

Für eine Psych-PVplus: Bedarfsgerechte Personalbemessung muss umfassend, verbindlich und durchsetzbar sein

ver.di-Positionen zur Neugestaltung der Personalbemessung in der psychiatrischen Krankenhausversorgung

Inhalt

Zusammenfassung.....	1
Einleitung.....	2
Psych-PV weiterentwickeln.....	3
Umfang und Reichweite der Personalmindeststandards.....	3
Struktur: Teilgebiete, Behandlungsbereiche.....	4
Neue Aufgaben – Was und für wen?.....	4
Welche neuen Berufsgruppen müssen in einer neuen PsychPV berücksichtigt werden?.....	10
Pflege: Sockelwerte, Stationsgrößen, Mindestbesetzungen.....	10
Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den Berufen.....	11
Ambulante und integrierte Versorgung.....	13
Ausfallzeiten, Überbelegung und Belastungsspitzen adäquat abbilden.....	14
Umsetzung, Kontrolle, Durchsetzung, Transparenz.....	14
Anhang: Zum Umfang des Auftrages an den G-BA – die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser müssen einbezogen werden.....	16

Zusammenfassung

- Mit diesem Dokument legt ver.di **Prüfsteine für die neuen Personalmindeststandards** in der stationären psychiatrischen Versorgung nach PsychVVG vor.
- Maßstab für die neuen Personalmindeststandards müssen die **bedarfsgerechte Versorgung bei Einhaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und gute Arbeitsbedingungen** für die Beschäftigten sein.
- Die Psych-PV ist Ausgangspunkt und Orientierungswert. Ihre Standards dürfen nicht unterschritten werden. Vielmehr müssen sich die gestiegenen Anforderungen in einer verbesserten Personalausstattung widerspiegeln. Wir brauchen eine **Psych-PVplus**.
- Personalmindeststandards müssen **umfassend und lückenlos sein**, um ihre Wirkung entfalten zu können. Sie müssen alle Berufsgruppen, Aufgaben und Tätigkeitsfelder umfassen. Dazu gehört auch aufsuchende Behandlung aus dem Krankenhaus heraus in ihren verschiedenen Formen.

- Ausgangspunkt für gute psychiatrische Versorgung ist eine hohe **Fachlichkeit** der Beschäftigten. Es ist daher der Einsatz von nicht unter dreijährig ausgebildeten Fachkräften in allen Berufsgruppen festzulegen. Eine hohe Quote von Fachweiterbildungen oder vergleichbaren weiteren Qualifikationen sollte verankert werden.
- Die **Teilgebiete** der Psych-PV sind um die **Psychosomatik** zu erweitern, die **Behandlungsbereiche** neu zu fassen.
- **Minutenwerte** sind für alle beteiligten Fachberufe und Aufgabenfelder zu überprüfen und neu zu bestimmen. Insbesondere sind **gestiegene Anforderungen** durch veränderte Behandlungsmethoden, neue Gesetze und verstärkte Patient/innenrechte zu berücksichtigen. Um gute Personalplanung möglich zu machen, muss klar zugeordnet werden, welche Berufsgruppen welche Aufgaben übernehmen. Bei überlappenden Aufgabenbereichen sind Zeitanteile für beide Berufsgruppen einzuplanen.
- **Stationsgrößen und Sockelwerte** sind neu zu fassen.
- Für **integrierte Versorgungskonzepte, Hometreatment, teilstationäre Versorgung** etc. sind geeignete Personalbemessungskriterien zu entwickeln.
- Es muss angemessene Regelungen zu **Umsetzung und Kontrolle von Personalmindeststandards** sowie zum **Vorgehen bei deren Unterschreitung, und zur Transparenz** geben.

Einleitung

Mit dem Ende 2016 beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist – unter dem Druck vielfältiger Proteste der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaft ver.di, von Betroffenen und Verbänden – festgeschrieben worden, dass weiterhin eine **verbindliche Personalbemessung** in der stationären psychiatrischen Versorgung vorgegeben wird. Dies soll in Form einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)¹ geschehen.

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. ver.di ist im G-BA nicht vertreten. Patientenvertreter/innen und Fachgesellschaften haben beratende Funktion, jedoch kein Stimmrecht bei Entscheidungen. Der G-BA erarbeitet die Richtlinie hinter verschlossenen Türen, eine für die Öffentlichkeit transparente Diskussion findet nicht statt. Die Richtlinie soll bis September 2019 erarbeitet werden und zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Bis dahin gilt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) weiter. Allerdings wird diese heute oft nicht eingehalten, insbesondere in der Pflege.

Als größte Organisation der Beschäftigten im Bereich der psychiatrischen Versorgung legt ver.di mit dem vorliegenden Dokument Prüfsteine vor, an denen wir das Ergebnis der Beratungen im G-BA messen werden.

Wir fordern, dass der G-BA die hier dargestellten Kriterien bei der Erarbeitung der neuen Personalmindeststandards berücksichtigt. Das Bundesministerium für Gesundheit muss die fachliche Aufsicht wahrnehmen und gegebenenfalls entsprechende Auflagen erteilen, wozu es laut §94 SGB V berechtigt ist.

ver.di vertritt weiterhin die Position, dass der Gesetzgeber gefordert ist, normative Vorgaben zu machen. Diese sollten von einer unabhängigen Expertenkommission beim

¹ Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Ver.di ist im G-BA nicht vertreten. Patientenvertreter/innen und Fachgesellschaften haben beratende Funktion, jedoch kein Stimmrecht bei Entscheidungen

Bundesgesundheitsministerium entwickelt werden, in die die Beschäftigten aus den Kliniken als Expertinnen und Experten der Praxis einbezogen werden.

Die Psych-PV wird heute in den meisten Krankenhäusern permanent unterschritten. Darüber hinaus sind die Anforderungen durch neue Behandlungskonzepte und veränderte Rahmenbedingungen erheblich gestiegen. Das von ver.di 2014/2015 durchgeführte Belastungsbarometer Psychiatrie hat gezeigt: Dies führt zur Überlastung der Beschäftigten, u.a. durch unzuverlässige Dienstpläne und wegfallende Pausen, häufige Überstunden, erheblichen Dokumentationsanfall, massive Arbeitsverdichtung, unzureichende Regelungen für Sitzwachen, aber auch vermehrte Patientenübergriffe. Es wird schwieriger, gute Arbeit zu leisten. Die Beschäftigten sind nicht mehr bereit, im Arbeitsalltag ständig und auf Dauer über ihre eigenen gesundheitlichen und persönlichen Grenzen zu gehen, um die Lücke zwischen gesetzgeberischem Anspruch auf bedarfsgerechte Versorgung auf der einen und der Realität von Planung und Finanzierung in den Einrichtungen auf der anderen Seite zu schließen. Ein Hinweis darauf ist, dass ein großer Teil der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege nach der Ausbildung nicht in der Einrichtung bleibt. Auch und gerade die jungen Beschäftigten wollen ihren eigenen Ansprüchen an eine qualifizierte Versorgung und Pflege, wie sie sie gelernt haben, gerecht werden können. Dass Arbeitszeitgesetz, Arbeitsschutzgesetz und anderen Vorschriften zum Arbeitnehmerschutz eingehalten werden, muss wieder selbstverständlich sein. Wir brauchen Entlastung jetzt – auch in den psychiatrischen Einrichtungen!

