Rheinland-Pfalz, Saarland	6	3 (50,0 %)
Sachsen	7	5 (71,4 %)
Sachsen-Anhalt	6	4 (66,7 %)
Schleswig-Holstein	4	3 (75,0 %)
Thüringen	6	3 (50,0 %)

3.2.1.2 Rücklauf nach Planbetten der teilnehmenden Einrichtungen in der KJPP

Die teilnehmenden Einrichtungen halten insgesamt 3059 (68,5 %) der 4466 Planbetten der KJPP vor. Die Einrichtungen, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad nach Tabelle 22 ermittelbar war, verfügen über insgesamt 2276 Planbetten (51,3 % aller Planbetten der KJPP).

Exkurs: Vom Statistischen Bundesamt wurde die Anzahl der aufgestellten Betten auch in der KJPP im Jahr 2004 mit 4835 etwas höher veranschlagt als die in der Umfrage empirisch ermittelte Anzahl der Planbetten. Die Zahl der aufgestellten Betten wird für das Statistische Bundesamt nach der Krankenhausstatistikverordnung erhoben. In die Zahl der aufgestellten Betten fließen ein:

1. die Betten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die bei der Bewilligung der Fördermittel nach § 8 Abs. 1 KHG zugrunde gelegt werden,
2. die Betten nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG),
3. die Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V sowie
4. die sonstigen Betten.

Nach übereinstimmender Meinung der AG »Psych-PV-Umfrage« ist deshalb die empirisch ermittelte Anzahl der Planbetten zur Bestimmung der Rücklaufquote besser geeignet.

Differenziert nach dem Typ der Einrichtung verteilen sich die Planbetten wie folgt:

Typ der Einrichtung	Grundgesamtheit BRD N = 4466	Rücklauf Psych-PV-Umfrage N = 3059 (68,5 %)
Psychiatrisches Fachkrankenhaus	2347	1997 (85,1 %)
Psychiatrische Abteilung	1524	689 (45,2 %)
Psychiatrische Universitätsklinik	595	373 (62,7 %)

Differenziert nach dem *Träger* der Einrichtung verteilen sich die Planbetten wie folgt:

Träger der Einrichtung	Grundgesamtheit BRD N = 4466	Rücklauf Psych-PV-Umfrage N = 3059 (68,5 %)
öffentlich-rechtlich	2811	2526 (89,9 %)
frei-gemeinnützig	712	391 (54,9 %)
in privater Trägerschaft	943	142 (15,1 %)

3.2.1.3 Rücklauf nach Einwohnern in den Einzugsgebieten in der KJPP

Vom Statistischen Bundesamt wurde für das Jahr 2004 eine Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland von 82 501 000 Menschen angegeben.

Die an der Umfrage teilnehmenden Einrichtungen der KJPP versorgen nach eigenen Angaben insgesamt 49 595 153 Einwohner, d. h. (60,1 %) der Gesamtbevölkerung.

3.2.1.4 Zusammenfassende Bewertung der Datenbasis in der KJPP

Knapp zwei Drittel der Psych-PV anwendenden Einrichtungen der KJPP beteiligten sich an der Umfrage. Diese Einrichtungen decken über zwei Drittel der Planbetten der KJPP ab und haben die Pflichtversorgung für 60 % der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung. Auswertbare Angaben zum Psych-PV-Erfüllungsgrad nach Tabelle 22 lieferten knapp die Hälfte aller Einrichtungen. In diesen Einrichtungen befinden sich insgesamt 2276 Planbetten (51,3 % aller Planbetten der KJPP). Den Ergebnissen liegt somit auch in der KJPP eine breite Datenbasis zugrunde, deren Repräsentativität im folgenden Abschnitt geprüft wird.

3.2.2 Repräsentativität des Rücklaufs in der KJPP

In der folgenden Tabelle werden die Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer vergleichend nebeneinander gestellt:

Teilnehmer an der Psych-PV-Umfrage	Nicht-Teilnehmer
N = 74 (62,2 %)	N = 45 (37,8 %)
Ø 41,5 Betten	Ø 31,3 Betten
Ø 13,2 Tagesklinische Plätze	Ø 9,3 Tagesklinische Plätze
81 % der 43 Fachkrankenhäuser	19 % der 43 Fachkrankenhäuser
43 % der 44 Abteilungen an Allg.-KH	57 % der 44 Abteilungen an Allg.-KH
57 % der 21 Universitätskliniken	43 % der 21 Universitätskliniken
67 % der 9 eigenständigen Tageskliniken	33 % der 9 eigenständigen Tageskliniken
83 % der 65 öffentlich-rechtlichen	17 % der 65 öffentlich-rechtlichen
58 % der 24 frei-gemeinnützigen	42 % der 24 frei-gemeinnützigen

Teilnehmer an der Psych-PV-Umfrage

17 % der 29 in privater Trägerschaft
63 % der 90 aus den alten Bundesländern
59 % der 29 aus den neuen Bundesländern

Nicht-Teilnehmer

83 % der 29 in privater Trägerschaft
37 % der 90 aus den alten Bundesländern
41 % der 29 aus den neuen Bundesländern

Die überwiegende Mehrheit der psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit KJPP-Abteilung bzw. KJPP-Fachkrankenhäusern und eigenständigen Tageskliniken für KJPP beteiligte sich an der Umfrage. Etwas geringer, aber immer noch bei 50 %, war die Beteiligung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsabteilungen. Von den insgesamt 29 zugelassenen Einrichtungen in privater Trägerschaft der KJPP hatten sich nur fünf (17 %) an der Umfrage beteiligt. Zwischen der Beteiligung aus den alten und neuen Bundesländern gab es keine nennenswerten Unterschiede.

Bei den 74 teilnehmenden Einrichtungen wurde zusätzlich geprüft, ob sich die Teilnehmer, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 ermittelbar war, von den Teilnehmern unterschieden, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 nicht ermittelt werden konnte:

Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 ermittelbar

N = 58 (78,4 %)
Ø 39,9 Betten
Ø 12,3 Tagesklinische Plätze
83 % der 35 Fachkrankenhäuser
74 % der 19 Abteilungen an Allg.-KH
67 % der 12 Universitätskliniken
83 % der 6 eigenständigen Tageskliniken
80 % der 54 öffentlich-rechtlichen
71 % der 14 frei-gemeinnützigen
80 % der 5 in privater Trägerschaft
77 % der 56 aus den alten Bundesländern
83 % der 18 aus den neuen Bundesländern

Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 nicht ermittelbar

N = 16 (21,6 %)
Ø 47,1 Betten
Ø 16,6 Tagesklinische Plätze
17 % der 35 Fachkrankenhäuser
26 % der 19 Abteilungen an Allg.-KH
33 % der 12 Universitätskliniken
17 % der 6 eigenständigen Tageskliniken
20 % der 54 öffentlich-rechtlichen
29 % der 14 frei-gemeinnützigen
20 % der 5 in privater Trägerschaft
23 % der 56 aus den alten Bundesländern
17 % der 18 aus den neuen Bundesländern

Im Unterschied zur EPP fällt auf, dass in der KJPP die teilnehmenden Einrichtungen, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad aus Tabelle 22 ermittelbar war, im Durchschnitt kleiner waren (d. h. weniger Betten aufwiesen) als die teilnehmenden Einrichtungen, bei denen der Psych-PV-Erfüllungsgrad nicht ermittelbar war.

Zusammenfassende Bewertung der Repräsentativität des Rücklaufs für die Grundgesamtheit der Psych-PV anwendenden Einrichtungen in der KJPP

Die vorliegende Psych-PV-Umfrage kann aufgrund der Rücklaufquote eine hohe Repräsentativität insbesondere für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser, Uni-

versitätskliniken und Tageskliniken beanspruchen. Etwas vorsichtiger sollten die Daten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern interpretiert werden. Die Umfrage kann keine Repräsentativität für zugelassene KJPP-Einrichtungen in privater Trägerschaft beanspruchen, da diese nur in sehr geringer Zahl geantwortet haben.

3.2.3 Psych-PV-Erfüllungsgrad in der KJPP

Als zentrales Ergebnis wurde der durchschnittliche Psych-PV-Erfüllungsgrad wie in Abschnitt 1.5 beschrieben berechnet. In der folgenden Tabelle wird der Psych-PV-Erfüllungsgrad sowohl über alle Berufsgruppen als auch differenziert nach Ärzten, Pflege und Medizinisch-Technischem Dienst (MTD) für das Budgetjahr 2004 in der KJPP aufgelistet:

	Psych-PV- Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen	Psych-PV- Erfüllungsgrad Ärzte	Psych-PV- Erfüllungsgrad Pflege	Psych-PV- Erfüllungsgrad MTD
N Gültige	58	58	57	57
Mittelwert	87,9 %	85,9 %	87,5 %	90,7 %
Gewogenes Mittel (Größe Institution)	86,6 %	84,3 %	87,4 %	86,6 %
Median	87,7 %	86,3 %	86,8 %	89,6 %
unteres Quartil	81,2 %	75,1 %	78,7 %	76,3 %
oberes Quartil	91,9 %	96,4 %	95,0 %	100,0 %

¼ der Einrichtungen gibt einen Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 81,2 % an (unteres Quartil)

½ der Einrichtungen gibt einen Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 87,7 % an (Median)

¼ der Einrichtungen gibt einen Psych-PV-Erfüllungsgrad über 91,9 % an (oberes Quartil)

CAVE: Der Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen (Spalte 2) ist kleiner als der Mittelwert über die drei Berufsgruppenmittelwerte ((Spalte 3 + Spalte 4 + Spalte 5)/3), da im Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen die unterschiedliche Größe der Berufsgruppen berücksichtigt wird und dadurch die größere Gruppe der Pflege mit einem höheren Gewicht in den Gesamtmittelwert eingeht als die kleineren Gruppen der Ärzte und des MTD. Der Mittelwert über die drei Berufsgruppenmittelwerte würde nur dann dem Gesamtmittelwert entsprechen, wenn die drei Berufsgruppen gleich groß wären.

Im Durchschnitt lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad in der KJPP im Budgetjahr 2004 über alle Berufsgruppen bei 87,9 %, der Median bei 87,7 %. Gewichtet man den Psych-PV-Erfüllungsgrad mit der Einrichtungsgröße (Betten + ½ tagesklinische Plätze), so ergibt sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 86,6 %.

Im Gegensatz zur EPP liegt in der KJPP der Psych-PV-Erfüllungsgrad in der Berufsgruppe der Ärzte unter dem Durchschnitt der anderen Berufsgruppen, worin sich der besondere Ärztemangel in diesem komplexen Fachgebiet widerspiegelt.

Die beiden folgenden Abbildungen (Abb. 7 und 8) kategorisieren den Psych-PV-Erfüllungsgrad in 5-Prozent-Schritten und veranschaulichen, wie viele Planbetten und wie viele Einrichtungen der KJPP in den jeweiligen Kategorien liegen:

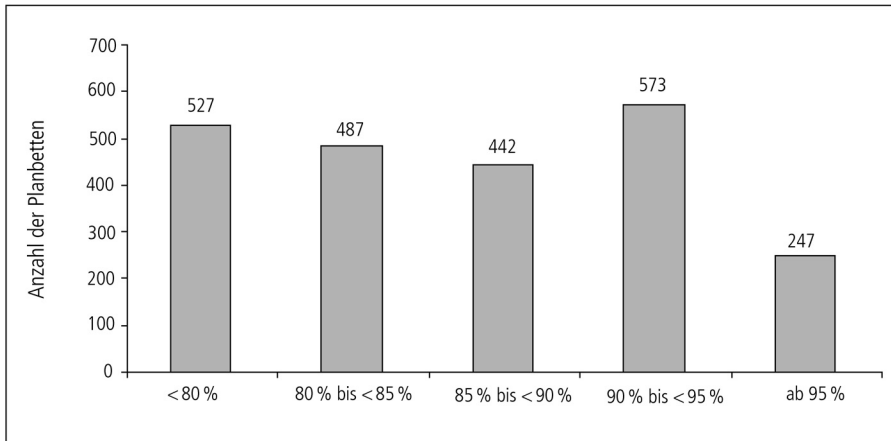


Abb. 7: Anzahl der *Planbetten* in der KJPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads

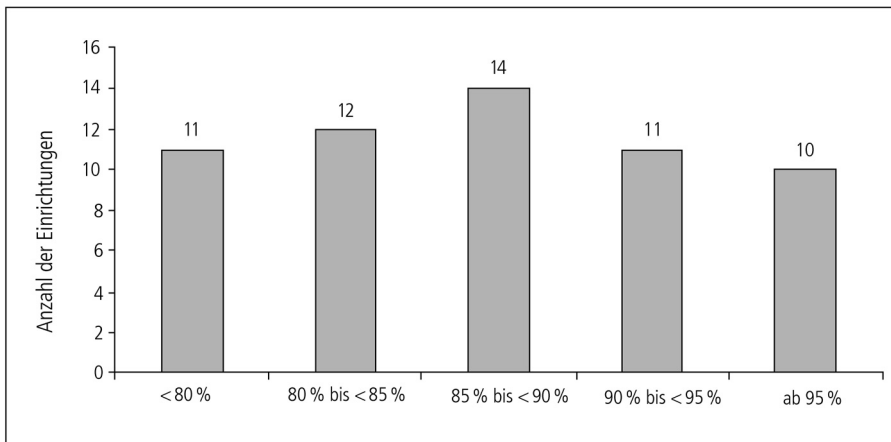


Abb. 8: Anzahl der *Einrichtungen* in der KJPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads

Nur in zehn (17 %) der (nach Tabelle 22 auswertbaren) Einrichtungen der KJPP beträgt der Psych-PV-Erfüllungsgrad 95 % und mehr. Diese Einrichtungen verfügen über insgesamt 247 Planbetten (11 % der Planbetten).

In elf (19 %) der (nach Tabelle 22 auswertbaren) Einrichtungen der KJPP liegt der Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 80 %. In diesen Einrichtungen werden 527 Planbetten (23 % der Planbetten) vorgehalten.

