

Verordnung

der Bundesregierung

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)

A. Zielsetzung

Durch die Verordnung soll die Personalausstattung in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im Bereich der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie gezielt verbessert werden, so daß eine sowohl den medizinisch-therapeutischen Anforderungen, wie auch wirtschaftlichen Maßstäben gerecht werdende Behandlung psychisch Kranker ermöglicht wird.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll insbesondere dadurch erreicht werden, daß

- sich die Personalbemessung an dem jeweiligen Behandlungsbedarf bestimmter, in der Verordnung definierter Patientengruppen orientiert, was zu einer deutlichen Personalverbesserung in den psychiatrischen Einrichtungen führt (rd. 5000 Stellen in den nächsten 5 Jahren; für das Gebiet der heutigen DDR kommen rd. 1500 Stellen

hinzu). Damit wird erstmals die Leistungsseite der stationären Psychiatrie in einem geschlossenen Konzept beschrieben.

- insbesondere die therapeutischen Berufe, die die entscheidenden Vorarbeiten für eine Wiedereingliederung leisten, verstärkt werden,
- die enge Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen gefördert wird.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Nach einer Übergangszeit ist für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland mit zusätzlichen, die Krankenkassen belastenden Kosten von jährlich 410 Mio. DM zu rechnen; für das Gebiet der DDR ergibt sich ein Betrag von rd. 120 Mio. DM. Dieser Aufwand ist notwendig und gerechtfertigt, um Defizite und Engpässe in der pflegerischen Behandlung zu überwinden und eine Gleichstellung dieses bisher benachteiligten Versorgungsbereichs zu erreichen.

Bundesrat**Drucksache 666/90**

26.09.90

AS - Fz - G - In - K**Verordnung**

der Bundesregierung

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personal-
bedarf in der stationären Psychiatrie
(Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 26. September 1990

121 (311) - 231 00 - Ps 1/90

An den
Präsidenten des Bundesrates

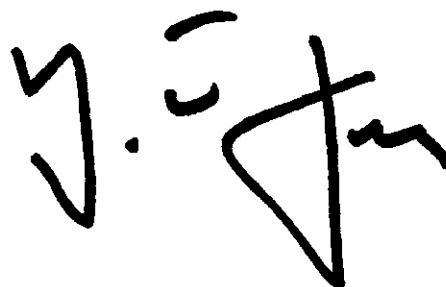
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für
den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie
(Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des
Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozial-
ordnung.

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the Federal Minister of Labour and Social Order, is positioned at the bottom of the document.

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf
in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung
- Psych-PV)

Auf Grund des § 16 Satz 1 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I S. 33) verordnet die Bundesregierung:

Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften

§ 1
Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre oder teilstationäre Behandlung der Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches bedürfen.

(2) Psychiatrische Einrichtungen im Sinne dieser Verordnung sind

1. psychiatrische Krankenhäuser,

2. selbständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,

soweit auf sie die Pflegesatzvorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und die Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden.

§ 2

Pflegesatzvereinbarung

(1) Die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) haben bei der Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Bundespflegesatzverordnung für die Personalbemessung die Maßstäbe und Grundsätze dieser Verordnung zugrunde zu legen.

(2) Die sonstigen Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung für die Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze bleiben unberührt.

§ 3

Grundsätze

(1) Für die Personalbemessung für den Regeldienst der psychiatrischen Einrichtungen gilt folgendes Verfahren:

1. Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, werden bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet (§§ 4 und 8).

2. Für jeden Behandlungsbereich und für jede Berufsgruppe wird eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche vorgegeben (§ 5 Abs. 1 und § 9 Abs. 1). Die Minutenwerte sind unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags angemessen zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.
3. Die Minutenwerte werden in Personalstellen umgerechnet (§ 6 und § 9 Abs. 3).
4. Die Zahl der Personalstellen für Leitungskräfte wird nach der Zahl der vereinbarten Stellen für Ärzte und Diplom-Psychologen errechnet (§ 7 und § 9 Abs. 3).