Psych-PV weiterentwickeln

Die Psych-PV ist mehr als 25 Jahre alt. Seither hat sich **psychiatrische Versorgung erheblich verändert**: Die durchschnittliche Verweildauer hat sich verkürzt; es sind neue Behandlungskonzepte entstanden und ausgebaut worden; Betroffenenrechte wurden gestärkt; der Dokumentationsaufwand ist erheblich gewachsen; die Aufgaben und Handlungsfelder sind für alle Berufsgruppen vielfältiger und umfangreicher geworden, haben sich teilweise verschoben; neue Berufsgruppen sind hinzugekommen.

Die **Psych-PV muss deshalb umfassend überarbeitet werden**, um diese gestiegenen Anforderungen abzubilden. Die bisherigen Kennziffern dürfen nicht unterschritten oder aufgeweicht werden.

In den folgenden Abschnitten ist ausgeführt, welche **Änderungsbedarfe** aus Beschäftigtensicht an der Psych-PV bestehen.

Bei neuen Personalmindestvorgaben muss klar geregelt sein, wie in Zukunft eine **Evaluation sowie ein kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess** von Struktur, berücksichtigten Aufgaben und Zeitvorgaben gewährleistet werden. Entscheidendes Kriterium dabei ist die bedarfsgerechte Versorgung gemäß den aktuellen medizinischen Standards bei gleichzeitigem Schutz der Beschäftigten vor Überlastung.

Umfang und Reichweite der Personalmindeststandards

Verbindliche Personalbemessung muss bedarfsgerecht, umfassend, kohärent und lückenlos sein. **Alle Aufgaben und Tätigkeiten, Berufsgruppen, medizinischen und fachpflegerischen Diagnosen und Settings** müssen abgebildet werden. Sonst werden wir dieselbe Diskrepanz zwischen gesetzgeberischem Anspruch und betrieblicher Wirklichkeit erleben, die bis dato die Umsetzung der Psych-PV begleitet.

Unklare Formulierungen, Lücken, zu niedrig angesetzte Kennziffern und mangelnde

Durchsetzung führen bei Verknappung der finanziellen Mittel durch gedeckelte Budgets oder hohe Renditeerwartungen privater Anbieter zu personeller Unterbesetzung. Die Folgen sind Arbeitsüberlastung von Beschäftigten sowie Unterversorgung von Patient/innen bzw. Klient/innen.

Ambulante und teilstationäre Versorgungsformen aus dem Krankenhaus heraus müssen in der Personalbemessung mit einbezogen werden (siehe unten und im Anhang). Mittelfristig ist die Ausweitung von Personalmindeststandards auf die weiteren Sektoren psychiatrischer Versorgung – insbesondere auf die Heimunterbringung sowie die Gemeindepsychiatrie – ins Auge zu fassen.

Es ist sicherzustellen, dass das nach den Personalvorgaben erforderliche und tatsächlich vorhandene Personal **entsprechend den im jeweiligen Krankenhaus geltenden Tarifverträgen refinanziert** wird. Die **Nachweispflicht** der Stellenbesetzung muss zwingend weitergeführt, Schlupflöcher müssen beseitigt werden.

Struktur: Teilgebiete, Behandlungsbereiche

Die Psych-PV beruht auf einer Einteilung in Teilgebiete (Allgemein-, Geronto-, Sucht- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie verschiedene Behandlungsbereiche (zum Beispiel Regel- und Intensivbehandlung). Nicht erfasst sind bisher die Psychosomatik sowie neuere Formen teilstationärer und ambulanten Behandlung.

Jedem und jeder Patient/in werden in der so entstehenden Matrix Minutenwerte pro Woche für die verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet, die auf detaillierten Aufgabenlisten beruhen.

Diese Struktur ist grundlegend sinnvoll, sollte jedoch inhaltlich überprüft werden.

- Dabei ist entscheidend, Überkomplexität zu vermeiden. Die Regelungen müssen handhabbar sein, um den Dokumentationsaufwand gering zu halten und die Überprüfbarkeit zu gewährleisten.
- Zusätzlich aufzunehmen ist ein neues Teilgebiet „Psychosomatik“. Die entsprechenden Aufgabenlisten und Minutenwerte sind – ebenso wie bei der Überprüfung der bisherigen Teilgebiete – anhand von Expertengesprächen, Input von Praktiker/innen und Arbeitsplatzbeobachtungen zu erstellen. Der aktuelle Ist-Zustand ist keine sachgerechte Ausgangsbasis, weil derzeit eine personelle Unterausstattung vorliegt, die nicht fortgeschrieben werden darf.
- Die Anzahl der Behandlungsbereiche sollte die jetzige Anzahl nicht nennenswert überschreiten. Allerdings sollten diese neu strukturiert werden. „Psychotherapie“ als gesonderter Behandlungsbereich ist nicht mehr zeitgemäß. Psychotherapeutische Anteile sind in allen Behandlungsbereichen in angemessener Weise abzubilden.
- Neue Behandlungsbereiche zur Abbildung teilstationärer und ambulanten Versorgung aus dem Krankenhaus heraus, z.B. „ambulante psychiatrische Pflege“, „psychiatrische Institutsambulanz /PIA“, „teilstationäre Versorgung“ und „stationsäquivalente Behandlung/Hometreatment“ müssen eingefügt werden (siehe auch die folgenden Abschnitte).

Neue Aufgaben – Was und für wen?

Die Psych-PV baute auf einer detaillierten Auswertung der Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen und deren Zeitanforderungen auf, die den – zum damaligen Zeitpunkt – fortschrittlichsten Behandlungskonzepten entsprachen. Diese Aufgabenlisten müssen sowohl qualitativ als auch quantitativ kritisch überarbeitet werden.

Dabei sind – soweit es aus diesen ersichtlich ist – Leitlinien, Behandlungskonzepte, QM- und Hygiene-Standards, aber auch gesetzliche Verpflichtungen (zum Beispiel 1:1-Betreuungen, Gewährleistung des Rechtes auf Ausgang etc.) zu berücksichtigen.