3.2.3.1 Psych-PV-Erfüllungsgrad differenziert nach Strukturvariablen in der KJPP

Die folgende Tabelle listet den Psych-PV-Erfüllungsgrad differenziert nach Bundesland, Größe (Betten + tagesklinische Plätze/2), Typ, Träger der Einrichtung und Versorgungspflicht auf:

	N	Psych-PV-Erfüllungsgrad	Psych-PV-Erfüllungsgrad
		Mittelwert	Median
Alte Bundesländer	43	88,3 %	87,9 %
Neue Bundesländer	15	87,0 %	84,9 %
kleiner 50	37	88,0 %	87,6 %
50 bis 99	18	87,6 %	88,7 %
ab 100	2	85,3 %	85,3 %
Fachkrankenhaus	29	84,8 %	87,2 %
Abteilung	14	88,6 %	89,8 %
Universitätsklinik	8	89,6 %	88,6 %
eigenständige Tagesklinik	5	102,6 %	99,2 %
öffentlich-rechtlich	43	88,6 %	88,9 %
frei-gemeinnützig	10	86,9 %	87,3 %
in privater Trägerschaft	4	81,9 %	83,5 %
Versorgungspflicht	45	86,7 %	87,4 %
keine Versorgungspflicht	13	92,3 %	88,9 %

Der auffallend hohe Psych-PV-Erfüllungsgrad bei den fünf eigenständigen psychiatrischen Tageskliniken resultiert vermutlich daraus, dass es sich hierbei um Neugründungen handelt, die aufgrund ihrer guten Verhandlungsposition und der Besonderheiten kleiner Einrichtungen mit 100 % Personalbemessung gemäß Psych-PV starten konnten.

Der tendenziell höhere Erfüllungsgrad der 13 Einrichtungen ohne Versorgungs- verpflichtung beruht darauf, dass sich hierunter diese fünf gerade beschriebenen, neu gegründeten Tageskliniken befinden.

In den folgenden vier Abbildungen (Abb. 9 bis 12) werden die oben tabellarisch aufgelisteten Strukturvariablen nochmals grafisch veranschaulicht:

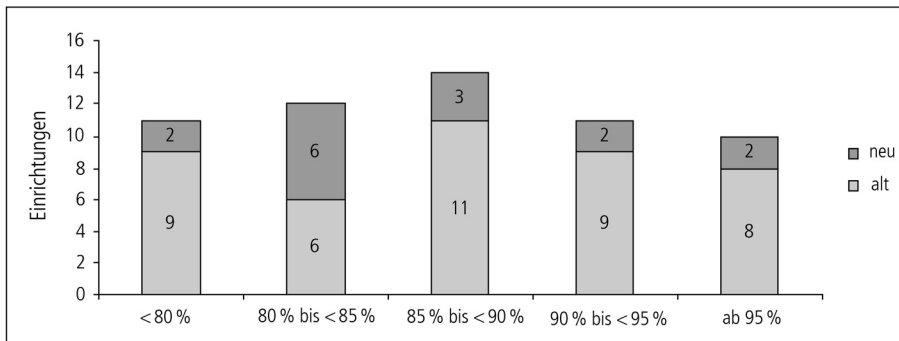


Abb. 9: Anzahl der *Einrichtungen* in der KJPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach Bundesländern

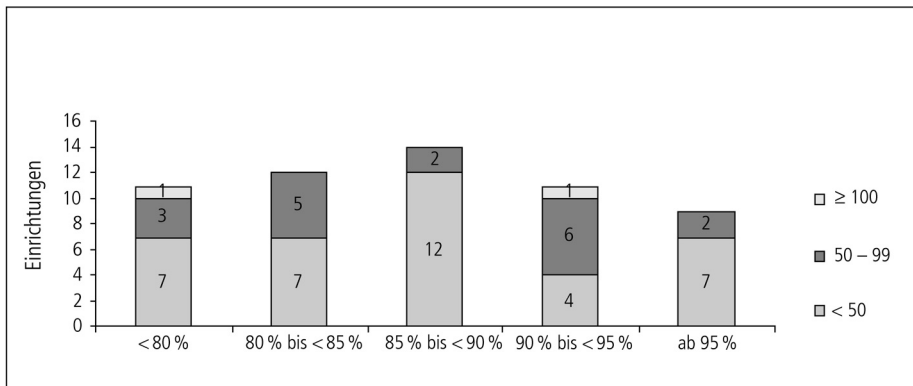


Abb. 10: Anzahl der *Einrichtungen* in der KJPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach Größe der Einrichtung (Betten + 1/2 tagesklinische Plätze)

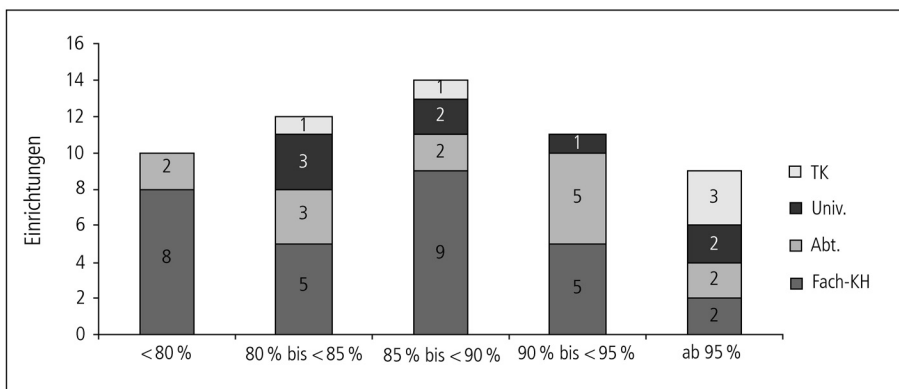


Abb. 11: Anzahl der *Einrichtungen* in der KJPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach Typ der Einrichtung

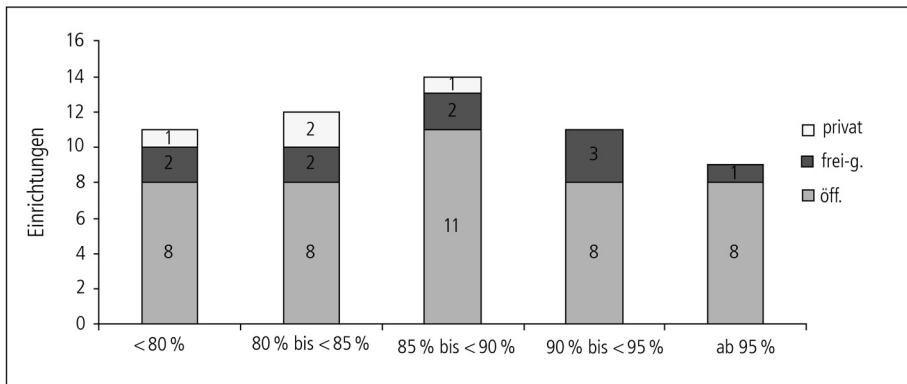


Abb. 12: Anzahl der *Einrichtungen* in der KJPP pro 5 %-Schritt des Psych-PV-Erfüllungsgrads differenziert nach *Träger* der Einrichtung

3.2.3.2 Prädiktion der Psych-PV-Erfüllung mittels multipler Regression in der KJPP

In der multiplen Regression mit dem Psych-PV-Erfüllungsgrad als abhängiger Variable und den unabhängigen dichotomisierten oder kontinuierlichen Variablen Bundesland (alt versus neu), Größe der Einrichtung, Fallzahl, Stationsgröße, Betrieb einer Psychiatrischen Institutsambulanz, Betrieb einer Krankenpflegeschule, zeigte sich kein signifikanter Prädiktor für den Psych-PV-Erfüllungsgrad.

3.2.4 Deskriptive Ergebnisse der KJPP

Auf den folgenden Seiten werden die weiteren deskriptiven Ergebnisse der Umfrage in der Reihenfolge des Fragebogens aufgeführt.

Frage 15: Anzahl der Stationen

Diese Frage beantworteten 73 der 74 teilnehmenden Einrichtungen. Diese 73 Einrichtungen verfügten über insgesamt 365 Stationen. Der Durchschnitt lag bei fünf Stationen pro teilnehmende Einrichtung.

Indem die Summe von Planbetten und tagesklinischen Planplätzen dieser 73 Einrichtungen durch die Anzahl der Stationen dividiert wurde, konnte die durchschnittliche Stationsgröße der Einrichtungen berechnet werden. Die durchschnittliche Stationsgröße im Jahr 2004 lag bei 10,7 Betten bzw. tagesklinischen Plätzen und entspricht damit der in der Psych-PV geforderten Idealgröße für die KJPP. Die verschiedenen Einrichtungstypen und Einrichtungsträger unterschieden sich nicht hinsichtlich der von ihnen vorgehaltenen Stationsgrößen.

Frage 16: Vollstationäre Fälle im Budgetbereich – vereinbarte Daten versus IST-Daten

66 Einrichtungen teilten die IST-Fälle im Jahr 2004 mit. In der Summe wurden in diesen 66 Einrichtungen 29 335 Fälle behandelt, d. h. durchschnittlich 444 Fälle pro Einrichtung.

Von 64 Einrichtungen wurden die Daten sowohl zu den vereinbarten als auch zu den tatsächlichen vollstationären Fällen im Budgetjahr 2004 mitgeteilt. Hierbei zeigte sich, dass die Anzahl der tatsächlich behandelten Fälle mit durchschnittlich 450 um 5,9 % signifikant höher lag als die Anzahl der vereinbarten Fälle mit 425.

Auch in der KJPP zeigt sich damit die Tendenz, dass in den Budgetverhandlungen der Anstieg der Fallzahlen im Laufe der Jahre nur unzureichend berücksichtigt werden konnte.

Frage 17: Wie viele Personen (ohne Berücksichtigung ihrer Wiederaufnahmen) wurden im Jahr 2004 aufgenommen?

63 Einrichtungen der KJPP konnten hierzu Angaben machen. In diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2004 insgesamt 21 190 Personen behandelt, d. h. durchschnittlich 336 Personen pro Einrichtung.

Von 53 Einrichtungen lagen sowohl zu Frage 16 als auch zu Frage 17 auswertbare Daten vor. In diesen 53 Einrichtungen betrug die durchschnittliche Anzahl der IST-Fälle 493, während die durchschnittliche Anzahl der behandelten Personen bei 363 Patienten lag. Hieraus errechnet sich eine mittlere Wiederaufnahmerate von 1,36, d. h. etwa jeder dritte entlassene Patient wurde im gleichen Jahr ein zweites Mal stationär aufgenommen.

Der Großteil dieser Wiederaufnahmen ist geplant (z. B. erfolgten Entlassungen zwecks Belastungserprobung oder Probewohnen). Nach Experteneinschätzung handelt es sich nur bei etwa einem Viertel dieser Wiederaufnahmen in der KJPP um »ärgerliche« bzw. »unerwünschte«.

Frage 18 und 19: Sind Fälle und Belegungstage für Psychotherapeutische Medizin (PTM) in Anlehnung an Psych-PV verhandelt worden und in Zahlen bei Frage 16 enthalten?

Bei fünf von 73 auf diese Frage antwortenden Einrichtungen war dies der Fall. Ihre Angaben wurden in die Gesamtauswertung mit einbezogen. Eine gesonderte Auswertung der bei Frage 19 getätigten Angaben zu den vollstationären Fällen im PTM-Budgetbereich erfolgte nicht.

Frage 20: Patientenstruktur in der KJPP im Jahr 2004

62 Einrichtungen (84 %) sendeten hierzu auswertbare Angaben, die folgende Patientenstruktur in der KJPP im Jahr 2004 ergab. (Die verbleibenden 16 % der antwortenden Kliniken hatten keine Pflegesatzverhandlungen auf Basis der Patientenstruktur der Psych-PV geführt, obwohl die Psych-PV anzuwenden ist.)

	Anzahl Patienten	% Anteil
KJ1	1308	36,4 %
KJ2	1155	32,1 %
KJ3	395	11,0 %
KJ4	3	0,1 %
KJ5	18	0,5 %
KJ6	19	0,5 %
KJ7	696	19,4 %
KJ Gesamtsumme	3594	100 %

Diese Patientenstruktur ist nahezu identisch mit den Patientenstrukturdaten, die im Rahmen der regelmäßigen bundesweiten Erhebung des Zentrums für Psychiatrie Winnenden im Jahr 2004 in 68 Kliniken erhoben wurde.

Frage 21: Wurde ein Versorgungsvertragsabschlag vereinbart?

Fünf (knapp 7 %) Einrichtungen der KJPP gaben an, einen Versorgungsvertragsabschlag vereinbart zu haben.

Frage 22: Personalstellen nach Psych-PV

Die Ergebnisse dieser zentralen Frage der Umfrage wurden ausführlich in den vorausgegangenen Kapiteln präsentiert.

Frage 23: Wie viele der (voll- und teilzeitbeschäftigten) nach Psych-PV angestellten Personen am Stichtag 31.12.2004 waren Frauen, wie viele Männer?

Die folgende Tabelle zeigt die Summe der nach Psych-PV angestellten Personen getrennt nach Geschlecht. Spalte N gibt die Anzahl der Einrichtungen an, auf denen der jeweilige Summenwert basiert.

	N	Anzahl Frauen (absolute Zahlen)	Anzahl Männer (absolute Zahlen)
Ärzte	61	282	137
Ärzte Leitung (§ 7 Psych-PV)	45	25	56
Pflege	61	2155	761
Pflege Leitung (§ 7 Psych-PV)	41	43	26
Psychologen	59	203	99
Sozialarbeiter	57	179	111
Ergotherapeuten	52	131	57
Bewegungstherapeuten	51	81	33
Logopäden	33	23	7
gesamt		3122	1287

Auch in der KJPP ist die Leitungsebene im ärztlichen Bereich überwiegend von männlichen Ärzten besetzt. Insgesamt liegt der Anteil der Frauen im Psych-PV Bereich in der KJPP mit 71 % kaum höher als in der EPP mit 68 %.

Frage 24: Konnte der Ausnahmetatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4, Nr. 4 BPflV in den Budgetverhandlungen in den Psych-PV anwendenden Abteilungen geltend gemacht werden?

23 (31 %) Einrichtungen der KJPP hatten im Jahr 2004 den oben genannten Ausnahmetatbestand personalwirksam geltend gemacht. In diesen Einrichtungen konnten insgesamt 167,72 Stellen zusätzlich vereinbart werden (7,2 Stellen je Einrichtung). In 17 Einrichtungen führte die Vereinbarung des Ausnahmetatbestandes zu einem Gesamtbetrag oberhalb der Obergrenze.

In diesen Zahlen zeigt sich, dass die KJPP im Jahr 2004 noch nicht flächendeckend gleichmäßig aufgestellt war und sich im Ausbau befand (vgl. auch geringere Zahlen bei der von Einrichtungen der KJPP versorgten Bevölkerung).

Frage 25: Konnte für das Jahr 2004 die BAT-Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 BPflV geltend gemacht werden?

Die BAT-Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 BPflV konnte von 32 (46 %) der 69 auf diese Frage antwortenden Einrichtungen der KJPP geltend gemacht und vereinbart werden.

Frage 26: Betreibt Ihre Einrichtung eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)?

Eine PIA wird von 66 (89 %) der 74 antwortenden Einrichtungen betrieben.

Frage 27: Wie viele Behandlungsfälle (Scheine in vier Quartalen) wurden von der PIA in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2004 abgerechnet?