(2) Der Regeldienst im Sinne von Absatz 1 umfaßt alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst, Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes, ärztlicher Rufbereitschaft und ärztlichem Konsiliardienst sowie von Tätigkeiten in Nachtkliniken. Die Personalbemessung für die nicht vom Regeldienst umfaßten Tätigkeiten ist von den Vertragsparteien unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der Einrichtung und mit dem Ziel einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung der Patienten in der Pflegesatzvereinbarung zusätzlich zu vereinbaren.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 2 gelten beim Krankenpflegepersonal für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie für einen Regeldienst von 8 Stunden, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 10 Stunden; die Minutenwerte gelten für fünf Wochentage.

(4) Die Zahl der Personalstellen nach Absatz 1 Nr. 3 kann von den Vertragsparteien abweichend vereinbart werden, wenn dies auf Grund besonderer Verhältnisse einer Einrichtung zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich oder ausreichend ist. Die Notwendigkeit einer Abweichung ist in der Pflegesatzvereinbarung zu begründen.

Zweiter Abschnitt Psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene

§ 4 Behandlungsbereiche

(1) Zur Ermittlung des Personalbedarfs werden die Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln gemäß Anlage 1 den folgenden Behandlungsbereichen zugeordnet:

A	S	G
A1 Regelbehandlung	S1 Regelbehandlung	G1 Regelbehandlung
A2 Intensivbehandlung	S2 Intensivbehandlung	G2 Intensivbehandlung
A3 Rehabilitative Behandlung	S3 Rehabilitative Behandlung einschließlich sog. Entwöhnung	G3 Rehabilitative Behandlung
A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
A5 Psychotherapie	S5 Psychotherapie	G5 Psychotherapie
A6 Tagesklinische Behandlung	S6 Tagesklinische Behandlung	G6 Tagesklinische Behandlung

(2) Die Vertragsparteien vereinbaren die voraussichtliche, durchschnittliche Zahl der Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen auf der Grundlage von mindestens vier Stichtagserhebungen; dabei ist die durchschnittliche Belegung der Einrichtung mit krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten sowie die Entwicklung im nächsten Pflegesatzzeitraum zu berücksichtigen.

(3) Die Stichtagserhebungen nach Absatz 2 sind jeweils am dritten Mittwoch der Monate Januar, April, Juli und Oktober durchzuführen; die Vertragsparteien können abweichende Vereinbarungen treffen. Die Ergebnisse der Stichtagserhebungen hat die Einrichtung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde so rechtzeitig schriftlich mitzuteilen, daß Vorverhandlungen nach § 16 Abs. 6 der Bundespflegesatzverordnung durchgeführt werden können.

(4) Die Vertragsparteien schließen nach § 16 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung Rahmenvereinbarungen, die

1. eine Prüfung der Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Krankenhaus ermöglichen,
2. eine Prüfung ermöglichen, ob die Personalausstattung nach dieser Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde.

§ 17 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung gilt entsprechend.

§ 5
Minutenwerte

(1) Der Personalbemessung für die nachstehenden Berufsgruppen sind je Patient und Woche folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Behand- lungsbe- reiche	Ärzte	Kranken- pflege- personal	Diplom- Psycho- logen	Ergo- thera- peuten	Bewegungs- therapeuten, Krankengym- nasten, Physiothera- peuten	Sozialar- beiter, Sozial- pädagogen
A 1	207	578	29	122	28	76
A 2	257	1118	12	117	29	74
A 3	82	376	110	197	29	79
A 4	132	734	57	113	27	59
A 5	154	198	107	103	31	14
A 6	114	51	83	176	17	67
S 1	226	557	43	72	35	109
S 2	256	1142	55	51	34	153
S 3	82	242	110	156	46	175
S 4	106	683	80	112	38	77
S 5	131	199	100	101	31	48
S 6	115	40	81	154	16	101
G 1	183	992	26	102	35	75
G 2	211	1221	0	78	40	51
G 3	84	518	66	85	42	79
G 4	100	909	43	72	44	42
G 5	119	241	81	76	31	13
G 6	115	94	83	167	26	68