Psychisch kranke Menschen können heute anders und intensiver behandelt werden, um möglichst wieder gesund zu werden oder mit ihrer Krankheit leben zu lernen. Moderne Behandlungskonzepte sind jedoch zeitaufwendiger. Viele Aufgaben sind daher zusätzlich entstanden oder im Umfang erheblich gewachsen. Dies sind unter anderem:

Alle Berufsgruppen

- Verweildauern und Fallzahlen: Durch den starken Anstieg der Fallzahlen und den höheren Durchlauf von Patient/innen infolge kürzerer Verweildauern ist der administrative Aufwand stark gestiegen, ebenso wie die Beanspruchung durch Aufnahme- und Entlassmanagement.
- Wahrung der Patientenautonomie
Der Respekt vor der Autonomie des Patienten und der Patientin ist ein Grundprinzip der medizinischen Ethik, dessen Bedeutung in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen hat – auch durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts. Um dieses Prinzip adäquat umsetzen zu können und zum Beispiel die Anwendung von Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich zu vermeiden, sind erweiterte Deeskalationsstrategien erforderlich. Diese sind zeit- und personalaufwändig. Die Behandelnden und Pflegenden brauchen Zeit für intensive Gespräche, Vertrauens- und Beziehungsarbeit.
Nur so können - neben baulichen Maßnahmen und übersichtlichen Stationsgrößen - gewaltarme Stationsmilieus geschaffen werden. Überlastetes und gehetztes Personal kann das nicht sicherstellen.
- Neue Aufgaben durch die Psychiatrie- Krankenhausgesetze der Länder
Durch die Neufassung der Psychiatrie-Krankenhausgesetze in den Bundesländern wurden Patientenrechte gestärkt und insbesondere Zwangsmedikationen eingeschränkt. Dieser überfällige Schritt in Richtung einer humanen Psychiatrie erfordert in verschiedenen Berufsgruppen einen erhöhten Personaleinsatz, insbesondere in der Pflege. Am offensichtlichsten ergeben sich Personalerfordernisse aus dem Recht auf Ausgang – der häufig betreut werden muss – sowie die Verpflichtung zur 1:1-Betreuung bei Zwangsfixierungen.
Um eine solche persönliche Betreuung sicherzustellen, muss Personal vorgehalten werden, damit im Bedarfsfall eine Fachkraft für diese Aufgabe bereitgestellt werden kann. Von der normalen Besetzung einer Station kann diese Leistung nicht zusätzlich übernommen werden, ohne dass es zu einer Unterversorgung anderer Patientinnen und Patienten kommt.
- Dokumentationsaufwand: Der Aufwand für medizinische, pflegerische, sozialdienstliche und abrechnungsspezifische (PEPP) Dokumentationen hat in allen Berufsgruppen erheblich zugenommen. Der Dokumentationsaufwand ist auf ein angemessenes Maß zu verringern. Dabei muss die Qualität der Dokumentation sichergestellt sein. Die dafür notwendige Zeit muss in die Personalbemessung einfließen.
Die Abrechnungsdokumentation wird teilweise an neu entstehende Berufsgruppen (Codierkräfte) ausgelagert. Deren Stellen werden häufig zu Lasten der Psych-PV finanziert, obwohl diese Kolleg/innen nicht direkt mit Patientinnen und Patienten arbeiten. Dies lehnt ver.di ab. Für diesen zusätzlich entstandenen Aufwand müssen Stellen eigenständig finanziert werden.
In jeder Berufsgruppe muss ein dem tatsächlichen Zeitaufwand entsprechender Minutenwert (mindestens aber 15 Prozent der Arbeitszeit) für die medizinischen, pflegerischen und sozialdienstlichen Dokumentationspflichten veranschlagt sein, um Dokumentationsaufgaben, die bei den medizinischen Fachberufen verbleiben müssen, adäquat abzubilden.
- Berücksichtigung der Änderungen/Erweiterungen der SGBs und BGB

Hierzu zählt zum Beispiel die Einführung eines multiprofessionellen Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V. Hierdurch ergibt sich neben der Kommunikation mit dem Patienten/in selbst Kooperationsbedarf im multiprofessionellen Team, aber auch mit externen Akteur/innen wie niedergelassenen Ärzt/innen, Krankenkassen u.a.

- Home Treatment und integrierte Versorgung
Die beginnende bessere Verzahnung mit dem und Verschiebung in den ambulanten Bereich wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. Dadurch kommen Hausbesuche durch Klinikpersonal, aber auch Koordinationsprozesse mit gemeindepsychiatrischen Diensten zum Arbeitspensum hinzu. Es ist zu erwarten, dass im häuslichen Umfeld mehr Aufwand entsteht, weil das Setting sensibler und komplexer und ein Mehr an Kompetenzen notwendig ist. Personalbemessung in diesem Setting muss die erheblich anderen Rahmenbedingungen und Aufgabenstellungen berücksichtigen (siehe auch unten).
- Psychoedukation
Die Verbesserung des Verständnisses der Erkrankung und deren Behandlung bei Patient/innen und Angehörigen sind für heutige Behandlungskonzepte elementar.
- Familienbehandlung
Im Zuge einer ganzheitlichen Behandlung und der Wahrung der Rechte der Eltern und Kinder psychisch Kranker gibt es zum Teil aufwändige Konzepte – beispielsweise Mutter-Kind-Stationen – deren Personalaufwand entsprechend geregelt werden muss.
- Angehörigenarbeit
Die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlungsansätze und ihre Unterstützung beim Umgang mit der psychischen Erkrankung sind heute ein wichtiger Teil psychiatrischer Versorgung.
- Einwanderungsgesellschaft: In der Einwanderungsgesellschaft gibt es auch mehr Patient/innen mit Migrationshintergrund. Krankenhäuser müssen darauf eingerichtet sein, um ein Defizit in der Versorgung dieser Patient/innen zu vermeiden. Sprachliche Vermittlung, das Eingehen auf kulturelle und Sozialisationsunterschiede, aber auch migrationspezifische Belastungen (z.B. unsicherer Aufenthaltsstatus, fehlende Perspektiven, Diskriminierungserfahrungen) können zu erhöhtem Aufwand sowie Fortbildungsbedarfen führen.
- Nebendiagnosen und Pflegeeinstufung
Zusätzliche Minutenwerte sind erforderlich bei schweren somatischen Erkrankungen (Nebendiagnosen bei psychiatrischer Hauptdiagnose), zum Beispiel Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Paresen (bewegungseingeschränkte Patienten, Einsatz von entsprechenden Hilfsmitteln) und/oder Patientinnen und Patienten mit Pflegeeinstufung/Pflegegrad und/oder aufwendiger Diagnostik (zum Beispiel Tumorpatient/innen) und/oder somatischer Therapie (zum Beispiel bei Frakturen nach Suizidversuch) usw. Die bisher veranschlagten Werte für somatische Pflege decken solch hochaufwendige Bedarfe nicht ab.
- Anleitung/Unterricht
Ob für Praxisanleitung in der Pflege, in der Ergo- und Physiotherapie sowie in den Spezialtherapien, für Feedback-Gespräche bei Psychologischen Psychotherapeut/innen und Ärzt/innen im praktischen Jahr oder in der Weiterbildung – für Aus- und Fortbildung, muss genug Zeit sein. Die Auswirkungen der geplanten Reform des Psychotherapeutengesetzes sowie des Pflegeberufgesetzes auf die praktische Ausbildung müssen adäquat berücksichtigt werden.
- Fort- und Weiterbildungen/Schulungen
Von allen Berufsgruppen wird im Zuge der Fortentwicklung der Professionen, aber auch in Zusammenhang mit der Konzeption lebenslangen Lernens, verstärkt die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen gefordert. ver.di begrüßt diese Entwicklung, sie muss sich aber auch in den Personalvorgaben wiederfinden. Nettoarbeitszeitberechnungen müssen diese Zeiten realistisch anrechnen. Fort- und Weiterbildung darf nicht zulasten der Freizeit und/oder der

Patientenversorgung gehen. Die Beschäftigten sollten dafür freigestellt und die Kosten vom Arbeitgeber getragen werden.