In den Psychiatrischen Institutsambulanzen der 65 Einrichtungen der KJPP, die diese Frage beantworteten, waren im Jahr 2004 insgesamt 115 519 Fälle behandelt worden. Aufgrund der Behandlungskontinuität über mehrere Quartale befinden sich in diesen Fällen entsprechend weniger Personen. Die genaue Zahl der von der PIA im Jahr 2004 behandelten Personen war nicht abgefragt worden, nach Expertenschätzung dürfte sich diese Zahl jedoch bei etwa 68 000 Personen bewegen. Im Durchschnitt wurden in jeder PIA 1777 Fälle pro Jahr (444 Patienten pro Quartal) behandelt. Ein Viertel der Einrichtungen (unteres Quartil) behandelte weniger als 745 Fälle pro Jahr bzw. weniger als 186 Patienten pro Quartal, ein Viertel der Einrichtungen (oberes Quartil) behandelte mehr als 2232 Fälle pro Jahr bzw. mehr als 558 Patienten pro Quartal.

Frage 28: Welcher durchschnittliche Erlös wurde dabei pro Fall/Schein erzielt?

64 Einrichtungen haben diese Frage beantwortet. Der durchschnittliche Erlös pro Schein betrug 257 Euro. Ein Viertel der Einrichtungen erzielte über 320 Euro (oberes Quartil), ein Viertel erzielte weniger als 211 Euro (unteres Quartil).

Frage 29: Ist die Einrichtung (Mit-)Träger einer (Verbund-)Krankenpflegeschule?

Eine (Verbund-)Krankenpflegeschule wurde von 40 (55 %) der 73 antwortenden Einrichtungen (mit-)getragen. Zur Platzzahl äußerten sich 33 Einrichtungen. Von diesen wurden im Jahr 2004 insgesamt 3839 Ausbildungsplätze vergeben, also durchschnittlich 116 Plätze pro Krankenpflegeschule. Die IST-VK Krankenpflegeschüler wurde mit durchschnittlich 21 VK angegeben, die hierbei anfallenden IST-Gesamtkosten wurden im Schnitt mit 954905 Euro beziffert. Ein Zusammenhang wie in der EPP zwischen dem Psych-PV-Erfüllungsgrad und der Größe der Krankenpflegeschule bzw. den IST-Gesamtkosten der Krankenpflegeschüler zeigte sich in der KJPP (möglicherweise aufgrund der besonderen Verteilung der Kinderkrankenpflegeschulen) nicht.

Frage 30: Bildet diese Umfrage die derzeitige Psych-PV-Problematik hinreichend ab?

Diese Frage wurde von 30 Einrichtungen (65 %) mit »ja« und von 16 (35 %) mit »nein« beantwortet. Das anschließende Klartextfeld wurde von Letzteren für konstruktive Ergänzungen oder zum Hinweis auf Besonderheiten ihrer eigenen Einrichtung genutzt. Die dabei genannten Punkte werden im Folgenden nach der Häufigkeit der Nennungen aufgelistet:

- Fünf Einrichtungen beklagten die Budgetdeckelung.
- Vier Einrichtungen nannten die zunehmende Arbeitsverdichtung (z. B. vermehrter Dokumentationsaufwand, Qualitätsmanagement).
- Drei Einrichtungen verwiesen auf Verweildauerverkürzung und Fallzahlsteigerung.
- Drei Einrichtungen gaben an, dass die Trennung zwischen Psych-PV finanzierten Stellen und nicht Psych-PV finanzierten Stellen in der Praxis schwierig sei.
- Eine Einrichtung gab an, dass insbesondere die Minutenwerte zu KJ3 nicht der Realität entsprächen.

3.3 Überschlagskalkulation der derzeitigen Psych-PV-Unterfinanzierung

In den 196 auswertbaren Einrichtungen der EPP wurden im Umfragejahr 25 065 VK nach Psych-PV beschäftigt (VK-IST).

Diese Einrichtungen verfügen über 31096 (66 %) der insgesamt 47 122 Planbetten der EPP. Die Gesamtzahl der VK-IST für alle 47 122 Planbetten der EPP kann damit auf 37 977 VK hochgerechnet werden.

Als durchschnittlicher Psych-PV-Erfüllungsgrad wurden in der EPP 90,14 % ermittelt. Im Umfragejahr fehlten damit nach Psych-PV insgesamt 4154 VK in der EPP. Unter Annahme der durchschnittlichen Personalkosten einer VK von 50 000 Euro fehlen in der EPP $4154 \text{ VK} \times 50\,000 \text{ €} = 207,7$ Millionen Euro pro Jahr.

In den 58 auswertbaren Einrichtungen der KJPP wurden im Umfragejahr 4082 VK nach Psych-PV beschäftigt (VK-IST).

Diese Einrichtungen verfügen über 2276 (51 %) der insgesamt 4466 Planbetten der KJPP.

Die Gesamtzahl der VK-IST für alle 4466 Planbetten der KJPP kann damit auf 8010 VK hochgerechnet werden.

Als durchschnittlicher Psych-PV-Erfüllungsgrad wurden in der KJPP 87,95 % ermittelt. Im Umfragejahr fehlten damit nach Psych-PV insgesamt 1097 VK in der KJPP. Unter Annahme der durchschnittlichen Personalkosten einer VK von 50 000 Euro fehlen damit in der KJPP $1097 \text{ VK} \times 50\,000 \text{ €} = 54,85$ Millionen Euro pro Jahr.

Die Psych-PV-Unterfinanzierung lag damit im Umfragejahr für EPP und KJPP zusammen bei etwa 262,55 Millionen Euro pro Jahr.

4 Literatur

- 25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung (2002) Bundestagsdrucksache 14/9555, Bonn
- Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung (1998) Schriftenreihe des BMG: Band 99
- Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Schlussbericht der Sachverständigen-Kommission (1975) Bundestagsdrucksache 7-4200, Bonn
- GEBHARDT RP, STEINERT T (1998) Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête. *Nervenarzt* 69: 791–798
- KUNZE L, KALTENBACH L (2005) Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer
- PUTZHAMMER A, SENFT I, FLEISCHMANN H, KLEIN HE, SCHMAUß M, SCHREIBER W, HAJAK G (2006) Eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken. Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst. *Nervenarzt* 77: 372–384
- SCHMID R, SPIEßL H, KLEIN HE (2006) »Theorie und Praxis« der Angehörigenarbeit auf allgemeinpsychiatrischen Stationen. *Krankenhauspsychiatrie* 17: 139–142
- SPIEßL H, BINDER H, CORDING C, KLEIN HE, HAJAK G (2006) Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Deutsches Ärzteblatt* 103: A2549-A2552
- SPIEßL H, SPIEßL A, CORDING C (1999) Die »ideale« stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis* 26: 3–8
- WILSON S, EAGLES JM (2006) The feminisation of psychiatry: changing gender balance in the psychiatric workforce. *Psychiatric Bulletin* 30: 321–323

5 Anlagen

Anlage 1: Leistungsverdichtung in der EPP: (ad Kap. 1.1)

Psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken 1991 – 2004

A) Zeitraum 1990 – 1995: Evaluation der Psych-PV

(Band 99 der Schriftenreihe des BMG)

- Betten (budgetiert) -12 %
- Belegte Betten -21 %
- Planbetten -20 %
- Zugänge +21 %
- Verweildauer -33 %

B) Zeitraum 1991 – 2004: Statistisches Bundesamt

(diese Zahlen gehen etwas über den Psych-PV-Bereich hinaus und erfassen z. B. auch Sonderkrankenhäuser)

	1991	1995	2000	2004	1991–2004 Veränderung	1995–2004 Veränderung
Fallzahl	396 131	491 502	638 538	712 533	+80 %	+45 %
Verweildauer	66,5	41,4	28,2	24,7	-63 %	-40 %
Pflegetage	26 361 050	20 353 855	18 028 380	17 575 818	-33 %	-14 %
Betten (aufgestellte)	84 048	63 807	54 802	53 021	-37 %	-17 %

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, 1991, 1995, 2000, 2004, Daten jew. zum 31.12.,
Erschienen + 2 J, Tab. 2.2.3

Anlage 2: Leistungsverdichtung in der KJPP: (ad Kap. 1.1)**Kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und Abteilungen 1991–2004****A) Zeitraum 1992–1995: Evaluation der Psych-PV**

(Umfrageergebnis: 60 Einrichtungen, 57 % der Planbetten/Plätze) (Band 99 der Schriftenreihe des BMG)

- Betten (budgetiert) -25 %
- Belegte Betten -17 %
- Planbetten -29 %
- Zugänge +24 %
- Verweildauer -35 %

B) Zeitraum 1991–2004: Statistisches Bundesamt

(diese Zahlen gehen etwas über den Psych-PV-Bereich hinaus, s. o.)

	1991	1995	2000	2004	1991–2004 Veränderung	1995–2004 Veränderung
Fallzahl	20 108	23 302	30 273	36 770	+82,9 %	+57,8 %
Verweildauer	126,3	63,4	48,1	43,6	-65,5 %	-31,2 %
Pflegetage	2 539 894	1 478 076	1 455 160	1 604 178	-36,8 %	+8,5 %
Betten (aufgestellte)	8316	4858	4507	4835	-41,9 %	-0,5 %

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, 1991, 1995, 2000, 2004, Daten jew. zum 31.12.,
Erschienen + 2 J, Tab. 2.2.3

**Anlage 3: Protokollnotiz der AG Psych-PV-Umfrage 2005
(ad Kap. 1.1)**

12. September 2005

Protokollnotiz zur Arbeitsgruppe »Umfrage 2005 zur Psych-PV«

Es wird eine gemeinsame Arbeitsgruppe unter dem Namen »AG Umfrage 2005 zur Psych-PV« gebildet.

Mitglieder der AG »Umfrage zur Psych-PV« sind:

- AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverbände der Krankenkassen

In Zusammenarbeit mit:

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland

- Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Krankenpflegedirektoren Psychiatrischer Krankenhäuser
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Fachgruppe Psychiatrie

Es wird eine bundesweite Umfrage in den Kliniken der Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsene) und den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters unter Verwendung der gemeinsam beschlossenen Erhebungsbögen durchgeführt. Ziel der Umfrage ist es, verlässliche Zahlen zum Erfüllungsgrad der Psych-PV zu erhalten.

Es besteht Einvernehmen zu folgenden Punkten:

- a. Die Durchführung des Projektes liegt federführend bei der APK.
- b. Alle im Rahmen der abgestimmten Umfrage eingehenden Primärdaten verbleiben bei der APK, die die Auswertung durchführt.
- c. Die Daten werden so aufbereitet, dass eine Identifizierung einzelner Einrichtungen und Träger ausgeschlossen wird, d. h. die von der APK ausgewerteten klinikspezifischen Daten werden nur gemeinsam mit den entsprechenden Daten anderer Kliniken/Träger ausgewiesen.
- d. Die APK sorgt für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften.
- e. Die APK legt der AG den Entwurf eines Auswertungsschemas vor.
- f. Die Fragestellung und Methodik der Auswertung werden von der Arbeitsgruppe gemeinsam und im Einvernehmen festgelegt.

Anlage 4: Fragebogen EPP (ad Kap. 2.1.)

Umfrage 2005 zur Psych-PV im Budgetjahr 2004

– Im Auftrag des BMGS –

Fragebogen zur Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie

1. Codenummer
(wird anhand der Adressenliste von APK vergeben)
 2. Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--
 3. IK der Klinik (9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--
 4. Name der Klinik/Abteilung
 5. Anschrift
 6. Ansprechpartner/-in für Rückfragen:

Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
 7. Bundesland
 8. **Pflichtversorgungsgebiet** Ihrer Einrichtung und dessen Einwohnerzahl:
(falls keine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, z.B. in Baden-Württemberg oder aus anderen Gründen, ggf. das Einzugsgebiet zugrunde legen)

Stadt/Kreis		Einwohnerzahl
- Keine Pflichtversorgung** ☐

9. Fällt Ihre „Psychiatrische Einrichtung“ in den „Anwendungsbereich“ der Psych-PV nach § 1 Abs. 2?

☐ ja ☐ nein

Falls nein: Bitte schicken Sie uns dennoch den Fragebogen – ohne Beantwortung der weiteren Fragen – zurück, damit wir erfahren, dass Sie nicht zur Grundgesamtheit dieser Erhebung gehören.

Unterschriften der Budgetverantwortlichen (wenn der folgende Fragebogen ausgefüllt wurde)

.....
Betriebsleiter/in bzw.
Verwaltungsdirektor/in

.....
Ärztliche/r Direktor/in bzw.
Chefärztin/arzt der Abteilung

.....
Krankenpflegedirektor/in

Hinweis: Zur Sicherstellung der Anonymität werden die ersten beiden Seiten dieses Fragebogens vor der Auswertung von der APK abgetrennt und gesondert verwahrt.

10. Gemäß **Landesplanung** (Stand: 2004, ggf. letzter Stand gemäß Bettenfeststellungsbescheid des Landes für Ihre Klinik) für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie:

Planbetten ☐☐☐☐☐

Planplätze (Tagesklinik, ggf. Nachtklinik) ☐☐☐☐☐

11. Ist das Pflichtversorgungsgebiet Ihrer Einrichtung größtenteils

städtisch, ☐

ländlich oder ☐

gemischt? ☐

12. **Träger/Gewährträger** der Einrichtung (bitte das am meisten Zutreffende ankreuzen):

a) öffentlich-rechtlich ☐

b) frei-gemeinnützig ☐

c) privat ☐

13. **Typ der Einrichtung** (bitte das am meisten Zutreffende ankreuzen):

a) Psychiatrisches Fachkrankenhaus ☐

b) Psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses ☐

c) Psychiatrische Universitätsklinik ☐

Hinweis zu 13 und 14: Gliederung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtung in Abteilungen gemäß § 301 SGB V.

14. Gibt es in Ihrer Klinik für das Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ einen oder mehrere eigene Abteilungspflegesatz/-sätze nach § 13 Abs. 2 BPfIV (vgl. K7 der LKA der BPfIV)?

☐ ja ☐ nein

15. Über wie viele **Stationen** verfügt Ihre psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik/Abteilung (incl. Tageskliniken)?