(2) Für das Krankenpflegepersonal ist je Station und Woche zusätzlich ein Wert von 5000 Minuten zugrunde zu legen; umfaßt eine Station weniger als 16 Patienten im Jahresdurchschnitt, vereinbaren die Vertragsparteien, inwieweit dieser Minutenwert je Station zu vermindern ist. Station im Sinne des Satzes 1 ist eine eigenständige bauliche und organisatorische Einheit, die alle für einen Stationsbetrieb erforderlichen Funktionen umfaßt.

§ 6

Ermittlung der Personalstellen

(1) Die Personalstellen für eine psychiatrische Einrichtung werden ermittelt, indem für jede Berufsgruppe die Minutenwerte der Behandlungsbereiche nach § 5 Abs. 1 mit der entsprechenden durchschnittlichen Zahl der Patienten nach § 4 Abs. 2 vervielfacht werden. Beim Krankenpflegepersonal ist der Minutenwert je Station nach § 5 Abs. 2 mit der Anzahl der Stationen zu vervielfachen und hinzuzurechnen. Die sich ergebende Gesamtstundenzahl je Berufsgruppe ist in Personalstellen umzurechnen, indem sie durch die Zahl der Arbeitsstunden geteilt wird, die unter Berücksichtigung der tariflichen Arbeitszeit oder entsprechender Arbeitszeitregelungen sowie der zu erwartenden Ausfallzeiten durchschnittlich je Mitarbeiter zu leisten sind. Die Höhe der Ausfallzeiten wird für die einzelnen Berufsgruppen von den Vertragsparteien unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

(2) Die Personalstellen für eine Berufsgruppe nach Absatz 1 können entsprechend dem therapeutischen Konzept der psychiatrischen Einrichtung auch mit Fachkräften der anderen Berufsgruppen oder anderer, in § 5 Abs. 1 nicht genannter Berufe, besetzt werden, soweit das der Verordnung zugrunde liegende therapeutische Konzept erfüllt wird und die nach dieser Verordnung vereinbarten Personalkosten nicht überschritten werden.

§ 7

Leitungskräfte

(1) Die Personalbemessung für leitende Ärzte richtet sich nach der Zahl der nach § 6 ermittelten und von den Vertragsparteien vereinbarten Stellen für Ärzte und Diplom-Psychologen; diese sind im Verhältnis 8 zu 1 in ganze oder anteilige Stellen für leitende Ärzte umzurechnen.

(2) Die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte entspricht der errechneten Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.

(3) § 3 Abs. 4 gilt entsprechend.

Dritter Abschnitt

Einrichtungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

§ 8

Behandlungsbereiche

Zur Ermittlung des Personalbedarfs werden die Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln gemäß Anlage 2 den folgenden Behandlungsbereichen zugeordnet:

- KJ 1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
- KJ 2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
- KJ 3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
- KJ 4 Rehabilitative Behandlung
- KJ 5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- KJ 6 Eltern-Kind-Behandlung
- KJ 7 Tagesklinische Behandlung.

§ 4 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 9
Minutenwerte

(1) Der Personalbemessung für die nachstehenden Berufsgruppen sind je Patient und Woche folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Behand- lungsbe- reiche	Ärzte	Kranken- pflege- personal, Erzie- hungs- dienst	Diplom- Psycho- logen	Ergo- thera- peuten	Bewegungs- therapeuten Kranken- gymnasten, Physiothera- peuten	Sozial- arbeiter, Sozial- pädagogen, Heilpäda- gogen	Sprach- heil- thera- peuten, Logo- päden
KJ 1	257	1419	183	137	82	157	33
KJ 2	251	1285	180	166	74	122	8
KJ 3	321	1876	163	59	21	73	0
KJ 4	105	532	80	292	18	91	8
KJ 5	144	1541	104	211	96	92	21
KJ 6	264	305	179	110	76	148	25
KJ 7	247	261	182	128	63	133	26

(2) Für das Krankenpflegepersonal ist je Station und Woche zusätz-
lich ein Wert von 5000 Minuten zugrunde zu legen; umfaßt eine
Station weniger als 9 Patienten im Jahresdurchschnitt, treffen
die Vertragsparteien eine Vereinbarung darüber, inwieweit dieser
Minutenwert je Station zu vermindern ist. § 5 Abs. 2 Satz 2 gilt
entsprechend.