- Teamarbeit und Supervision
Arbeiten im Team – insbesondere in psychisch belastenden Situationen, wie sie in der Psychiatrie vorkommen können – bedarf der Reflexion und Aussprache, zum Beispiel durch Supervision. Auch für multiprofessionelle Teamarbeit muss in jeder Berufsgruppe genug Zeit veranschlagt werden. Dazu gehören auch Fallbesprechungen bzw. patientenbezogene Supervisionen, wie sie bei komplexen und schwierigen Fällen bereits seit Jahren üblich sind.
- Koordination/Arbeit mit Externen (Ausgliederungen und Leiharbeit)
Die Ausgliederung von Tätigkeiten und die Zusammenarbeit mit externen Serviceorganisationen stört die Arbeitsabläufe. Formal darf es im Klinikalltag keine direkten Anweisungen an diese Beschäftigten geben, da sie nicht in der Klinik angestellt sind. Das verursacht zusätzlichen Aufwand.
Schnittstellenprobleme sowie zusätzliche Belastungen durch Übergabe und Einarbeitung entstehen auch beim Einsatz von Honorarkräften und Leihbeschäftigten beim medizinischen Fachpersonal. Bezüglich der Dokumentation kommen hier datenschutzrechtliche Bedenken hinzu.
ver.di wendet sich gegen die Zerschlagung ganzheitlicher Teams durch die immer weitergehende Aufspaltung in Tochter- und Subunternehmen.
- Qualitäts- und Transfersicherung
Verschiedene Instrumente der Qualitäts- und Transfersicherung sind ein quantifizierbarer und zwingend notwendiger Teil der komplexen psychiatrischen Versorgung

Ärztlicher Dienst, psychologische Psychotherapeut/Innen, Psycholog/innen

- Veränderung der Behandlungskonzepte, Leitlinien
Insbesondere für den Ärztlichen Dienst, Psychologische Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen und Psycholog/innen sind die Konsequenzen aus den veränderten Behandlungskonzepten in Leitlinien erheblich. Mehr Patient/innen erhalten mehr Psychotherapie in fast allen Stadien ihres Krankenhausaufenthaltes.
- Planung, Dokumentation und Controlling
Der Zeitaufwand z.B. für Behandlungsplanung, Entlassplanung (gesetzliche Vorgabe §39 Abs. 1a SGB V/Rahmenvertrag DKG), Durchführung, Kodierung, digitale Klinikinformationssysteme, Kontrolle/Anpassung der Planung hat erheblich zugenommen.
- Zunahme MDK-Prüfungen
Besonders zu erwähnen ist die starke Zunahme von MDK-Prüfungen seit der Einführung von PEPP, die erheblichen Arbeitsaufwand für den ärztlichen Dienst und die zuarbeitenden Berufsgruppen (Codierfachkräfte) bedeutet.

Ärzt/innen

- Die Diagnosestellung ist aufwendiger geworden, weil sie nicht nur der medizinischen Sachlogik, sondern der Logik von Abrechnungssysteme folgen muss. Der Aufwand muss auf ein angemessenes Maß reduziert werden, für dieses muss Zeit eingeplant werden.

Psychologische Psychotherapeut/innen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (PP/KJP)

- Mit den Heilberufen PP und KJP haben sich neue Berufsbilder etabliert, die nach der Approbation eigenverantwortliche Diagnostik und Einzel- sowie Gruppenpsychotherapie ermöglichen (Facharztäquivalenz). Entsprechend gestiegen sind die Anforderungen an die berufliche Tätigkeit inklusive berufs- und haftungsrechtlicher Implikationen. Dies geht einher mit einem Zuwachs an Verantwortung.

- Zusätzlich bringen PP/KJP psychologische und bei KJP auch pädagogische Kompetenzen ihres Berufs in ihre Tätigkeit ein.
- Das Aufgabenfeld der PP/KJP ist neu in die Personalbemessung aufzunehmen.

Pflegedienst

- Psychiatrische Pflege beruht auf Kommunikation und Beziehungsaufbau mit den Patient/innen. Sie umfasst das Wiederherstellen bzw. den Aufbau der Beziehung zu sich selbst und zur Umgebung, Aufbau und Training alltagspraktischer Fähigkeiten, Gestaltung von Alltag und Freizeit trotz Krankheit, Beobachtung und Reflexion von Entwicklungen, und unterstützt das Verstehen der eigenen Krankheit und die Entwicklung von Strategien zum Umgang damit. Pflegekräfte gestalten entscheidend das therapeutische Milieu auf der Station und die Tagesstruktur der einzelnen Patient/innen.
- Dazu kommt auch ein erheblicher Anteil somatischer Pflege z.B. Vitalwertkontrolle, Wundmanagement, Sicherstellen von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Unterstützung und Anleitung bei der Körperpflege, Mobilisation, Bewegungstraining, Pflege bei Multimorbidität, Vor- und Nachbereitung sowie Verabreichung der Medikation, Infusionstherapien etc.
- Die Anforderungen an die Pflege sind in den vergangenen Jahrzehnten quantitativ und qualitativ stark gestiegen. Qualitätsmanagement, verbindlich einzuhaltende Pflegestandards sowie Hygienerichtlinien haben zu neuen Aufsichts- und Sicherheitsaufgaben geführt.
- Die verkürzten Verweildauern bei stark erhöhter Fallzahl führen gerade in der Pflege zu starker Arbeitsverdichtung.
- Veränderte Versorgungsstrukturen, in denen nicht akute Patient/innen verstärkt teilstationäre oder ambulant versorgt werden, führen dazu, dass auf den Stationen vermehrt akute Patient/innen mit hohem Betreuungsbedarf sind.
- Vermehrt wird von Pflegenden selbständige Planen, Durchführen und Kontrollieren von Pflegeprozessen gefordert. Detaillierte Pflegeplanung, die verbindliche und systematische Planung und Durchführung von Pflegediagnostik und Pflegeprozessen sind ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgung, verursachen jedoch auch erhöhten Aufwand.
- Auch der Dokumentationsaufwand nimmt hierdurch weiter zu.
- Das Pflegerische Entlassmanagement ist inzwischen durch einen Expertenstandard verbindlich implementiert.
- Insbesondere in der Pflege sind die Aufgaben der Praxisanleiter/innen im Interesse guter Ausbildung und des Haltens zukünftiger Fachkräfte in die Personalbemessung einzubeziehen. Sie müssen für die Zeit der Anleitung freigestellt werden.
- Behandlungsmethoden wie die Elektrokrampftherapie gehen mit erhöhtem Pflegeaufwand einher.
- Zunehmend kommen Patient/innen nach einer Straftat (zum Beispiel Körperverletzung unter Alkohol) nicht mehr in die Ausnüchterungszelle, sondern landen auf den Aufnahmestationen und verursachen dort erhöhten Betreuungsaufwand.
- Vielerorts wurden durch Outsourcing und Einsparungen beim Reinigungsdienst Tätigkeiten wie Betten aufbereiten, Hygienemaßnahmen wie Kühlschrank auswaschen etc. zu den Aufgaben der Pflegekräfte hinzugefügt. Eine solche Übertragung pflegefremder Aufgaben ist nicht hinnehmbar und muss rückgängig gemacht werden.