16. Gesamte psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtung: **Behandlungsleistungen** in absoluten Zahlen im Referenzjahr 2004 – nur die Bereiche, die unter die Psych-PV fallen (aus LKA nach BPfIV 2004 L1 bzw. L3; Fälle = (Aufnahmen + Entlassungen) : 2, vgl. Fußnote 11 BPfIV)

	Vereinbarte Daten	Ist-Daten
Berechnungstage im Budgetbereich (L1 bzw. L3 Nr. 4)		
davon Berechnungstage für teilstationäre Patienten (L1 bzw. L3 Nr. 6)		
Vollstationäre Fälle im Budgetbereich (L1 bzw. L3 Nr. 13)		
davon mit teilstationärer Behandlung (L1 bzw. L3 Nr. 17)		
Teilstationäre Fälle im Budgetbereich (L1 bzw. L3 Nr. 18)		

17. Wie viele **Personen** (ohne Berücksichtigung ihrer Wiederaufnahmen) wurden im Jahr 2004 aufgenommen?

Anzahl:

Angaben nicht verfügbar ☐

18. Sind Fälle und Belegungstage für das Fachgebiet **Psychotherapeutische Medizin** bzw. Psychosomatik und Psychotherapie *in Anlehnung* an Psych-PV verhandelt worden und in diesen Zahlen (Frage 16) enthalten?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, Frage 19

19. **Psychotherapeutische Medizin:** Vereinbarte und IST-Daten wie Frage 16

	Vereinbarte Daten	Ist-Daten
Berechnungstage im Budgetbereich (L3 Nr. 4)		
davon Berechnungstage für teilstationäre Patienten (L3 Nr. 6)		
Vollstationäre Fälle im Budgetbereich (L3 Nr. 13)		
davon mit teilstationärer Behandlung (L3 Nr. 17)		
Teilstationäre Fälle im Budgetbereich (L3 Nr. 18)		

20. **Patientenstruktur** in absoluten Zahlen:

nicht verhandelt:

- a) Durchschnitt der 4 Stichtagsergebnisse 2003 (vgl. § 4 Abs. 2 Psych-PV) ☐
- b) entsprechend Ihrer prospektiven Forderung für 2004 ☐
- c) entsprechend der Budgetvereinbarung 2004 ☐

	Behandlungsbereich	a)	b)	c)
A1	Regelbehandlung	,	,	,
A2	Intensivbehandlung	,	,	,
A3	Rehabilitative Behandlung	,	,	,
A4	Langdauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	,	,	,
A5	Psychotherapie	,	,	,
A6	Tagesklinische Behandlung	,	,	,
(A7)*	akuttagesklinische Behandlung	,	,	,
S1	Regelbehandlung	,	,	,
S2	Intensivbehandlung	,	,	,
S3	Rehabilitative Behandlung	,	,	,
S4	Langdauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	,	,	,
S5	Psychotherapie	,	,	,
S6	Tagesklinische Behandlung	,	,	,
(S7)*	akuttagesklinische Behandlung	,	,	,
G1	Regelbehandlung	,	,	,
G2	Intensivbehandlung	,	,	,
G3	Rehabilitative Behandlung	,	,	,
G4	Langdauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	,	,	,
G5	Psychotherapie	,	,	,
G6	Tagesklinische Behandlung	,	,	,
(G7)*	akuttagesklinische Behandlung	,	,	,
Ges	Patienten in AGS gesamt			

* A7/S7/G7 falls so mit Kassen vereinbart

21. Wurde für einen Teil oder das ganze Budget ein **Versorgungsvertragsabschlag** vereinbart, z. B. weil die Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (vgl. Psych-PV § 3 Abs. 1, 2.)?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Angaben im Klartext:

22. **Personalstellen nach Psych-PV (Vollkräfte/VK):**

alle voll- und teilstationären Personalstellen inkl. z.B. Leitung und Funktionsstellen, **jedoch ohne** die Aufgaben (und entsprechende Stellen oder Stellenanteile), die nicht unter die Psych-PV fallen wie Institutsambulanz, Konsiliardienst, Neurologie, Forschung und Lehre, Maßregelvollzug, Heimbereich, Nichtbehandlungsfälle:

Spalte 1	Psych-PV Budgetvereinbarung VK 2004			tatsächlich finanzierte VK 2004	
	2	3	4	5	6
Berufsgruppe	Planbedarf nach Psych- PV 100%	Anzahl VK vereinbart (vgl. L2 Sp. 4, ggf. davon nur Psych-PV- Teilmenge)	durchschn. Personal- kosten vereinbart ¹ (nach K3)	Anzahl VK IST	durch- schnittliche IST-Kosten pro VK
Ärzte (nur Regeldienst!)	:	:		:	
Ärzte Leitung	,	,		,	
ärztlicher Bereitschaftsdienst ²	XXXXX	:		:	
Pflege (nur Regeldienst!)	,	,		,	
Pflege Leitung	:	:		:	
pflegerischer Bereitschaftsdienst/ Nachtwachen ²	XXXXX	,		,	
Diplom- Psychologen ³	:	:		:	
Sozialarbeiter ³	,	,		,	
Ergotherapeuten ³	:	:		:	
Bewegungs- therapeuten ³	,	,		,	

¹ durchschnittliche Euro-Werte je VK aus L2 Spalte 5 der LKA des Folgejahres 2005

(Psychiatrie) oder die Vereinbarung 2004: Kosten K7 Spalte 4 durch L2 (Anteil Psychiatrie)

² die ausbezahlten IST-Bereitschaftsdienstvergütungen bitte in VK umrechnen und in Spalte 5 eintragen

³ in Spalte „Anzahl VK vereinbart“ muss ggf. der zusammengefasste Wert aus „Funktionsdienst L2“ für die 4 Berufsgruppen übernommen werden

Psych-PV Budgetvereinbarung VK 2004 wurde nicht vereinbart für

Spalte 2 ☐

Spalte 3 ☐

Spalte 4 ☐

Hinweis: Die folgende Frage zur Geschlechtsverteilung des Psychiatriepersonals wird auf Wunsch des BMGS gestellt. Sollten Sie hierzu über keine exakten Daten verfügen, so bitten wir Sie, Näherungswerte einzutragen.

23. Wie viele der (voll- und teilzeitbeschäftigten) Personen am Stichtag 31.12.2004 waren Frauen, wie viele Männer? Bitte legen Sie für die folgende Tabelle die Psych-PV finanzierten VK-IST 2004 (Spalte 5 in der Tabelle zu Frage 22) zugrunde:

	Anzahl Frauen (absolute Zahlen)	Anzahl Männer (absolute Zahlen)
Ärzte		
Ärzte Leitung (§ 7 Psych-PV)		
Pflege		
Pflege Leitung (§ 7 Psych-PV)		
Psychologen		
Sozialarbeiter		
Ergotherapeuten		
Bewegungstherapeuten		

24. Konnte der Ausnahmetatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4, Nr. 4 BPfIV in den Budgetverhandlungen in Ihren Abteilungen, in denen die Psych-PV zur Anwendung kommt, geltend gemacht werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele zusätzliche Stellen konnten vereinbart werden?

Anzahl:

Konnten die zusätzlichen Stellen über die Obergrenze hinaus finanziert werden?

☐ ja ☐ nein

Falls nein, bitte geben Sie die Gründe an, die hierfür von den Krankenkassen bzw. der Landesschiedsstelle genannt wurden:

25. Konnte für das Jahr 2004 die BAT-Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 BPfIV geltend gemacht werden?

Wenn ja, wie beurteilen Sie rückblickend diese Möglichkeit? (Klartext)

Hinweis: Die folgenden Fragen 26 – 28 gehören nicht direkt zum Thema Psych-PV. Jedoch handelt es sich hier um die wichtigste Entwicklung seit der Einführung der Psych-PV, die deshalb als Rahmenbedingung mit erhoben werden soll.

26. Betreibt Ihre Einrichtung eine **Psychiatrische Institutsambulanz**?

☐ ja ☐ nein

27. Wie viele **Behandlungsfälle** (Scheine in 4 Quartalen) wurden von der Psychiatrischen Institutsambulanz in der Erwachsenenpsychiatrie im Referenzjahr 2004 abgerechnet?

28. Welcher durchschnittliche **Erlös** wurde dabei pro Schein erzielt?

Hinweis: Frage 29 ist relevant, da die Unterfinanzierung der Krankenpflegeschüler zur Unterfinanzierung der Psych-PV beitragen kann.

29. Ist die Einrichtung Träger oder Mit-Träger einer (Verbund-)Krankenpflegeschule?

☐ ja ☐ nein

Anzahl der Plätze in 2004

IST-VK Krankenpflegeschüler 2004
(VK-Umrechnungsschlüssel 1:7)

IST-Gesamtkosten

Krankenpflegeschüler 2004

30. Bilden die Fragen dieser Umfrage die derzeitige Psych-PV-Problematik ausreichend ab?

☐ ja ☐ nein

ggf. Klartext:

31. Welche Gesichtspunkte sollten bei einer Weiterentwicklung der Psych-PV berücksichtigt werden?

32. Sonstige Anmerkungen und Hinweise zur Umfrage?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Unterschriften der Budgetverantwortlichen siehe Seite 2

Anlage 5: Fragebogen KJPP (ad Kap. 2.1.)

Umfrage 2005 zur Psych-PV im Budgetjahr 2004
– Im Auftrag des BMGS –

Fragebogen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

1. Codenummer
(wird anhand der Adressenliste von APK vergeben)
2. Datum (TT.MM.JJJJ)
3. IK der Klinik (9-stellig)
4. Name der Klinik/Abteilung
5. Anschrift
6. Ansprechpartner/-in für Rückfragen:

Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
7. Bundesland
8. **Pflichtversorgungsgebiet** Ihrer Klinik/Abteilung und dessen Einwohnerzahl :
(falls keine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, z.B. in Baden-Württemberg oder aus anderen Gründen, ggf. das Einzugsgebiet zugrunde legen)

Stadt/Kreis	Einwohnerzahl

Keine Pflichtversorgung ☐

9. Fällt Ihre „Psychiatrische Einrichtung“ in den „Anwendungsbereich“ der Psych-PV nach § 1 Abs. 2?

☐ ja ☐ nein

Falls nein: Bitte schicken Sie uns dennoch den Fragebogen – ohne Beantwortung der weiteren Fragen – zurück, damit wir erfahren, dass Sie nicht zur Grundgesamtheit dieser Erhebung gehören.

Unterschriften der Budgetverantwortlichen (wenn der folgende Fragebogen ausgefüllt wurde)

.....
Betriebsleiter/in bzw.
Verwaltungsdirektor/in

.....
Ärztliche/r Direktor/in bzw.
Chefärztin/arzt der Abteilung

.....
Krankenpflegedirektor/in

Hinweis: Zur Sicherstellung der Anonymität werden die ersten beiden Seiten dieses Fragebogens vor der Auswertung von der APK abgetrennt und gesondert verwahrt.

10. Gemäß **Landesplanung** (Stand: 2004, ggf. letzter Stand gemäß Bettenfeststellungsbescheid des Landes für Ihre Klinik) für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie:

Planbetten

Planplätze (Tagesklinik, ggf. Nachtambulanz)

11. Ist das Pflichtversorgungsgebiet Ihrer Einrichtung größtenteils

städtisch,

☐

ländlich oder

☐

gemischt?

☐

12. **Träger/Gewährträger** der Einrichtung (bitte das am meisten Zutreffende ankreuzen):

a) öffentlich-rechtlich

☐

b) frei-gemeinnützig

☐

c) privat

☐

13. **Typ der Einrichtung** (bitte das am meisten Zutreffende ankreuzen):

a) Psychiatrisches Fachkrankenhaus

☐

b) Psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses

☐

c) Psychiatrische Universitätsklinik

☐

Hinweis zu 13 und 14: Gliederung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtung in Abteilungen gemäß § 301 SGB V.

14. Gibt es in Ihrer Klinik für das Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ einen oder mehrere eigene Abteilungspflegesatz/-sätze nach § 13 Abs. 2 BPfIV (vgl. K7 der LKA der BPfIV)?

☐ ja ☐ nein

15. Über wie viele **Stationen** verfügt Ihre psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik/Abteilung (incl. Tageskliniken)?

16. Gesamte psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtung: **Behandlungsleistungen** in absoluten Zahlen im Referenzjahr 2004 – nur die Bereiche, die unter die Psych-PV fallen (aus LKA nach BPfIV 2004 L1 bzw. L3; Fälle = (Aufnahmen + Entlassungen) : 2, vgl. Fußnote 11 BPfIV)

	Vereinbarte Daten	Ist-Daten
Berechnungstage im Budgetbereich (L1 bzw. L3 Nr. 4)		
davon Berechnungstage für teilstationäre Patienten (L1 bzw. L3 Nr. 6)		
Vollstationäre Fälle im Budgetbereich (L1 bzw. L3 Nr. 13)		
davon mit teilstationärer Behandlung (L1 bzw. L3 Nr. 17)		
Teilstationäre Fälle im Budgetbereich (L1 bzw. L3 Nr. 18)		

17. Wie viele **Personen** (ohne Berücksichtigung ihrer Wiederaufnahmen) wurden im Jahr 2004 aufgenommen?

Anzahl:

Angaben nicht verfügbar ☐

18. Sind Fälle und Belegungstage für das Fachgebiet **Psychotherapeutische Medizin** bzw. Psychosomatik und Psychotherapie *in Anlehnung* an Psych-PV verhandelt worden und in diesen Zahlen (Frage 16) enthalten?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, Frage 19

19. **Psychotherapeutische Medizin:** Vereinbarte und IST-Daten wie Frage 16

	Vereinbarte Daten	Ist-Daten
Berechnungstage im Budgetbereich (L3 Nr. 4)		
davon Berechnungstage für teilstationäre Patienten (L3 Nr. 6)		
Vollstationäre Fälle im Budgetbereich (L3 Nr. 13)		
davon mit teilstationärer Behandlung (L3 Nr. 17)		
Teilstationäre Fälle im Budgetbereich (L3 Nr. 18)		

20. **Patientenstruktur** in absoluten Zahlen:

nicht verhandelt:

- a) Durchschnitt der 4 Stichtagsergebnisse
2003 (vgl. § 4 Abs. 2 Psych-PV)
- b) entsprechend Ihrer prospektiven
Forderung für 2004
- c) entsprechend der Budgetvereinbarung
2004

☐☐☐

	Behandlungsbereich	a)	b)	c)
A1	Regelbehandlung	,	,	,
A2	Intensivbehandlung	,	,	,
A3	Rehabilitative Behandlung	,	,	,
A4	Langdauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	,	,	,
A5	Psychotherapie	,	,	,
A6	Tagesklinische Behandlung	,	,	,
(A7)*	akutagesklinische Behandlung	,	,	,
S1	Regelbehandlung	,	,	,
S2	Intensivbehandlung	,	,	,
S3	Rehabilitative Behandlung	,	,	,
S4	Langdauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	,	,	,
S5	Psychotherapie	,	,	,
S6	Tagesklinische Behandlung	,	,	,
(S7)*	akutagesklinische Behandlung	,	,	,
G1	Regelbehandlung	,	,	,
G2	Intensivbehandlung	,	,	,
G3	Rehabilitative Behandlung	,	,	,
G4	Langdauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	,	,	,
G5	Psychotherapie	,	,	,
G6	Tagesklinische Behandlung	,	,	,
(G7)*	akutagesklinische Behandlung	,	,	,
Ges	Patienten in AGS gesamt			