(3) Für die Ermittlung der Personalstellen gilt § 6, für die
Personalbemessung für leitende Ärzte sowie für Leitungskräfte
des Pflege- und Erziehungsdienstes § 7 entsprechend.

Vierter Abschnitt
Schlußvorschriften

§ 10
Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 31 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch im Land Berlin.

§ 11
Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1991 in Kraft.

(2) Die Personalbemessung nach dieser Verordnung ist erstmals bei der auf den 1. Januar 1991 folgenden Pflegesatzverhandlung zugrunde zu legen. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist das Budget für einen im Jahre 1991 noch laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. Dabei ist eine nach dieser Verordnung höhere Personalbemessung nur für die Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums zugrunde zu legen. Für diesen Zeitraum sind Pflegesätze neu zu vereinbaren. Bei der Neuvereinbarung nach Satz 1 und 2 reichen abweichend von § 4 Abs. 3 Satz 1 vier Stichtags-erhebungen in mindestens zwei Monaten aus.

(3) Die Personalbemessung nach dieser Verordnung wird in einem Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 1995 eingeführt. Soweit sie noch nicht erreicht ist, vereinbaren die Vertragsparteien im Rahmen jeder Pflegesatzvereinbarung eine jährliche, stufenweise Anpassung, bei der die Abweichung zwischen der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Personalbesetzung und der Personalbemessung nach dieser Verordnung auf den verbleiben-

den Übergangszeitraum verteilt wird. Werden im Übergangszeitraum Krankenhausbetten abgebaut, wird die tatsächliche Personalbesetzung nicht verringert, soweit die Personalbemessung nach dieser Verordnung noch nicht erreicht ist.

(4) Werden die nach Absatz 3 zusätzlich vereinbarten Personalstellen während des Pflegesatzzeitraums ganz oder teilweise nicht besetzt und sind dem Krankenhaus deshalb geringere Personalkosten als vorauskalkuliert entstanden, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zu erstatten. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte

1. Allgemeine Psychiatrie

Behandlungsbereiche	Kranke	Behandlungsziele	Behandlungsmittel
A1 Regelbehandlung	Akut psychisch Kranke	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie ¹⁾ , Soziotherapie, Ergotherapie
A2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke: Manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie
A3 Rehabilitative Behandlung	Für die rehabilitative Behandlung ausreichend stabilisierte Kranke mit psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, Lindern der Krankheitsfolgen - mit diesen leben lernen, Enthospitalisierung, Wiedereingliederung	Mehrdimensionale rehabilitative Behandlung; Psychotherapie zur Bewältigung der Krankheitsfolgen, Soziotherapie, Ergotherapie
A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen und / oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehrdimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen
A5 Psychotherapie	Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung
A6 Tagesklinische Behandlung ²⁾	Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie

¹⁾ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflüsse auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