Sozialarbeit/Sozialdienst:

- Verkürzte Verweildauern bedeuten mehr Aufnahme- und Entlassungsvorgänge, die entsprechend arbeitsintensiv sind. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement nach SGB V

enthält zusätzliche quantitative und qualitative Anforderungen, von denen viele dem Sozialdienst zugeordnet werden.

- Die Übergänge in die Nachsorge/Eingliederung sind mit stetig steigendem Aufwand verbunden, der von den Kliniksozialdiensten geleistet werden muss. Dazu zählen zum Beispiel aufwändige Antragsverfahren mit Hilfeplanung (IBRP/ITP), Teilnahme an Planungskonferenzen, um dort Patient/innen vorzustellen etc. Zusätzlich sind durch das Bundesteilhabegesetz vermehrte Aufgaben auch für die Kliniksozialdienste zu erwarten.
- Durch die Änderung/Erweiterung der SGBs und BGB, bei den Jobcentern und Sozialversicherungen (Rente, Kranken- und Pflegeversicherung), erhöht sich im Sozialdienst der Dokumentationsaufwand, insbesondere auch durch die Zunahme der Zahl von Obdachlosen und Geflüchteten.
- Die stetige Erweiterung der Kombination von verschiedenen Leistungsträgern (SGB V, SGB XII, SGB XI) verursacht ebenfalls zusätzlichen Aufwand.
- Auch während einer stationären Behandlung muss der Sozialdienst eine Vielzahl von Aufgaben erfüllen. Dazu zählen: Bei Bedarf Versorgung der Wohnung (Tiere, Briefkasten, etc.) abklären; gegebenenfalls Wohnungsauflösung organisieren; betreute Wohnung suchen; Krankenversicherung sicherstellen; teilweise die Meldung zur Arbeitsunfähigkeit des Patienten bzw. der Patientin beim Arbeitgeber übernehmen; Lohnersatzleistungen beantragen; Patient/innen auf Ämter begleiten; Sozialtraining und Schuldnerberatung leisten etc.
- Im Rahmen des Entlassmanagements ist der Sozialdienst ebenfalls gefordert. Dazu gehören: RehaMaßnahmen vermitteln und Patient/innen bei Trägereinrichtungen vorstellen; bei der Wohnungssuche unterstützen, um Obdachlosigkeit zu vermeiden oder beenden; Anträge stellen und gesetzliche Vorgaben bei der Heimplatzsuche umsetzen; Heime mit Patient/innen besichtigen; Pflegegrad beantragen, Betreuung anregen.
- Im Rahmen der verstärkten ambulanten Versorgung müssen Hausbesuche bei Patient/innen durchgeführt werden, Patient/innen müssen zu Ämtern etc. begleitet werden.
- Auch für diese Berufsgruppe erhöht sich der Aufwand durch schwer mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten (Multimorbidität).
- Politisch gefordert und im Gesetz verankert ist die personenzentrierte Ausrichtung (persönliches Budget).
- Alle vorgenannten Aufgaben erfordern in der Regel Gespräche mit Angehörigen, die ein wesentlich stärkeres Gewicht haben als früher.
- Ganz abgesehen von allen bereits in der bisherigen Psych-PV aufgeführten Aufgaben, zum Beispiel der Sozialanamnese.

Spezialtherapien (Ergotherapie, Physiotherapie, Musik-, Kunst- und Tanztherapie)

Auch in diesen Berufen steigen die Anforderungen, damit verbunden entstehen neue Betätigungen und Aufgaben:

- In der Ergotherapie und Physiotherapie werden berufs- und fachspezifische Assessments und Modelle (für die Befundung, Behandlung und Dokumentation) angewandt.
- In der Ergotherapie nehmen Begleitung und Beratung ins häusliche Umfeld und Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten sowie die Zahl von Therapien außerhalb der Klinik zu.
- Wegen der wachsenden Zahl multimorbider Patient/innen und der Erweiterung spezieller Angebote für psychisch Kranke (zum Beispiel therapeutisches Boxen, Yoga, konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)) wächst der Bedarf an Physiotherapie.
- Das therapeutische Angebot wird durch Spezialtherapien als präverbale Therapieform erweitert.

- Um Behandlungskontinuität in allen Settings herzustellen, nimmt die Zahl der Therapien sowohl im stationären und teilstationären als auch ambulanten Bereich immer weiter zu. Diese setting-übergreifende Arbeit betrifft alle obengenannten Berufe.

Welche neuen Berufsgruppen müssen in einer neuen PsychPV berücksichtigt werden?

In den vergangenen Jahrzehnten sind einige Berufsgruppen neu entstanden. Sie spielen in den Teams eine wichtige Rolle, ihre Tätigkeiten sind überwiegend zusätzlich aufgrund fortgeschrittener Behandlungskonzepte. Ihre Stellen mussten bisher von anderen Berufsgruppen „abgezweigt“ werden. Diese Berufsgruppen müssen in der neuen Psych-PV berücksichtigt werden:

- Psychologische Psychotherapeut/innen
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP)
- Die Rolle der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) sowie nach der geplanten Reform der Psychotherapeuten/innen in Weiterbildung ist zu regeln. Entsprechend den künftigen Regelungen eines reformierten Psychotherapeutengesetzes (Weiterbildungsmodell) muss geklärt werden, welche Rolle und Aufgaben PP/KJP, Psychotherapeut/innen in Weiterbildung (PiW) und Psycholog/innen haben werden.
- Heilerziehungspflege
- Spezialtherapien (Musik-, Theater-, Kunsttherapeut/innen u.a.)
- Insbesondere in Kliniken mit einem hohen Anteil (kürzlich immigrierter) Migrant/innen unter den Patient/innen: Dolmetscher/innen oder erhöhte Zeitanteile für Personal mit entsprechenden Sprach-, Kultur- und Vermittlungskompetenzen

Pflege: Sockelwerte, Stationsgrößen, Mindestbesetzungen

Die Sockelwerte pro Station sind eine wichtige Größe für die Personalbemessung in der Pflege. Viele grundlegende Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege sind im Einzelnen nicht vorplanbar und nicht an einzelne Patient/innen gebunden.

Sockelwerte und Stationsgrößen

Der Sockelwert von 5.000 Minuten pro Woche/Station war ursprünglich für eine maximale Stationsgröße von 16 Patientinnen und Patienten ausgelegt, die als normative Zielgröße galt. Inzwischen sind Stationen häufig wesentlich größer. Da die vollständige Refinanzierung nicht dauerhaft gesichert ist und es an Kontrolle der Umsetzung der PsychPV mangelt, funktioniert der Anreiz nicht mehr, durch kleinere Stationen im Verhältnis mehr Personal vorzuhalten. Vielmehr dienen die größeren Stationen der Personaleinsparung. Zum Teil werden Stationen auch systematisch überbelegt, um die Notwendigkeit einer Erhöhung der Zahl von Planbetten begründen zu können. Es wird aber nicht entsprechend mehr Personal eingesetzt.