* A7/S7/G7 falls so mit Kassen vereinbart

21. Wurde für einen Teil oder das ganze Budget ein **Versorgungsvertragsabschluss** vereinbart,
z. B. weil die Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (vgl. Psych-PV § 3 Abs. 1, 2.)?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, bitte Angaben im Klartext:

22. Personalstellen nach Psych-PV (Vollkräfte/VK):

alle voll- und teilstationären Personalstellen inkl. z.B. Leitung und Funktionsstellen, **jedoch ohne** die Aufgaben (und entsprechende Stellen oder Stellenanteile), die nicht unter die Psych-PV fallen wie Institutsambulanz, Konsiliardienst, Neurologie, Forschung und Lehre, Maßregelvollzug, Heimbereich, Nichtbehandlungsfälle:

Spalte 1	Psych-PV Budgetvereinbarung VK 2004			tatsächlich finanzierte VK 2004	
	2	3	4	5	6
Berufsgruppe	Planbedarf nach Psych-PV 100%	Anzahl VK vereinbart (vgl. L2 Sp. 4, ggf. davon nur Psych-PV-Teilmenge)	durchschn. Personal-kosten vereinbart ¹ (nach K3)	Anzahl VK IST	durchschnittliche IST-Kosten pro VK
Ärzte (nur Regeldienst!)	,	,		,	
Ärzte Leitung	,	,		,	
ärztlicher Bereitschaftsdienst ²	XXXXX	,		,	
Pflege (nur Regeldienst!)	,	,		,	
Pflege Leitung	,	,		,	
pflegerischer Bereitschaftsdienst/ Nachtwachen ²	XXXXX	,		,	
Diplom-Psychologen ³	,	,		,	
Sozialarbeiter ³	,	,		,	
Ergotherapeuten ³	,	,		,	
Bewegungstherapeuten ³	,	,		,	

¹ durchschnittliche Euro-Werte je VK aus L2 Spalte 5 der LKA des Folgejahres 2005

(Psychiatrie) oder die Vereinbarung 2004: Kosten K7 Spalte 4 durch L2 (Anteil Psychiatrie)

² die ausbezahlten IST-Bereitschaftsdienstvergütungen bitte in VK umrechnen und in Spalte 5 eintragen

³ in Spalte „Anzahl VK vereinbart“ muss ggf. der zusammengefasste Wert aus „Funktionsdienst L2“ für die 4 Berufsgruppen übernommen werden

Psych-PV Budgetvereinbarung VK 2004 wurde nicht vereinbart für

Spalte 2 ☐

Spalte 3 ☐

Spalte 4 ☐

Hinweis: Die folgende Frage zur Geschlechtsverteilung des Psychiatriepersonals wird auf Wunsch des BMGS gestellt. Sollten Sie hierzu über keine exakten Daten verfügen, so bitten wir Sie, Näherungswerte einzutragen.

23. Wie viele der (voll- und teilzeitbeschäftigten) Personen am Stichtag 31.12.2004 waren Frauen, wie viele Männer? Bitte legen Sie für die folgende Tabelle die Psych-PV finanzierten VK-IST 2004 (Spalte 5 in der Tabelle zu Frage 22) zugrunde:

	Anzahl Frauen (absolute Zahlen)	Anzahl Männer (absolute Zahlen)
Ärzte		
Ärzte Leitung (§ 7 Psych-PV)		
Pflege		
Pflege Leitung (§ 7 Psych-PV)		
Psychologen		
Sozialarbeiter		
Ergotherapeuten		
Bewegungstherapeuten		

24. Konnte der Ausnahmetatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4, Nr. 4 BPfIV in den Budgetverhandlungen in Ihren Abteilungen, in denen die Psych-PV zur Anwendung kommt, geltend gemacht werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele zusätzliche Stellen konnten vereinbart werden?

Anzahl:

Konnten die zusätzlichen Stellen über die Obergrenze hinaus finanziert werden?

☐ ja ☐ nein

Falls nein, bitte geben Sie die Gründe an, die hierfür von den Krankenkassen bzw. der Landesschiedsstelle genannt wurden:

25. Konnte für das Jahr 2004 die BAT-Berichtungsrate nach § 6 Abs. 2 BPfIV geltend gemacht werden?

Wenn ja, wie beurteilen Sie rückblickend diese Möglichkeit? (Klartext)

Hinweis: Die folgenden Fragen 26 – 28 gehören nicht direkt zum Thema Psych-PV. Jedoch handelt es sich hier um die wichtigste Entwicklung seit der Einführung der Psych-PV, die deshalb als Rahmenbedingung mit erhoben werden soll.

26. Betreibt Ihre Einrichtung eine **Psychiatrische Institutsambulanz**?

☐ ja ☐ nein

27. Wie viele **Behandlungsfälle** (Scheine in 4 Quartalen) wurden von der Psychiatrischen Institutsambulanz in der Erwachsenenpsychiatrie im Referenzjahr 2004 abgerechnet?

--	--	--	--	--

28. Welcher durchschnittliche **Erlös** wurde dabei pro Schein erzielt?

--	--	--	--

Hinweis: Frage 29 ist relevant, da die Unterfinanzierung der Krankenpflegeschüler zur Unterfinanzierung der Psych-PV beitragen kann.

29. Ist die Einrichtung Träger oder Mit-Träger einer (Verbund-)Krankenpflegeschule?

☐ ja ☐ nein

Anzahl der Plätze in 2004

--	--	--	--

IST-VK Krankenpflegeschüler 2004
(VK-Umrechnungsschlüssel 1:7)

--	--	--	--

IST-Gesamtkosten

Krankenpflegeschüler 2004

--	--	--	--	--	--

30. Bilden die Fragen dieser Umfrage die derzeitige Psych-PV-Problematik ausreichend ab?

☐ ja ☐ nein

ggf. Klartext:

31. Welche Gesichtspunkte sollten bei einer Weiterentwicklung der Psych-PV berücksichtigt werden?

32. Sonstige Anmerkungen und Hinweise zur Umfrage?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Unterschriften der Budgetverantwortlichen siehe Seite 2

Anlage 6: (ad Kap. 2.2)

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der
Versorgung psychisch Kranker e. V.

Gewährleistung des Datenschutzes

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE gewährleistet durch folgende Regelung den Datenschutz für die Fragebogendaten bei der Umfrage zur Psych-PV.

1. Der Posteingang ist durch persönliche Annahme durch Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle gesichert.

2. Nach Posteingang erfolgt die Öffnung nur durch zwei benannte Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle.

3. Mit Öffnung der Post wird Seite 1 und 2 mit der Klinikadresse u. a. abgetrennt und durch eine Seite mit der Code-Nummer ersetzt.

4. Die Seiten 1 u. 2 werden mit der Code-Nummer kennzeichnet und getrennt in einen Aktenordner nach Eingang abgeheftet.

5. Die Fragebögen mit Codenummer-Deckblatt werden in nummerierten Aktenordnern nach Eingang abgelegt.

6. Sowohl die Aktenordner mit den Seiten 1 u. 2 als auch die Aktenordner mit den Fragebögen werden in verschiedenen abgeschlossenen Aktenschränken aufbewahrt. Der Zugang zu den Aktenschränken bzw. zu diesen Ordnern ist nur den benannten Mitarbeiterinnen, der Geschäftsführung und dem Projektleitern, Prof. H. Kunze sowie dem Vertreter, Prof. P.-O. Schmidt-Michel (Vorstand der APK), möglich.

7. Die Aktenordner mit den Fragebögen mit Codenummer-Deckblatt werden zu dem auswertenden externen wissenschaftlichen Mitarbeiter transportiert. Der Aktenordner mit den ersten Seiten verbleibt in der Geschäftsstelle.

8. Plausibilitätskontroll- und Nacherhebungsbedarf wird durch den auswertenden wissenschaftlichen Mitarbeiter ggf. in Zusammenarbeit mit der Projektleitung festgestellt. Unter Bezug auf die Codenummer übermitteln die benannten Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle den Ansprechpartner in der Klinik zur Abklärung der Fragen. Die Adresse des Ansprechpartners wird separat vom Fragebogen und verschlossen nur so lange aufbewahrt und dann vernichtet, bis die Rückfrage erledigt ist. Die Rückantworten werden nach dem in Punkt 1–7 beschriebenen Verfahren behandelt.

9. *Die AKTION PSYCHISCH KRANKE garantiert den Datenschutz inkl. Anonymisierung, Archivierung und Löschung der Daten. Die Unterlagen für die Auswertung*

in der Arbeitsgruppe, der Projektbericht für das BMGS und eine ggf. durch das BMGS erfolgende Publikation werden keinen Rückbezug auf einzelne Kliniken oder Klinikträger möglich machen.

10. Die Projektleiter, alle Mitarbeiter der Geschäftsstelle der APK sowie der auswertende externe wissenschaftliche Mitarbeiter sind über die Sensibilität der Daten und diese Regelung informiert und zum Datenschutz verpflichtet.

Jörg Holke

Bonn, den 9. September 2005

Geschäftsführung

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.

Anlage 7: Anschreiben an die Kliniken (ad Kap. 2.3)

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e.V.

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Brungasse 4-6 · 53117 Bonn

Telefon 0228 676740

E-Mail: apk@psychiatrie.de

22. September 2005

Umfrage zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)¹ in der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

angesichts der Probleme bei der Erfüllung des Personalstandards gemäß Psych-PV hat Herr Staatssekretär Dr. Schröder die AKTION PSYCHISCH KRANKE beauftragt, verlässliche Daten zur Umsetzung der Psych-PV im Referenzjahr **2004** zu erheben. Das Ergebnis dieser Umfrage soll für das BMGS Grundlage sein zu prüfen, ob und inwieweit politischer Handlungsbedarf besteht (vgl. das beigegefügte Schreiben von Staatssekretär Dr. Schröder).

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE führt die aktuelle Umfrage inkl. Auswertung durch zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen und in Kooperation mit den genannten Arbeitsgemeinschaften¹.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE ist sich der Sensibilität der ihr übermittelten Daten bei dieser Umfrage zur der Psych-PV bewusst. Sie wird äußerst sorgfältig bei der Verarbeitung und Auswertung der Daten vorgehen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE sichert zu, die ihr zur Beschreibung der Probleme bei der Erfüllung des Personalstandards gemäß der Psych-PV übermittelten Daten ausschließlich im Rahmen dieser Aufgabe zu verwenden und diese Daten lediglich den zuständigen Mitarbeitern der AKTION PSYCHISCH KRANKE zugänglich zu machen. Sie sichert ferner zu, ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung der Verschwiegenheit bei der Datenverarbeitung zu verpflichten und die technisch notwendigen Voraussetzungen für die Datensicherheit zu beachten, die einen unberechtigten Zugriff Dritter ausschließen (s. Anlage).

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE garantiert somit den Datenschutz inkl. Anonymisierung, Archivierung und Löschung der Daten. Die Unterlagen für die Auswertung in der Arbeitsgruppe, der Projektbericht für das BMGS und eine ggf. durch das BMGS erfolgende Publikation werden keinen Rückbezug auf einzelne Kliniken oder Klinikträger möglich machen.

Die Umfrage knüpft an die Erhebung zur Evaluation der Psych-PV bis 1995² an. Sie verwendet zwei separate Fragebögen für die Kliniken der beiden Fachgebiete

- „Psychiatrie und Psychotherapie“
- „Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters“

Wir übersenden Ihnen den beigegefügtten Fragebogen mit der Bitte um Rücksendung innerhalb von 4 Wochen an

Aktion Psychisch Kranke e.V.
Brungsgasse 4-6
53117 Bonn.

Der Fragebogen umfasst am Ende auch einige Fragen, die wichtige Entwicklungen der Kliniken mit indirektem Bezug zur Psych-PV betreffen, und die für eine Weiterentwicklung der Psych-PV relevant sein könnten.

Falls Ihnen bei bestimmten Fragen keine vollständige Antwort möglich sein sollte, so machen Sie bitte sinngemäß entsprechende Angaben und nennen Sie uns die von Ihnen verwendete Definition oder lassen Sie ggf. die Frage aus. Ein nicht ganz vollständig ausgefüllter Fragebogen ist für die Erhebung immer noch besser als Verzicht auf Beteiligung insgesamt.

Bitte benennen Sie eine Person in Ihrer Klinik für Rückfragen durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE zum ausgefüllten Fragebogen – Name, Telefon, Fax, Email (siehe Fragebogen).

Für Rückfragen Ihrerseits zum Fragebogen stehen auf Seiten der AKTION PSYCHISCH KRANKE zur Verfügung:

- Prof. Dr. H. Kunze (Vorstand der APK): Tel.: 05624/60-210; Fax: 05624/60-375;
Email: heinrich.kunze@zsp-kurhessen.de und
- Prof. Dr. P.-O. Schmidt-Michel (Vorstand der APK): Tel.: 0751/7601-2589;
Fax: 0751/7601-2706; Email: paul-otto.schmidt-michel@zfp-weissenau.de

Mit freundlichen Grüßen
– AKTION PSYCHISCH KRANKE –

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. H. Kunze

Mitglieder der AG „Umfrage zur Psych-PV“ sind:

- AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverbände der Krankenkassen

In Zusammenarbeit mit:

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
- Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Krankenpflegedirektoren Psychiatrischer Krankenhäuser
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Fachgruppe Psychiatrie

²Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personal-Verordnung, Band 99 Schriftenreihe des BMG, Nomos-Verlag, Baden-Baden 1998

Anlage 8: Erinnerungsschreiben an die Kliniken (ad Kap. 2.3)

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e.V.

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Brungsgasse 4-6 · 53117 Bonn

Brungsgasse 4-6
53117 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk@psychiatrie.de
apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

17.11.2005

Umfrage zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych PV) in der Erwachsenen-Psychiatrie und –Psychotherapie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Ende September 2005 an Sie versandte Fragebogen zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist bislang noch nicht ausgefüllt bei uns eingetroffen. Manchmal landen Fragebögen ja in einem Stapel, der aus dem Blick gerät. Deshalb fügen wir ein Exemplar noch mal bei. Wir möchten Sie herzlich bitten, den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 21.12.2005 an uns zurückzusenden. Eine hohe Teilnahme und Ergebnisse, die die reale Situation beschreiben, sind Voraussetzung dafür die Politik zu bewegen, die schleichende finanzielle Aushöhlung der Psych-PV durch die Bundespflegesatzverordnung zu verändern.

Falls die Psych-PV nicht auf Ihre Klinik angewendet wird, so ist diese Nachricht auch für uns wichtig zu Bestimmung der Grundgesamtheit der Umfrage: Bitte nur Seite 1 & 2 speziell Frage 9 beantworten.