²⁾ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

2. Abhängigkeitskranke

Behandlungsbereiche	Kranke	Behandlungsziele	Behandlungsmittel
S1 Regelbehandlung	Alkohol- und Medikamentenabhängige	Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen
S2 Intensivbehandlung	Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Entgiftung, Delirbehandlung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik, intensive medikamentöse Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen
S3 Rehabilitative Behandlung einschließlich sog. Entwöhnung	Ausreichend entgiftete, motivierte und belastbare Alkohol- und Medikamentenabhängige oder inzwischen zur rehabilitativen Behandlung befähigte Schwer- und Mehrfachkranke	Abstinenz, Befähigung zu ambulanter Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppen, Wiedereingliederung	Suchtspezifische mehrdimensionale Behandlung
S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit anhaltenden psychiatrischen, neurologischen und internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen, erhebliche Rückfallgefahr, rehabilitative Behandlung oder Entlassung in komplementäre Einrichtungen nicht möglich.	Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Einrichtungen und ambulante Behandlung	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand; suchtspezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung
S5 Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung	Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Gesichtspunkte
S6 Tagesklinische Behandlung²⁾	Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung	Diagnostik, Psychotherapie, Soziotherapie ¹⁾ , Ergotherapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen

¹⁾ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflüsse auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

²⁾ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

3. Gerontopsychiatrie (Patienten in der Regel über 65 Jahre alt)

Behandlungsbereiche	Kranke	Behandlungsziele	Behandlungsmittel
G1 Regelbehandlung	Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)	Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause	Psychiatrische, neurologische, allgemeinmedizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen.
G2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter: Manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, und somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie
G3 Rehabilitative Behandlung	Ausreichend stabilisierte psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, mit Krankheit und Alter leben lernen, Wiedereingliederung zu Hause oder in Einrichtungen der Altenhilfe	Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie ¹⁾ , Psychotherapie
G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege	Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus
G5 Psychotherapie	Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen, oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung
G6 Tagesklinische Behandlung ²⁾	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie

¹⁾ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflüsse auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

²⁾ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte

Behandlungsbereiche	Kranke	Behandlungsziele	Behandlungsmittel
1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)	Vorschul- und Schulkinder mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien, Entwicklungstherapie
2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	Jugendliche und Heranwachsende mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alterstypischen Ablösungs- und Verselbständigungsprozesse; Befähigung zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie
3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heranwachsende: manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt	Krisenbewältigung; Befähigung zur jugendpsychiatrischen Regelbehandlung (2) oder zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; engstrukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Familientherapie; Pharmakotherapie; Einzeltherapie; Überwiegend stationsgebundene Therapieangebote
4 Rehabilitative Behandlung	Längerfristig psychisch kranke Kinder, Jugendliche, Heranwachsende mit krankheitsbedingten komplexen kognitiven, emotionalen und psychosozialen Defiziten	Entlassung in Familie, Wohngemeinschaft, Heim, o. ä. schulische oder berufliche Eingliederung	Medizinische Grundversorgung Milieuthherapie; Rehabilitationsprogramm mit speziellen Trainingsmaßnahmen; Arbeitstherapie, Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Eingliederung; Beratung von Bezugspersonen; Familientherapie; Einzelpsychotherapie (evtl. nur phasenweise)

Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Behandlungsbereiche	Kranke	Behandlungsziele	Behandlungsmittel
5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, selbstgefährdend, fremdgefährdend, erregt, desorientiert	Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich 4)	Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie
6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugsperson)	Kinder mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, Kommunikations- und Interaktionsstörungen, selbstverletzendem Verhalten	Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Betreuungskompetenz auf der Basis der Entwicklungsdiagnostik; Einleitung ambulanter Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Frühtherapie; Elternberatung; Familientherapie; spezielle Therapieprogramme für Kind und Eltern (Erzieher) als kurzfristige Intensivmaßnahme
7 Tagesklinische Behandlung ¹⁾	Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung der Integration in Familie oder Heim; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbildung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie

¹⁾ Integrierte Tages- und Nachtambulabehandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

B E G R Ü N D U N G

A. Allgemeiner Teil

I. Notwendigkeit einer Personalverordnung

In § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) hat der Gesetzgeber die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen beauftragt, gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, zu erarbeiten. Diese Maßstäbe und Grundsätze sind von den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus der Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze zugrunde zu legen (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG, § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV)).