- Die Sockelwerte müssen den Stationsgrößen angepasst werden. Der Sockelwert sollte pro Patient/in berechnet werden. Dabei sind die realen Durchschnitts-Belegungswerte zugrunde zu legen.
- Im Sinne der Qualitätssicherung und der Schaffung gewaltarmer Stationsmilieus sind die Stationsgrößen nach Fläche und Patientenzahl zu begrenzen. Stationsleitungen müssen den Überblick behalten können. Die maximale Stationsgröße sollte 18 Betten betragen, im Akutbereich 15.

- Anzustreben sind keine isolierten stationären Einrichtungen, sondern die Umsetzung von Konzepten teilstationärer/ambulanter/integrierter Versorgung mit der entsprechenden Personalausstattung (siehe unten).

1:1-Betreuung

Für die stark gestiegene Zahl der Fälle von 1:1-Betreuung wird bis dato häufig Personal abgezogen, das für die Versorgung anderer Patient/innen fehlt. Personal für 1:1-Betreuung muss zusätzlich zu den Regelstellen für die entsprechende Station „on top“ bereitgestellt werden.

- Für akute Notsituationen und 1:1-Situationen ist ein Pflegepool einzurichten, der mit Fachkräften besetzt wird. 1:1-Betreuung ist ein Beleg für eine komplexe Pflegesituation, die auch spezifische pflegerische Lösungsansätze unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse verlangt. Das kann nicht Hilfskräften überlassen werden. Die Zahl der Pool-Stellen pro Schicht sollte der durchschnittlichen Anzahl von 1:1-Betreuungen und Notsituationen in einer vergleichbaren Schicht entsprechen.
- 1:1-Betreuungen dürfen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden (zum Teil ist dies in den Psychiatrie-Krankenhausgesetzen der Länder auch so festgelegt).
- Ablösung von der 1:1-Betreuung nach maximal vier Stunden
- Zusätzlich müssen Ablösungen bei Kurzpausen eingeplant und generell das Arbeitszeitgesetz eingehalten werden.

Regelungen zur Gewährleistung von Arbeits- und Gesundheitsschutz

Unabhängig von den errechneten Minutenwerten müssen folgende Regelungen gelten:

- Wenn die Regelbesetzung nicht eingehalten wird, müssen zwingend Betten gesperrt werden.
- Grundsätzlich gilt auf allen psychiatrischen Stationen zur Unfallverhütung und Vermeidung gefährlicher Alleinarbeit, dass mindestens zwei Fachkräfte in jeder Schicht im Dienst sein müssen.
- Es sind bei der Berechnung der Sockelwerte und der Minutenwerte pro Patient/in angemessene Puffer einzuplanen. Der Zeitaufwand psychiatrischer Versorgung ist nicht zu 100 Prozent planbar. Zu knappe Bemessung führt zu systematischer Überlastung.
- Die neuen Personalmindeststandards müssen Regelungen für alle zu besetzenden Schichten, also auch in der Nacht, vorsehen.

Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den Berufen

Die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung ist durch ein hohes Maß an Teamwork, Arbeitsteilung und überlappende Schnittstellen gekennzeichnet.

Darüber hinaus setzen Kliniken innerhalb von Standards und Leitlinien auf unterschiedliche und regional angepasste Behandlungskonzepte.

Personalbemessung muss die komplexe Aufgabe erfüllen, einerseits auf die regionalen und strukturellen Besonderheiten der Kliniken einzugehen, ohne andererseits Lücken und Unklarheiten zu schaffen, die zu einer unangemessenen Personalreduktion führen.

- Aufgaben und Aufgabenzuschnitte
Teilweise aufgrund fachlicher Sinnhaftigkeit, teilweise aber auch aus Kostengründen überschneiden sich viele Aufgabenbereiche in der psychiatrischen Versorgung oder haben sich verschoben. Notwendig sind daher klare Berufsprofile. Es muss für die Gesundheitsfachberufe geklärt werden, welche Aufgaben und Tätigkeitsbereiche sie haben und wie diese im Verhältnis zu anderen Heilberufen stehen. Wo Überschneidungen

vorhanden sind, müssen diese klar benannt und anteilig in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

- Bedarfsgerechte Personalbemessung muss die Aufgaben und Tätigkeiten von Fachkräften umfassend erfassen und Berufsgruppen nach ihrer entsprechenden Qualifikation zuordnen. Wo mehrere Berufsgruppen bestimmte Aufgaben erfüllen können, können – wie bisher in der Psych-PV – bis zu einem gewissen Grad Berufsgruppen gleicher Qualifikationsniveaus miteinander ausgetauscht werden. Ein Austausch gegen geringer qualifiziertes Personal ist unzulässig.
- Behandlungs- und Pflegekonzepte einer Einrichtung müssen klar benannt und die dafür notwendigen Qualifikationen transparent sein und vorgehalten werden. So kann zum Beispiel Bezugspflege nur durch pflegerisches Fachpersonal geleistet werden.
- Fachkräfte müssen, um sich in fachspezifische Fragen gebührend einzuarbeiten zu können, ein stabiles und überschaubares Aufgabenfeld haben. Therapeutische Teams benötigen Fachkompetenz und Stabilität in Bezug auf die zugeordneten Beschäftigten. Eine Spezialisierung auf alle Aufgabengebiete ist nicht leistbar. Ständige Rotation auf verschiedenen Stationen muss deshalb vermieden werden.
- In Häusern, die Psychotherapeut/innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen ausbilden, muss ausreichend Zeit für die Ausbildung in die Personalbemessung einberechnet werden – sowohl bei den Weiterbildungskandidat/innen als auch bei den Anleitenden. Die Rolle der Psychotherapie in der Psychiatrie soll gestärkt werden. Es müssen ausreichend Psychotherapeut/innen in leitender/anleitender Funktion vorgesehen werden, um Ausbildungskapazitäten für zukünftige PiA bzw. PiW zu schaffen.
- Es müssen ausreichend Ärzt/innen im Dienst sein, um die Aufgaben, die dem Arztvorbehalt unterliegen, erfüllen zu können.
- Die Personalmindeststandards sollten ebenfalls festhalten, welche Quote von Fachpflegekräften (dreijährige Ausbildung mit DKG-Fachweiterbildung Psychiatrie) vorzuhalten ist. Es darf keine Schicht ohne Fachpflegekraft geben. Der Zugang zu Leitungsfunktionen muss im Sinne eines durchlässigen Systems für Fachkräfte mit entsprechender Fort- und Weiterbildung weiterhin möglich sein. Diese sind voll qualifiziert für Funktionen im Pflegemanagement. Stationsleitungen und Pflegemanager/innen profitieren von Berufserfahrung in der Pflege am/an der Patient/in.
- Es muss eine angemessene Quote von Führungskräften zur Zahl der Beschäftigten geben. Stellen(anteile) für Leitungsaufgaben dürfen nicht auf die für die unmittelbare Patientenversorgung erforderliche Personalquote angerechnet werden.
- ver.di lehnt es ab, externe Kräfte auf die Personalbemessung anzurechnen. Insbesondere in beziehungssensitiven Kontexten wie der psychiatrischen Versorgung ist es problematisch, wenn täglich mit den Patient/innen interagierende Beschäftigte häufig wechseln und diese nicht in die Stationsteams eingebunden sind.
- Auch in den sogenannten Servicebereichen ist der Einsatz externer Kräfte auch aus diesem Grund möglichst einzuschränken. Die Beschäftigten sollten direkt und fest in den Krankenhäusern angestellt sein.