Kern der Umfrage ist Tabelle 22. Am wichtigsten ist dabei der Vergleich zwischen den vereinbarten VK in Spalte 3 mit der Anzahl VK-IST in Spalte 5. In Spalte 5 geht es um die in Ihrem Hause *unter Ihren Bedingungen* finanzierten VK. - Falls 2004 keine Psych-PV Budgetvereinbarung getroffen wurde (Spalten 2 bis 4), bitten wir Sie in den Spalten 2 bis 4 die letzten Ihnen vorliegenden (d. h. die fortgeschriebenen) Werte einzutragen. – Wenn Ihnen Spalte 6 problematisch erscheint (z. B. weil es für die hausinterne Errechnung kein bundeseinheitliches Schema gibt), so notieren Sie bitte kurz ihren Rechenweg oder lassen Spalte 6 aus.

Wir wissen um die Sensibilität der hausindividuellen Angaben und haben deshalb in Abstimmung mit der DKG Regelungen zum Datenschutz getroffen, die auf dem Blatt vor dem Fragebogen abgedruckt sind.

Für Rückfragen Ihrerseits stehen auf Seiten der AKTION PSYCHISCH KRANKE
Prof. Dr. H. Kunze (Tel. 05624/60210, Email: heinrich.kunze@zsp-kurhessen.de) und
Prof. Dr. P.-O. Schmidt-Michel (Tel. 0751/76012589, Email: paul-otto.schmidt-michel@zfp-weissenau.de) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
– Aktion Psychisch Kranke –

Stellungnahme der Arbeitsgruppe Evaluation der Psych-PV zu den Ergebnissen der Umfrage

**Brief der Aktion Psychisch Kranke e.V. vom 15. Januar 2007 an
Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder**

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die Ergebnisse aus der Umfrage zur Psychiatrie-Personalverordnung im Jahr 2005/06. Wir danken Ihnen für diesen Auftrag, der die Möglichkeit eröffnete, zu differenzierten Daten über die Umsetzung der Personalstellen gemäß Psych-PV zu kommen. Nach dem Vorbild der vor fast zehn Jahren im Auftrag Ihres Hauses durchgeführten »Bundesweiten Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung« (Band 99, Schriftenreihe des BMG, 1998) wurde eine begleitende Arbeitsgruppe gebildet: Die AKTION PSYCHISCH KRANKE führte die Umfrage und Auswertung durch zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem federführenden Spitzenverband der Krankenkassen in Kooperation mit den aufgeführten Arbeitsgemeinschaften (siehe Einleitung des Projektberichtes).

Schon die **Psychiatrie-Enquete (1975)** hat die inhumanen Verhältnisse und die schlechte Ausstattung mit therapeutischem Personal in den Psychiatrischen Krankenhäusern angeprangert. Erst 1991 – 1995 brachte die **Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)** die grundlegende Verbesserung der Personalsituation in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Damit wurde die Qualität der Behandlung entscheidend verbessert. Immer mehr psychisch kranke Menschen akzeptieren diese Behandlung – ein Anzeichen dafür, dass das Stigma abnimmt, mit dem psychische Erkrankungen und psychiatrische Institutionen belastet sind.

Die Problematik der Unterfinanzierung, um die es hier geht, ist nicht ein Problem der Psych-PV, sondern ergibt sich aus der Bundespflegesatzverordnung (BPFV), weil diese die Finanzierung der Personalstellen nach Psych-PV regelt. Die Psych-PV ist ein Erfolg (s. u.), aber seit die »Budget-Deckelung« ab 1996 auch die psychiatrischen Kliniken betraf, nahm die Personalausstattung wieder ab, während die Zahl der behandelten Patienten erheblich anstieg – bei sogar zurückgehenden Bettenzahlen. Neue Aufgaben und Anforderungen sind hinzugekommen. Im Ergebnis bleibt immer weniger Therapeuten-Zeit für die Arbeit mit den Patienten.

Die Psych-PV wurde erstmals 1996 zum Abschluss der Übergangszeit 1991–1995 evaluiert (Band 99 der Schriftenreihe des BMG, 1998): Die Psych-PV hat

- die Personalausstattung grundlegend verbessert
- ein geschlossenes Leistungskonzept vorgelegt
- Qualitätsanforderungen und Prüfprozeduren verankert und einen maßgeblichen Beitrag geleistet für
- Bettenabbau und Enthospitalisierung
- sinkende stationäre Verweildauer
- steigende Zahl von behandelten Patienten (Behandlungsqualität vermindert das Stigma)
- Zunahme teilstationärer Behandlungen
- Strukturklarheit in der stationären Versorgung (Trennung der Behandlungsfälle von Nichtbehandlungsfällen bzw. sogenannten Pflegefällen)
- Regionalisierung durch die Koppelung der Personalausstattung nach Psych-PV an die Voll- und Pflichtversorgung und damit Integration ins Versorgungsnetz (wozu außerdem die Institutsambulanz nach §118 SGB V maßgeblich beiträgt)
- Konvergenz von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern und psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Die zentrale Qualitätsanforderung der Psych-PV ist die *regionale Pflichtversorgung für alle Patienten, insbesondere die, die so beeinträchtigt sind, dass sie die Notwendigkeit ihrer Behandlung nicht erkennen können oder die aus anderen Gründen besonders schutzbedürftig sind*. Die für sie regional zuständige Klinik muss sie jederzeit – auch als Notfall, ggf. mit gerichtlichem Beschluss – aufnehmen, unabhängig von freier Bettenkapazität. Die Wahlfreiheit der Patienten wird dadurch nicht eingeschränkt.

Die Krankenhauspsychiatrie hat gesundheitspolitische Reformanliegen (s. Spiegelpunkte oben) schon umgesetzt, die die Somatik jetzt mit der DRG-Einführung erreichen will. Die Tabellen 1 und 2 im Anhang des Abschlussberichts zeigen die *enorme Leistungsverdichtung* seit Inkrafttreten der Psych-PV in den Zeitabschnitten A (1991–1995) und B (1991–2004). Die Fallzahlen stiegen 1991–2004 in der Erwachsenen Psychiatrie und Psychotherapie um 80 % – mit Zunahme der behandelten Personen, wie wir aus den Klinik-Statistiken wissen. Gleichzeitig sank die Verweildauer um 63 %, die Pflagetage gingen um 33 % zurück und die »aufgestellten« Betten um 37 % – bei Zunahme der teilstationären Behandlungen, wozu es keine brauchbaren Zahlen vom Statistischen Bundesamt gibt. Dies bedeutet aber auch, dass den Patienten während der verkürzten Behandlungsdauer nur noch zeitlich geringere Behandlungsangebote gemacht werden können.

Ähnliches gilt für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Der erneute Anstieg der Pflégetage und Betten in den letzten Jahren ist Ausdruck der erheblichen Unterkapazitäten, u. a. weil durch die bessere Vernetzung mehr Familien mit behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen erreicht wurden.

Im vorgelegten Projektbericht wird die partiell unzureichende Realisierung der Personalstellen nach Psych-PV differenziert beschrieben. Die Expertengruppe hat darin auch die inzwischen gestiegenen rechtlichen und vor allem fachlichen Anforderungen ohne entsprechende Gegenfinanzierung aufgelistet und die hieraus resultierenden, in der Literatur beschriebenen, negativen Folgen für die Patienten zusammengefasst.

Die seit 1996 zunehmende Schere zwischen Erlösen und Kosten konnte von vielen Kliniken wenigstens teilweise kompensiert werden durch Rationalisierung z. B. im Bereich Verwaltung und Service sowie durch Organisationsoptimierung und bessere Qualifizierung im therapeutischen Bereich. Prozess- und Behandlungsoptimierungen in allen Bereichen der Kliniken mindern jedoch nur teilweise die negativen Folgen für die Qualität.

Die Rationalisierungsmöglichkeiten in der Behandlung von psychisch kranken Patienten sind geringer als in der Somatik, weil die *Zeit* für Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten im therapeutischen Milieu das entscheidende Therapeutikum ist. Diese Zeit für Kommunikation kann nicht beliebig verkürzt oder komprimiert oder beschleunigt werden, sondern muss die Beeinträchtigungen der Patienten berücksichtigen.

Weil in der Psychiatrie-Psychotherapie der Personalkostenanteil viel höher ist als in der Somatik, kann bei Budgetkürzungen praktisch nur am Personal gespart werden (Verhältnis von Personalkosten zu Sachkosten 80:20 in den Kliniken für Erwachsene und 90:10 in den Kliniken für Kinder und Jugendliche).

In immer mehr Kliniken kehren Verhältnisse zurück, wie sie durch die Psych-PV ursprünglich überwunden wurden. Zur Personalausstattung nach Psych-PV fehlte im Jahr 2004 Personal im Umfang von € 250 Mio. Damit hat die Finanzierungslücke die Größenordnung der Summe erreicht, um die das therapeutische Personal zur Erreichung des Psych-PV-Standards in fünf Jahresschritten von 1991–1995 aufgestockt wurde. Die mit der Psych-PV festgesetzten Qualitätsstandards zur Versorgung der Patienten sind akut in Gefahr, das einmal erreichte Niveau der Versorgung der psychisch Kranken kann so nicht mehr gewährleistet werden.

Auf dem Hintergrund der ermittelten Unterfinanzierung treffen die aktuellen Entwicklungen die Finanzierung der Psych-PV besonders hart. Die Tarifabschlüsse im Jahr 2006 führen zu erheblichen Personalkostensteigerungen. Darüber hinaus sind Erlösminderungen im Rahmen der Gesundheitsreform ab 2007 zu erwarten:

- Pauschaler Sanierungsbeitrag
- Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung durch Abzug 1 %: Der sehr geringe Anteil von nur kleinen Verträgen nach § 140 a–d im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie führt zur Quersubventionierung der Somatik durch die Psychiatrie
- Mehrwertsteuererhöhung 2007 führt zu erheblichen Mehrkosten inkl. Medikamenten- und Therapiemittelversorgung

Immer mehr Kliniken werden in eine Personalsituation zurückgedrängt, bei der das therapeutische Personal nicht mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung hat, als vor der Psych-PV.

Die finanzielle Aushöhlung der Psych-PV macht volkswirtschaftlich keinen Sinn, da sie keine Einsparungen bewirkt. Psychische Krankheiten einschließlich Suchterkrankungen werden inzwischen als große Volkskrankheiten erkannt (WHO-Report 2001, Grünbuch der Europäischen Kommission, jährliche Berichte der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund), deren häufiger Beginn im frühen Lebensalter die gesamte Erwerbsbiografie belastet. Die schweren Beeinträchtigungen der betroffenen Personen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (verlorene Lebensjahre, auch durch Suizid) und die volkswirtschaftlichen Verluste (berufliche Entwicklung insbesondere junger Menschen unter der Leistungsmöglichkeit, Arbeitsunfähigkeitstage, Frühberentungen) belegen »Spitzenplätze« in entsprechenden (gesundheitsökonomischen) Studien und statistischen Berichten. Auf den explosionsartigen Anstieg von Maßregelvollzugspatienten mit enormen Kosten darf hingewiesen werden.

Die qualifizierte Versorgung für diesen Personenkreis ist deshalb aus medizinischen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Gründen von herausragender Bedeutung. Die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung trägt zur Senkung der Folgekosten bei: im ambulanten Bereich, bei Kosten von *Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit* sowie in den Bereichen *Rehabilitation, Teilhabe und Pflege*. Bei Personen mit gleichzeitig psychischer und somatischer Krankheit führt unzureichende Behandlung der psychischen Erkrankung zu erheblich erhöhten Kosten der somatischen Erkrankung (»high utilizer«). Infolge der immer noch wirksamen Stigmatisierung wird psychiatrische Krankenhausbehandlung eher zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen als zu früh und zu viel. Die Vorurteile von heute sind auf berechtigte Urteile zurückzuführen, die aus unseliger Vergangenheit stammen. Die Qualität der Behandlung ist das wirksamste Mittel zur weiteren Entstigmatisierung.

Ziel der Psychiatrie-Enquete war, die Psychiatrie und Psychotherapie der Somatik anzugleichen. Grundsätzlich ist dies in vielen Bereichen gelungen, es bleibt aber eine wichtige Besonderheit: Je schwerer krank die psychiatrischen Patienten sind, umso weniger suchen sie von sich aus die Behandlung auf und müssen ggf. gerichtlich eingewiesen werden. Im Gegensatz zum Versorgungsauftrag der soma-

tischen Krankenhäuser hat die Psychiatrie eine gesellschaftliche Doppelfunktion: Sie soll einerseits die Gesellschaft vor psychisch Kranken schützen (und evtl. diese vor sich selbst) und gleichzeitig durch die Behandlung Ausgrenzung verhindern. Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen durch angemessene Behandlung gerechtfertigt werden. Deshalb sind die schwer psychisch kranken Menschen auf den besonderen Schutz des Staates angewiesen (vgl. z. B. § 27 SGB V sowie die Entschließung des Bundestages »25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung« Drucksache 14/9555 vom 26.06.2002).

Direkte Konsequenzen aus der Umfrage¹

Die Psych-PV wurde aus gutem Grund als Garantie der Strukturqualität ›Personal Ausstattung‹ geschaffen. Diese Garantie wird durch eine andere Rechtsverordnung, die Bundespflegesatzverordnung, seit zehn Jahren zunehmend ausgehöhlt. Die Glaubwürdigkeit des Ordnungsgebers wird damit in Frage gestellt. Die folgenden Konsequenzen sind notwendig zur Stabilisierung der Finanzierung der Personalstellen gemäß Psych-PV bis zu einer besseren Lösung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungssystems.

1. Sofortmaßnahme: Weiteres Aufgehen der Schere zwischen Kosten und Erlösen verhindern

1a. Anpassung der Berichtigungsrate in der BPflV §§ 6 Abs. 2 und 15 Abs.1: Die Tarifentwicklung eines Budgetjahres (nicht der Vergangenheit) wird angemessen ausgeglichen. Tarifbedingte Personalaufwendungen sind im Budget zu berücksichtigen.

1b. Der Versorgungsvertrag (§ 6 Abs. 2 Satz 1) ist als nicht erfüllbar anzusehen, wenn die zentralen Qualitätsanforderungen der Psych-PV nicht mehr realisiert werden können, z. B. deutliche Unterschreitung der Soll-Werte für mit Patienten unmittelbar verbrachte Zeit, oder bei einer nach Sicherheits- und Aufsichts-Erfordernissen nicht verantwortbaren Rückkehr zu größeren Stationen für Kinder und Jugendliche.