Qualifikationsanforderungen

- Die Arbeit in der Psychiatrie ist von hohen Anforderungen an jede und jeden Beschäftigten geprägt.
- Daher ist der Anspruch an aufrechtzuerhalten, dass nicht unter dreijährig ausgebildete Fachkräfte eingesetzt werden.
- In den Aufgabenbeschreibungen der Pflege muss abgebildet sein, welche Aufgaben eine Fachweiterbildung erfordern und wie die Qualität der psychiatrischen Pflege durch die Fachweiterbildung gesteigert wird. Eine entsprechende Quote ist vorzusehen.

Ambulante und integrierte Versorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Auftrag, Personalmindeststandards für die stationären Einrichtungen zu erarbeiten. Wo diese auch ambulante/stationsäquivalente Versorgung betreiben, umfasst dieser Auftrag eindeutig auch diese (siehe Anhang).

Grundsätzlich fordert ver.di auch für ambulante psychiatrische Versorgung (Gemeindepsychiatrie) sowie die Heimbereiche eine angemessene, verbindliche Personalausstattung. Es gibt keinen Grund, warum Patient/innen in ambulanter Versorgung oder Heimbewohner/innen keinen Anspruch auf entsprechende Qualitätssicherung haben sollten. Anders als in der stationären Behandlung liegen noch keine standardisierten Bezugsgrößen vor. Die Personalbemessung stationärer Bereiche kann auch nicht einfach auf aufsuchende Behandlungsformen übertragen werden.

Anhaltspunkte können Modellprojekte integrierter Versorgung liefern, die jedoch zum Teil sehr unterschiedliche Ansätze haben. In keinem Fall kann aus dem Ist-Zustand ein fester Maßstab für die SOLL-Versorgung abgeleitet werden. Es bedarf einer Evaluation des realen Arbeitsaufwandes und Personaleinsatzes inklusive der Frage nach der „impliziten Rationierung“ – also von Leistungen, die aufgrund von Personalmangel nicht erledigt werden konnten.

- Standards für die ambulante Versorgung aus dem Krankenhaus heraus müssen ebenso verbindlich, überprüfbar und mit Arbeitsrechten vereinbar sein wie in der stationären Versorgung.
- Die Konkretisierung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) durch die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gibt keine abschließenden Anhaltspunkte für einrichtungsübergreifende Standards der Personalausstattung, da sie lediglich die Mindestbehandlungsintensität, nicht aber den voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungsbedarf beschreibt.
- Der Personalbedarf ist wegen der voraussehbar unterschiedlichen Ausgestaltung der StäB, inklusive der Einbeziehung anderer Leistungserbringer, derzeit einrichtungsübergreifend nur schwer feststellbar. Neben der fachlichen Bestimmung durch das behandelnde Fachpersonal, ist der Personalbedarf mit der betrieblichen Interessenvertretung zu vereinbaren. Insbesondere solange keine verbindlichen Vorgaben bestehen und ambulante Versorgungsformen aus dem Krankenhaus heraus neu sind, müssen die Kosten des tatsächlichen Personaleinsatzes Grundlage der Finanzierung sein. Nur so kann sichergestellt werden, dass eine restriktive Kostengrenze bedarfsgerechten Personaleinsatz nicht verhindert.
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
 - Der Personalbedarf ist aus Zeitwerten pro Berufsgruppe und Patientenkontakt, differenziert nach Behandlungsintensität, zu ermitteln, ergänzt um Sockelbeträge.
 - Es muss je nach voraussichtlichem Patientenaufkommen eine Basisbesetzung der PIA gewährleistet sein. Es muss sichergestellt werden, dass ein Facharzt bzw. eine Fachärztin ständig erreichbar ist, damit ärztliche Entscheidungen getroffen werden können. Auch hier gilt das Prinzip, dass mindestens zwei Fachkräfte vor Ort sein müssen.
- Hometreatment und stationsäquivalente Behandlung
 - Es muss sinnvoll und konsistent definiert werden, welche Bezeichnungen welchen Versorgungsbedarf und damit welche Form der Versorgungsintensität beinhalten.
 - Der Begriff der stationsäquivalenten Behandlung beinhaltet laut Gesetzestext eine intensive Betreuung. Dazu gehören mindestens ein 24-stündiger Krisendienst und tägliche reale Kontakte. Telemedizin kann dies ergänzen. Eine entsprechende personelle Ausstattung ist sicherzustellen.
 - Bei aufsuchender Versorgung aus dem Krankenhaus sind wie in allen anderen Bereichen Belange des Arbeitsschutzes und des Arbeitsrechts in die Personalmindestausstattungen

- einzuarbeiten, weil sonst bedarfsgerechte Versorgung nur unter Bruch von Gesetzen gewährleistet werden kann.
- Gefährliche Alleinarbeit ist auszuschließen.
- Arbeitszeitgesetze müssen eingehalten werden, zum Beispiel durch eine ausreichende Besetzung für 24-stündigen Krisendienst.
- Wegezeiten im Rahmen der ambulanten Betreuung sind Arbeitszeiten entsprechend der gesetzlichen Regelungen.
- Flexibel gehandhabter Bedarf seitens der Patient/innen kann nicht zu unbegrenzt flexiblen Arbeitszeiten der Beschäftigten führen. Entsprechende Puffer sind vorzusehen (zum Beispiel bei stationsäquivalenter Behandlung: Möglichkeit der Krisenintervention zu zweit plus eine Person, die als Ansprechpartner/in für andere Patient/innen am Krisentelefon verbleibt).
- Für sinnvolle Arbeitsorganisation muss ausreichend Zeit für Vor- und Nachbereitung sowie Teambesprechungen mit in die Personalbemessung einfließen.
- Wenn stationäre und ambulante Versorgungsformen innerhalb einer Station gemischt werden, ist die Personalbemessung anteilig vorzunehmen. Es muss jederzeit genug Personal auf der Station da sein, um die stationären Patient/innen angemessen zu versorgen. Ambulante Versorgung kann nicht zusätzlich ohne personellen Ausgleich übernommen werden. Sonst fehlt jeder Kollege und jede Kollegin „draußen“ in der Personalausstattung auf der Station.

Ausfallzeiten, Überbelegung und Belastungsspitzen adäquat abbilden

- Ausfallzeiten müssen, wie ursprünglich auch in der Psych-PV vorgesehen, anhand der realen Werte eingeplant werden. Dazu gehören Krankenstand (nach Berufsgruppen), Fort- und Weiterbildungszeiten, Urlaub, Abwesenheiten durch innerbetriebliche Koordination (zum Beispiel betriebliches Gesundheitsmanagement, Hygiene, Qualitätsmanagement), notwendige Netzwerkarbeit nach außen und sonstige Abwesenheitszeiten. Nur so kann eine systematische Personalunterdeckung vermieden werden.
- Die Zahl der Beschäftigten ist bei Überbelegung einer Station nach den tatsächlich belegten Betten zu berechnen. Dies gilt sowohl für spontane als auch für planmäßige Überschreitungen des Landesbettenplanes, die teilweise bis zu 25 Prozent betragen kann.

Umsetzung, Kontrolle, Durchsetzung, Transparenz

Personalmindeststandards können ihre Funktion nur erfüllen, wenn sie in der Realität umgesetzt werden. Das Personal, das für die psychiatrische Versorgung vorgesehen ist, muss also auch tatsächlich anwesend sein und sich dieser Aufgabe widmen können. Dazu bedarf es Regelungen zur Transparenz und Kontrolle.

Umsetzung und Kontrolle

- Die neuen Personalmindeststandards müssen lückenlos und umfassend sein. Strittige Fragen müssen eindeutig geklärt werden.
- Es muss eindeutig festgelegt werden, dass die mitzurechnenden Beschäftigten auch tatsächlich vor Ort sein müssen. Die Krankenhausträger werden verpflichtet, die Ist-Personalbesetzung nach einzelnen Stationen/Bereichen und Schichten zu dokumentieren und für Nachfragen bereit zu halten. Stichproben durch betriebliche Interessenvertretungen, Landesaufsicht, Besuchskommissionen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) müssen möglich sein und durchgeführt werden.

- Es muss festgelegt werden, dass Ausfallzeiten empirisch erhoben und realistisch geplant werden.
- In den Bestimmungen zur Nachweispflicht ist festzulegen, dass Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitervertretungen beteiligt werden, bevor der Wirtschaftsprüfer seine Bestätigung zur Umsetzung der Psych-PV bzw. deren Nachfolgeregelung erteilen darf.
- Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitervertretungen müssen das Recht haben, an Pflegesatzverhandlungen zum Thema Personalbedarf und -finanzierung teilzunehmen.
- Die Rechte der Besuchskommissionen bei der Überprüfung des Personalschlüssels müssen gestärkt werden. Fortbildungen und länderübergreifender Austausch zu diesem Thema muss ihnen ermöglicht werden.
- Mit dem Nachweis der jahresdurchschnittlichen Besetzung ist die Überprüfung der Psych-PV nach Stichtagen hinfällig geworden und sollte im Sinne des Bürokratieabbaus wegfallen.

Sanktionen

Wenn Personalvorgaben nicht eingehalten werden, muss eine Kaskade zur Sicherung guter Patientenversorgung in Gang gesetzt werden:

- Es erfolgt ein Aufnahmestopp. Gegebenenfalls werden Patient/innen verlegt und Betten geschlossen, bis der Engpass behoben ist. Verantwortlich dafür ist das Management des Krankenhauses. Die Notfall- und Krisenversorgung ist jederzeit sicherzustellen.
- Wenn ein Krankenhausträger kurzfristig nicht in der Lage ist, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen/Stationen zu sorgen, werden Patient/innen in andere Krankenhäuser gelenkt. Verantwortlich ist die Aufsichtsbehörde.
- Ist ein Krankenhausträger über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen/Stationen zu sorgen, leitet die Aufsichtsbehörde (zum Beispiel zusammen mit der regionalen Gesundheitskonferenz) eine Änderung der Versorgungsplanung für diese Bereiche ein. Der Versorgungsauftrag wird entsprechend geändert. Das vorhandene Personal wird zur Entlastung anderer Bereiche eingesetzt. Alternativ wird sichergestellt, dass Beschäftigte ohne Verlust von erworbenen Ansprüchen auf den neuen Träger des Versorgungsauftrages übergehen können.
- Die Kostenträger erstatten den Krankenhausträgern nur Ausgaben für tatsächlich durchgeführte Behandlungen und nur Personalkosten in Höhe der tatsächlich aufwandten Beträge.

Transparenz

- Die Personalvorgaben müssen für Beschäftigte, Patient/innen und ihre Vertretungen verständlich und nachvollziehbar sein. Ausufernde Ausdifferenzierung ist daher zu vermeiden.
- Die durchschnittliche Ist-Personalbesetzung (pro Jahr) und ihre Abweichung von der Soll-Personalbesetzung ist in den Qualitätsberichten auszuweisen – inklusive einer Stellungnahme der betrieblichen Interessenvertretungen. Der Krankenhausvergleich muss die Daten aus der Personal-Nachweispflicht enthalten.
- Der Nachweis über den Einsatz des erforderlichen Personals muss über die Qualitätsberichte in verständlicher Form öffentlich gemacht werden.
- Die Mindestbesetzung für die jeweilige Station ist im Krankenhaus öffentlich auszuweisen.

Weitere Informationen: <https://psychiatrie.verdi.de>

Kontakt: Gisela Neunhöffer, ver.di Bundesverwaltung,
Email: gisela.neunhoeffer@verdi.de, Telefon 030/6956-1842

Anhang: Zum Umfang des Auftrages an den G-BA – die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser müssen einbezogen werden

Der G-BA beschränkt seinen Auftrag derzeit allein auf die vollstationären Bereiche. Das ist eine unzulässige Einschränkung des Auftrages, die einen wachsenden und wichtigen Teilbereich der psychiatrischen Krankenhausleistungen von den Personalmindeststandards ausnimmt. Dies ist nicht hinnehmbar, insbesondere, weil es dem gesetzlichen Auftrag klar widerspricht.

Der Auftrag des G-BA umfasst nach SGB 5 folgende Bereiche:

„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.“ (**§ 39**). In **§ 136 Abs. 1** heißt es: „Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und **für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten** durch Richtlinien ...“

Zusätzlich heißt es in **§ 136 Abs. 2**: „Die Richtlinien nach Absatz 1 **sind sektorenübergreifend zu erlassen**, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann **nur** durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.“

§ 136a Abs.2: „Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er **insbesondere** verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung **der stationären Einrichtungen** mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.“

Zunächst gehören „ambulante“ Behandlungen eindeutig zu den Tätigkeiten eines Krankenhauses, für die die nachfolgenden Paragraphen gelten. Hierfür spricht auch der Begriff stationäre Einrichtungen, der hier synonym mit Krankenhaus ist. Zu einer stationären Einrichtung gehören nicht nur die Stationen, sondern auch die Ambulanzen und die Tätigkeiten, die durch das Krankenhaus ambulant erbracht werden.

Darüber hinaus sind die Richtlinien sektorenübergreifend zu erlassen – was ambulante, stationsäquivalente Behandlungen und Hometreatment eindeutig einschließt. Eine sektorbezogene Lösung ist gerade nicht angemessen und darf daher nicht erlassen werden.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Festlegungen zu Mindestvorgaben für die stationären Einrichtungen um eine nicht abschließende Formulierung („insbesondere“) handelt, was den Spielraum bei Sinnhaftigkeit nochmal erweitert.

Sinnhaft (auch im Sinne der allgemeinen Vorgaben zur Qualitätssicherung) ist aber eine „flächendeckende“ Festlegung, damit Vorschriften nicht umgangen werden können.

Noch deutlicher die **Begründung zum Gesetzentwurf des PsychVVG** (BT-Drucksache 18/9528, S. 49): „Da es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld um eine Krankenhausleistung handelt, gelten zunächst die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung im Krankenhaus.“ Sowie ebd., S. 51: „Diese Personalvorgaben werden daher als Mindestanforderungen der Strukturqualität für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt.“