2. Verbesserung der Finanzierung von vereinbarten Psych-PV-Stellen

Einsparungen durch die Umwandlung von Klinik-Betten in tagesklinische Plätze sowie andere Struktur- und Prozessverbesserungen müssen der Klinik verbleiben zur Verbesserung der Psych-PV-Erfüllung. Dies ist zugleich ein finanzieller Anreiz für die Klinik, Betten in tagesklinische Plätze umzuwandeln. Bisher ist die Umwandlung betriebswirtschaftlich kontraindiziert.

Bei Enthaltung des Vertreters der Krankenkassen

3. Zunahme der Fallzahlen als Ausnahmetatbestand berücksichtigen

Dies ist zwar in BPflV § 6 Abs. 1, Satz 4, Nr. 1 vorgesehen, kann jedoch nicht vor die Schiedsstelle gebracht werden. Das kann erreicht werden, indem in BPflV § 19 Abs. 3 wegfällt: »§ 6 Abs. 1, Satz 4, Nr. 1«.

4. Quersubventionierung zulasten der Personalstellen gemäß Psych-PV verhindern

Nach BPflV § 6 Abs. 1, Satz 4, Nr. 4 ist »sicherzustellen, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird«. Diese Regelung greift nicht, weil gesetzliche Anforderungen und die gesetzliche Regelung ihrer Finanzierung nicht aufeinander abgestimmt sind; sie ist ein Grund für die »Intransparenz« der Stellenbesetzung. Zwischen den Personalstellen nach Psych-PV (sowie der Finanzierung anderer gesetzlich vorgegebener aber nicht Psych-PV-geregelter Stellen) und ihrer Finanzierung nach BPflV besteht keine wirksame Verbindung. Die Anforderung »sicherzustellen«, muss praktisch umsetzbar geregelt werden. Im Budgetabschluss aller Kliniken könnte ausgewiesen werden, wie viele der vereinbarten Psych-PV-Stellen unter dem »Deckel« tatsächlich finanziert sind.

Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) ist ein separates Budget zu vereinbaren.

5. BPflV präzisieren: Neugestaltung des Formblattes L2 LKA BPflV

Verhandlungen über zu vereinbarende und IST-Personalkosten setzen einheitliche Definitionen und Zuordnungen voraus. Die Umfrage zeigte, dass nicht selten Angaben nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten: Zum Beispiel: Der VK-Wert »Ärzte (nur Regeldienst)« war falsch zu hoch, weil auch VK für Ambulanz, Poliklinik, Konsile, Forschung und Lehre, Bereitschaftsdienst darin enthalten waren und auch auf Nachfrage nicht ausgegliedert werden konnten, oder aus dem Regeldienst Bereitschaftsdienst erbracht wurde mit Freizeitabgeltung ohne entsprechende Erhöhung der Arzt-Stellen. Krankenpflege: Angaben zu VK Regeldienst enthielten manchmal auch Bereitschaftsdienst oder sogar Nachtwachen. Bereitschaftsdienste wurden manchmal nicht als VK ausgewiesen, sondern in die Personaldurchschnittskosten eingerechnet.

Der »Medizinisch-technische Dienst« enthält auch Nicht-Psych-PV-Berufsgruppen. Alle Psych-PV-Berufsgruppen sind als separate Berufsgruppen aufzuführen (separate Spalten im Blatt L2 für Psych-PV-Personal sowie anderes Personal).

6. Rechtsweg zur Durchsetzung der Psych-PV beschleunigen

Die gerichtliche Durchsetzung von Psych-PV-Ansprüchen ist auf eine vertretbare Zeit zu verkürzen. Denn der Instanzenweg Schiedsstelle – Verwaltungsgerichte dauert viele Jahre, wodurch der Träger in ein Dilemma kommt: Die Klinik, die

die geforderten Stellen vorfinanziert, riskiert ihren Ruin; verzichtet die Klinik auf die Vorfinanzierung, liefert sie den »Beweis«, dass die Stellen nicht notwendig waren.

7. Reduzierung des Misstrauensaufwandes

Dies ist notwendig, damit den Therapeuten mehr Zeit für die Patienten bleibt und die Kassen Verwaltungskosten einsparen können. Insbesondere massenweise retrospektive Einzelfallprüfungen unter Anwendung von nach Kassenart unterschiedlichen oder nicht transparenten Kriterien binden erhebliche Personalkapazitäten auf beiden Seiten.

Ziel: Auf retrospektive Einzelfallprüfungen wird verzichtet, wenn die Behandlung nach vom MDK akzeptierten Behandlungskonzepten der Klinik erfolgt und diesen zugeordnete statistische Kennwerte für die jeweilige Fallgruppe im vereinbarten Korridor liegen (z. B. aus der BADO). Solange die Kennwerte nicht überschritten werden, finden Einzelfall-Prüfungen nicht statt.

Eine *prospektive* Einzelfallprüfung kann ggf. bei seltenen besonders aufwendigen Einzelfällen (»Ausreißer«) erfolgen, wenn definierte Kriterien, z. B. Verweildauer oder Behandlungstage pro Jahr, überschritten werden.

Der fortschreitende finanzielle Erosionsprozess der Psych-PV-Personalstellen muss angehalten und umgekehrt werden, um zu gegebener Zeit die Psych-PV sowie die Finanzierung der Personalstellen durch die BPfIV gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz fortentwickeln zu können.

Eine einfache Problemlösung durch den »Anschluss« der krankenhaupsychiatrie an die DRG-Finanzierung gibt es nicht. Weltweit existiert kein funktionierendes Finanzierungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, das von einem diagnoseorientierten Leistungsbezug und fallbezogener Abrechnung ausgeht.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H. Kunze
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. P.-O. Schmidt-Michel
Vorstand

Anhang

Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem der Krankenhausbehandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für alle Altersgruppen

AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie
und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland, Hamm

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Viersen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden MitarbeiterInnen des Pflege-
und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer
Kliniken und Abteilungen, Bremen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger
Psychiatrischer Krankenhäuser, Kassel

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen
der Psychiatrie, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Köln

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Dortmund

Konferenz der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter deutscher Kliniken
für Psychiatrie und Psychotherapie »Bundesdirektorenkonferenz«, Berlin

Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie
und Psychotherapie an deutschen Universitäten, Kiel

Fachvertreterkonferenz für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Heidelberg

31. Januar 2007

Einführung

In den nächsten Jahren sind für die psychiatrisch-psychotherapeutische-psycho-somatische Krankenhausbehandlung und deren Finanzierung – wie im gesamten Gesundheitswesen – Veränderungen zu erwarten. Deshalb haben die aufgeführten Fachgesellschaften und Verbände einvernehmlich Ziele und Anforderungen zur Weiterentwicklung der Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) formuliert für die gesundheitspolitische Diskussion zur zukünftigen Finanzierung der Krankenhausbehandlung im ambulanten, tagesklinischen und stationären Bereich.

Die PsychPV ist seit 1991 in Kraft. Sie definiert für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Behandlungsbedarf angemessene Behandlungsziele, die typischerweise dafür erforderlichen Behandlungsleistungen und Qualitätsanforderungen. Daraus leitet die PsychPV den Bedarf an Personalstellen ab. Die über die PsychPV ermittelten Personalstellen werden nach Maßgabe der »Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze«, der Bundespflegesatz-Verordnung (BPflV) vergütet. Die BPflV regelt ebenfalls, dass die Abrechnung der (teil-)stationären Behandlungen über tagesgleiche Pflegesätze erfolgt.

Die Budgets der Krankenhäuser insgesamt sind seit 1993 durch die BPflV »gedeckt«, wobei aber die Personalbemessung gemäß PsychPV einen Ausnahmestatbestand (§ 6 Abs. Nr. 4 BPflV) darstellt. Die somatische Krankenhausmedizin wird inzwischen nicht mehr über die BPflV finanziert, sondern gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG). Die Einbeziehung der psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie der psychosomatischen Krankenhausbehandlung in das DRG-Finanzierungssystem hat der Gesetzgeber im Jahr 2000 mit guten Gründen abgelehnt. Gemäß der ursprünglichen Formulierung des Gesetzestextes (GKV-Gesundheitsreform 2000) »kann durch eine Vergütung mit Fallpauschalen eine sachgerechte Versorgung der Patienten nicht gewährleistet werden«. Diese Erkenntnis gilt unverändert: Es sind keine Patientenmerkmale (z. B. Diagnose) bekannt, die einen hinreichend prädiktischen Wert für den Bedarf an personellen Ressourcen und Zeit (Verweildauer) und damit für die Kosten hätten. Folglich variiert dieser Bedarf zwischen den psychisch Kranken weitgehend unvorhersagbar. Wenn pauschaliert entgolten würde, dann würden aus dem ökonomischen Anreiz extrem kurze, unzureichende Verweildauern resultieren mit massiver Steigerung der Wiederaufnahmerate und schlechten Behandlungsergebnissen. Entsprechende Erfahrungen wurden in den 80er-Jahren in den USA gemacht und deshalb die Anwendung pauschalierender Entgeltsysteme auf psychische Krankheiten aufgegeben. Diese Erkenntnis gilt fort auch unter Berücksichtigung zum Beispiel des sog. ungarischen Modells, wo die Akutphase mit Fallpauschalen und chronische Verläufe (Rehabilitation) mit tagesgleichen Pflegesätzen vergütet werden. Das schließt nicht aus, dass sich für

einzelne Behandlungskomponenten oder Fallkonstellationen auch pauschalierende Entgelte als sachgerecht erweisen können, wobei die derzeitigen tagesgleichen Entgelte auch eine Art Pauschalierung darstellen.

Die Finanzierung des nach PsychPV ermittelten Personalbedarfs ist in der BPflV geregelt. § 6 BPflV schreibt grundsätzlich vor, dass die Höhe der Entgelte und des Budgets an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen gebunden ist.

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation (§ 27 SGB V) und dass den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 10 SGB IX). Diesem Auftrag ist die PsychPV grundsätzlich gerecht geworden. Nach nunmehr 15 Jahren müssen die PsychPV und die BPflV aber weiterentwickelt werden, weil inzwischen wesentliche Veränderungen des Leistungsgeschehens in den Kliniken stattgefunden haben. Viel mehr Patienten werden viel kürzer stationär und teilstationär behandelt. Auch der wissenschaftliche Fortschritt führt zu einer Leistungsverdichtung. Institutsambulanzen sind inzwischen etabliert. Die Konzepte zur effizienten Organisation von Behandlungsprozessen haben sich weiterentwickelt. Die therapeutischen Netzwerke bedürfen des Ausbaus und der Differenzierung, die Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung müssen flexibler gestaltet werden. Die beteiligten Fachverbände legen daher dieses Arbeitspapier vor, um so die absehbare gesundheitspolitische Diskussion mit zu gestalten. Diese Grundsätze richten sich an die Politik, die Krankenkassen und die Krankenhausträger.

I Allgemeine Anforderungen an das Entgeltsystem

Das Entgeltsystem soll leistungsgerecht, transparent, einfach anzuwenden sein und Anreize für eine flexible, patientenorientierte und wirtschaftliche Leistungsgestaltung geben. Es soll die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen (§ 27 (1) SGB V) und ein leistungsfähiges und qualitätsgesichertes Versorgungssystem erhalten.

II Entwicklungsperspektiven

1. Kliniken/Abteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind zuständig für Menschen mit psychischen Störungen, die diagnostische und therapeutische Leis-

tungen in Form einer komplexen und personenzentrierten Behandlung benötigen und durch die Angebote der Vertragsärzte nicht ausreichend versorgt werden können (s. § § 39 und 118 SGB V). Diese medizinischen Leistungen werden durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Behandlungsteam* erbracht.

2. Komplexe Krankenhausbehandlung findet im Krankenhaus und vom Krankenhaus aus in der Lebenswelt des Patienten statt. Die Behandlung durch das Krankenhaus ist ausgerichtet auf die Durchführung zielgruppenorientierter, personenzentrierter Komplexleistungen mit flexiblem Einsatz von individuell angepasster ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Diagnostik und Therapie. Durch den Ausbau mobiler, aufsuchender, kontinuierlich begleitender ambulanter Behandlung durch multiprofessionelle Teams soll insbesondere vollstationäre Behandlung verkürzt oder vermieden werden.

3. Grundlage für die Leistungserbringung ist die regionale Pflichtversorgung. (s. § 3 der Psychiatrie-Personalverordnung). Daneben soll die Vereinbarung von Spezialangeboten möglich sein, die nicht in allen Versorgungsregionen zur Verfügung stehen können.

III Beurteilung des aktuellen Vergütungssystems von psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausleistungen

1. Die Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) hat sich als leistungsbezogenes, einfach anzuwendendes System zur bedarfsgerechten Personalbemessung für Pflegesatzvereinbarungen bewährt und als steuerungswirksam erwiesen. Sie bietet eine Grundlage für ein Qualitätsmanagement.

2. Die durch die PsychPV vorgeschriebene Personalbemessung wird immer weniger erfüllt. Dazu tragen u. a. unklare gesetzliche Regelungen bei: Das aus den Leistungsdaten resultierende Personalsoll ist zu finanzieren. Die für die Finanzierung des Personals zur Verfügung gestellten Mittel müssen auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung eingesetzt werden. Diesbezüglich ist der § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 Bundespflegesatzverordnung zu ergänzen.

3. Anpassungsbedarf gibt es in Folge von Leistungsverdichtungen durch Erhöhung der Zahl der behandelten Menschen und durch Verkürzungen der Verweildauern und in Folge des medizinischen Fortschritts.

* In einem multiprofessionellen Behandlungsteam werden im Rahmen des ärztlich verantworteten Behandlungsplanes unterschiedliche diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht, insbesondere ärztliche Diagnostik und Therapie, Krankenpflege, Psychotherapie, Sozio-, Ergo- und Physiotherapie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie außerdem Pädagogik, Psychomotorik, Heilpädagogik, Familientherapie und Sozialarbeit.

4. Die Finanzierung der ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus ist bislang regional und krankenhausindividuell sehr unterschiedlich geregelt und – gemessen an dem Ziel, vollstationäre Behandlung zu verkürzen oder zu vermeiden – unzureichend. Eine Vergütung über Quartalspauschalen darf die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht einschränken. Bei einer leistungsbezogenen Vergütung muss eine ausreichende Finanzierung für das multiprofessionelle Team sichergestellt sein. Soweit das für somatische Einrichtungen gültige DRG-System Pauschalen für psychische Krankheiten enthält, ist es dahingehend zu konkretisieren, dass es sich dabei nur um differenzialdiagnostische Abklärung, Krisenintervention und die Behandlungsüberleitung in Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik handeln kann. Die im Weiteren durch Diagnosen und Prozeduren definierten DRGs sind ungeeignet, die umfassende Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten, wie sie in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie stattfindet, abzubilden.

5. Medizinisch notwendige Liaison- und Konsiliardienste werden in den bestehenden Finanzierungssystemen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

IV Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems

1. Diagnosebezogene Fallpauschalen sind in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Erwachsenen- sowie des Kindes- und Jugendalters nicht angemessen. Sie führen zu einer Fehlsteuerung der Behandlungsprozesse zum Nachteil der Patienten. Sie sind aufgrund der Variabilität der Störungsbilder nicht empirisch zu fundieren.

2. Die PsychPV soll grundsätzlich erhalten bleiben. Ihre finanzielle und administrative Umsetzung und die vorschriftsmäßige Verwendung der Mittel muss durch gesetzliche Vorgaben und begleitende Überprüfung sichergestellt werden.

3. Das Finanzierungssystem für die Krankenhausbehandlung definiert die Rahmenbedingungen für die Vereinbarung der Entgelte der stationären und teilstationären Krankenhausbehandlung auf der Grundlage der fortentwickelten PsychPV und für die ambulante Krankenhausbehandlung.

4. Das Finanzierungssystem soll dahingehend fortentwickelt werden, dass eine patientenzentrierte, flexible Behandlung durch das Krankenhaus ermöglicht und gefördert wird. Dabei ist zu prüfen, welche Formen und ggf. Kombinationen einer pauschalierten (z. B. Tagespauschalen, Komplexleistungspauschalen) oder einzelleistungsbezogenen Vergütung dieses Ziel optimal unterstützen.

5. Das Finanzierungssystem muss den »Facharztstandard« für die ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung und für den Konsiliar- und Liaisondienst absichern.

6. Dabei sind insbesondere die Folgewirkungen zu beachten im Hinblick auf
 - die Befähigung des Patienten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
 - die Länge und Häufigkeit der Behandlung durch das Krankenhaus und im Krankenhaus
 - den unterschiedlichen Ressourceneinsatz in den verschiedenen Behandlungsphasen.
7. Das Finanzierungssystem soll Anreize für Patienten und das Krankenhaus setzen, die regionale Versorgung zu bevorzugen, um möglichst weitgehende Beziehungskontinuität sicherzustellen, lebensweltbezogene Behandlung zu erleichtern und die vernetzte Nutzung präventiver und komplementärer Angebote zu fördern.
8. Die Personalbemessung und ihre Finanzierung muss Anreize für solche Krankenhäuser beinhalten, die verpflichtet sind, krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten aus dem Zuständigkeitsbereich aufzunehmen. Eine solche »Versorgungsverpflichtung« schließt die Zuständigkeit für gerichtlich eingewiesene, krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten aus dem Zuständigkeitsbereich ein.
9. Das Finanzierungssystem soll auch Regelungen zur Vereinbarung eines regionalen Budgets für die Pflichtversorgung und andere innovative Versorgungsformen ermöglichen und unterstützen. Dies setzt die Gewährleistung einer leistungsgerechten und wettbewerbsfähigen über mehrere Jahre rechtssicheren Finanzierung voraus.
10. Das Finanzierungssystem soll den Abschluss von Vereinbarungen im Sinne der integrierten Versorgung gemäß § 140 a ff fördern.
11. Das Finanzierungssystem muss leistungsgerechte Erlöse ermöglichen und im Wege von Mehr- und Mindererlösausgleichen das Morbiditätsrisiko – unter Einbeziehung von Mengen- und Belegungsveränderungen – zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern gerecht verteilen.

Zusammenfassung für eilige Leser

Kurze Zusammenfassung der Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung (2005)

Ralf-Peter Gebhardt, Paul-Otto Schmidt-Michel, Heinrich Kunze
(Stand Juni 2007)

1 Das Projekt

Die Psych-PV regelt die Personalausstattung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen. Doch durch die Koppelung der Psych-PV an die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) konnte die gesetzlich garantierte Personalausstattung seit 1996 (Basispflegesatz seit 1993) immer weniger realisiert werden, da die tariflich bedingten Personalkostensteigerungen jeweils über der maximal verhandelbaren Veränderungsrate lagen.



Bildung einer Arbeitsgruppe

- o AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.
(Prof. Dr. Heinrich Kunze, Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel)
- o Deutsche Krankenhausgesellschaft
(Renate Höchstetter)
- o Spitzenverbände der Krankenkassen
(Stefan Wöhrmann, VdAK)

In Zusammenarbeit mit:

- o Arbeitskreis der Cheftätinnen und Cheftät von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (Prof. Dr. Karl Beine)
- o Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. Lothar Adler, Dr. Iris Hauth)
- o Bundesarbeitsgemeinschaft der Krankenpflegedirektoren Psychiatrischer Krankenhäuser (Heinz Lepper)
- o Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Prof. Dr. Renate Schepker)
- o Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (Rainer Kukla, Joachim Hübner)
- o Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Prof. Dr. Renate Schepker)
- o Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Prof. Dr. Jürgen Fritze)
- o Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten (Prof. Dr. Helmfried Klein)
- o Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Fachgruppe Psychiatrie (Michael Hiller)



Fragestellung

- Inwiefern konnte der VK-Planbedarf nach Psych-PV (VK-SOLL) im Budgetjahr 2004 tatsächlich realisiert (VK-IST) werden?

Psych-PV-Erfüllungsgrad =

$$\text{VK-IST} / \text{VK-SOLL} * 100\%$$

Am 1. Juli 2005 erteilte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) den Auftrag, eine Umfrage zum Stand der Realisierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) durchzuführen. Die APK bildete eine Arbeitsgruppe mit allen relevanten Spitzen- und Fachverbänden inkl. DKG und VdAK.

Mit der Durchführung und Auswertung der Umfrage wurde die Psychiatrische Versorgungsforschung des Zentrums für Psychiatrie Weissenau beauftragt. Die zentrale Zielsetzung der Erhebung galt der empirischen Ermittlung des Psych-PV-Erfüllungsgrades, d. h. der Frage, inwiefern der Vollkräfte-Planbedarf nach Psych-PV im Budgetjahr 2004 von den Einrichtungen tatsächlich realisiert werden konnte.



Methode

- Ermittlung der Grundgesamtheit der Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden
- Gewährleistung des Datenschutzes für die teilnehmenden Einrichtungen
- Plausibilitätsprüfungen und Datenbereinigung

Auszug aus Tabelle 22: VK-SOLL und VK-IST

Berufsgruppe	VK-SOLL: Planbedarf nach Psych-PV (Spalte 2)	(Spalte entfällt)	VK-IST (Spalte 5)
Ärzte (Regeldienst)			
Ärzte Leitung			
Ärzte (Bereitschaft)	xxxxxxxxxxxxx		
Pflege (Regeldienst)			
Pflege Leitung			
Pflege (Bereitschaft)	xxxxxxxxxxxxx		
Med. Techn. Dienst			

Von den 368 Einrichtungen der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie (EPP), die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten, beteiligten sich N=255 (69,3 %) an der Umfrage. Der Psych-PV-Erfüllungsgrad war bei N=196 (53,3 %) dieser Einrichtungen ermittelbar, die über 31 303 Planbetten (66,4 % aller Planbetten der EPP) verfügen. Von den 119 Einrichtungen der KJPP, die die Psych-PV im Jahr 2004 angewendet hatten, beteiligten sich N=74 (62,2 %) an der Umfrage. Der Psych-PV-Erfüllungsgrad war bei N=58 (48,7 %) dieser Einrichtungen ermittelbar, die über 2276 Planbetten (51,3 % aller Planbetten der KJPP) verfügen.

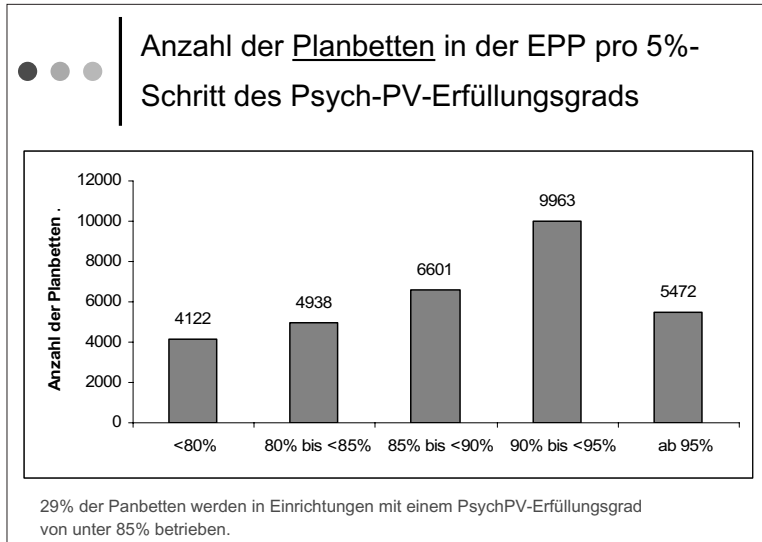
Ergebnisse

Ergebnisse in der Erwachsenen- Psychiatrie und -Psychotherapie (EPP)

Grundgesamtheit N=368
mit 47122 Planbetten

Teilnehmer N=255 (69,3%)
mit 36424 (77,3%) Planbetten

Psych-PV-Erfüllungsgrad ermittelbar bei
N=196 (53,3%) mit 31303 (66,4%)
Planbetten

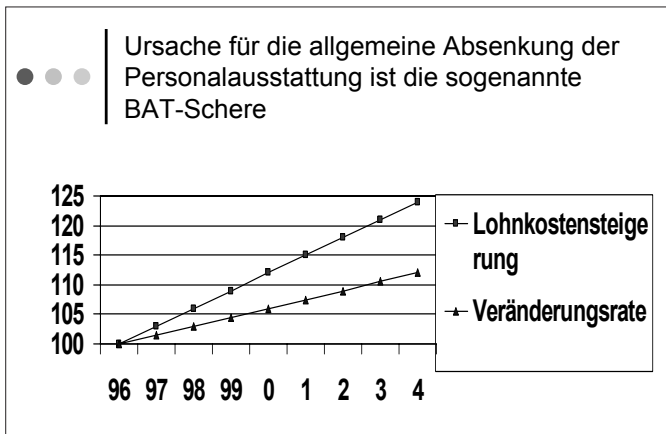


Die entsprechende Abbildung zur »Anzahl der Planbetten in der KJPP ...« ist in den ausführlichen Ergebnissen auf Seite 45 aufgeführt.

Im Durchschnitt lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad im Budgetjahr 2004 über alle Berufsgruppen bei 90,1 %, der Median bei 90,6 %. Die Varianz zwischen den Einrichtungen war hoch. Für 29 % der Planbetten lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 85 %, für 13 % unter 80 %; nur 18 % hatten noch 95 % und mehr. – In der KJPP lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad bei 87,9 %, der Median bei 87,7 %. Auch hier war die Varianz zwischen den Einrichtungen hoch. Für 45 % der Planbetten lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 85 %, für 23 % unter 80 %, nur für 11 % beträgt er 95 % und mehr.

Das nach Psych-PV gesetzlich vorgegebene VK-SOLL wird zum Teil erheblich unterschritten, große Varianz zwischen den Kliniken

	Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen
N (Anzahl der Kliniken für Erwachsene)	196
Mittelwert	90,1%
Gewogenes Mittel (Größe Institution)	88,9%
Median	90,6%
Unteres Quartil (d.h. 25% der Einrichtungen (mit 29% der Planbetten) haben eine PsychPV-Erfüllungsgrad von <=85,1%)	85,1%
Oberes Quartil	96,5%



Der Grund für die *allgemeine Absenkung* der gesetzlich garantierten Personalausstattung liegt wie oben beschrieben darin, dass seit 1996 die tariflich bedingten Personalkostensteigerungen jeweils über der maximal verhandelbaren Veränderungsrate lagen.

Die *großen Unterschiede* in der Personal-Realisierung nach Psych-PV haben vielfältige Ursachen, über die nur kasuistische Informationen vorliegen, z. B. örtlich unterschiedliche Durchsetzbarkeit in Verhandlungen; bei der Aufstockung bis 1995 nicht 100 % erreicht und weitere Aufstockung durch Deckel blockiert; neue Klinik nach 1995 und deshalb »Sinkflug« unter dem Deckel weniger weit fortgeschritten.

Im Zusammenhang mit der Psych-PV hat in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken eine erhebliche Leistungsverdichtung stattgefunden: Seit 1991–2004 stiegen die Fallzahlen um 80 %, aber die Verweildauer sank 63 %, ebenso nahmen ab die Pflgetage um 33 % und die aufgestellten Betten um 37 % (vgl. Anlage 1 & 2 zum Projektbericht, Zahlen des Statistischen Bundesamtes); Pflichtaufgaben ohne Gegenfinanzierung kamen hinzu z. B. Qualitätssicherung und Dokumentation, neue Weiterbildungsordnung Ärzte.

2 Kommentar

Zwar hat die volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen erheblich zugenommen (Arbeits-Unfähigkeitstage, Frühberentungen, wegen Krankheit/Behinderung verlorene Lebensjahre), aber die Voraussetzungen zur qualifizierten Behandlung sind seit über zehn Jahren immer schlechter geworden. *In einem erheblichen Teil der Kliniken sind Personalverhältnisse wieder eingetreten, wie*



Politische Forderungen

- Die BPfIV mit Wirkung 2008 ändern – der „Sinkflug“ unter dem Deckel ist seit 2004 = Referenzjahr der Evaluation weiter fortgeschritten
- Für alle Kliniken das weitere Absinken verhindern
- Für alle Kliniken mit schlechter PsychPV- Personalausstattung wieder ein ausreichendes Niveau realisieren
- Die Zunahme der Fallzahlen als Ausnahmetatbestand durchsetzbar machen

vor Einführung der Psych-PV: z.B. Zeit der Ärzte für therapeutische Gespräche mit Patienten und Angehörigen weniger als die Hälfte der nach Psych-PV vorgegebenen Zeit.

Die Evaluation der Psych-PV 2005 ergab einerseits, dass die Psych-PV der allgemein anerkannte Maßstab zur Personalausstattung für psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken ist, dass aber andererseits die Unterfinanzierung der Personalstellen nach BPfIV die Besetzung mit entsprechendem Personal zunehmend gefährdet – bei erheblicher Leistungsverdichtung (Zunahme der behandelten Fälle und Personen sowie zusätzliche Aufgaben).

Das bisherige System führt zu einer großen Varianz der Personalausstattung und damit vielerorts zu nicht bedarfsgerechter Versorgung.

Die sektorale Fragmentierung der Krankenhausleistungen (stationär, teilstationär, ambulant) behindert die Effizienzverbesserung in den Kliniken.

Auf die ausführliche Kommentierung durch die AG Evaluation der Psych-PV im Schreiben der APK an Staatssekretär Dr. Schröder vom 15.01.2007 wird verwiesen.