Die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung orientieren sich bei der Personalbemessung für die Krankenhäuser derzeit noch an den "Anhaltsszahlen von 1969". Diese wurden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) einseitig empfohlen und werden seitdem ohne förmliche Anerkennung durch die Krankenkassen angewendet. Die Anhaltsszahlen von 1969 beziehen sich für die Personalbemessung allein auf die Zahl der durchschnittlich belegten Betten. Dies gilt auch für die stationäre Psychiatrie, wobei beim ärztlichen Personal nach Regelbehandlung, Intensivbehandlung und Langzeitbehandlung unterschieden wird, während

bei Pflegekräften und sonstigem nichtärztlichem Personal keine gesonderten Ansätze für psychiatrische Krankenhäuser oder Fachabteilungen vorgegeben werden. Die Anhaltsszahlen von 1969 werden in den Pflegesatzverhandlungen regelmäßig um die inzwischen eingetretenen Arbeitszeitverkürzungen sowie um die Auswirkungen gesetzlicher und tarifvertraglicher Regelungen korrigiert.

Die DKG hat im Jahre 1974 wiederum einseitig neue Anhaltsszahlen für den gesamten stationären Bereich, also unter Einschluß der Psychiatrie, veröffentlicht, die von den Krankenkassen nicht anerkannt wurden.

Nachdem der Gesetzgeber im Jahre 1981 im Zuge des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes in § 19 Abs. 1 KHG der Selbstverwaltung auf der Bundesebene den Auftrag erteilt hat, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten, forderte die DKG erstmals im September 1982 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen über den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie auf. Die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen konnten sich jedoch nicht auf ein gemeinsames Konzept einigen. Die Verhandlungen wurden im Frühjahr 1985 wieder aufgenommen, kamen jedoch über Vorüberlegungen zu den Methoden der Personalbedarfsermittlung nicht hinaus. Daraufhin beschloß die DKG im Dezember 1985 einseitig Anhaltsszahlen für den Bereich der stationären Psychiatrie, die von den Krankenkassen abgelehnt wurden, ohne daß diese ein eigenes Konzept vorlegten. Die Selbstverwaltung forderte daraufhin in einem gemeinsamen Schreiben vom November 1986 den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) auf, nun eine Rechtsverordnung nach § 19 Abs. 2 KHG zu erlassen. Wegen des gesetzlichen Vorrangs der Selbstverwaltung nahmen die

Spitzenverbände 1987 ihre Verhandlungen erneut auf. Die DKG setzte die nach § 19 Abs. 2 KHG vorgegebene Jahresfrist am 15. Juli 1987 in Gang.

Das Konzept der DKG sieht vor, verschiedenen Stationstypen je nach den dort behandelten Patienten Personal zuzuordnen und damit den unterschiedlichen Personalaufwand zu berücksichtigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verfolgen dagegen einen Ansatz, der die gegenwärtige durchschnittliche Personalbesetzung nach Krankenhausstypen statistisch feststellt und als Richtschnur vorgibt, ohne sich auf die im Krankenhaus erbrachten Leistungen zu beziehen.

Nachdem eine gemeinsame Empfehlung in der genannten Jahresfrist nicht zustande kam, ist die Bundesregierung verpflichtet, die Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf der psychiatrischen Krankenhäuser und der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern durch eine Rechtsverordnung nach § 19 Abs. 2 KHG zu bestimmen; die Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

II. Ausgangslage

Bereits in der Psychiatrie-Enquête von 1975 wird die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser als völlig unzureichend angesehen. Eine Weiterentwicklung in der psychiatrischen Versorgung sei nur mit zusätzlichem Personal möglich; eine sofortige Aufstockung des Personalschlüssels sei unabdingbar.

Trotz deutlicher Fortschritte, mit denen die Lage der psychisch Kranken und Behinderten in den letzten 15 Jahren verbessert werden konnte, gibt es im Personalbereich der stationären Psychiatrie noch immer erhebliche Defizite.

Die "Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung" stellte in ihren der Bundesregierung im November 1988 übergebenen Empfehlungen fest, daß der stationäre psychiatrische Bereich noch beachtliche Überkapazitäten an Betten aufweist, zu denen die globalen und nicht aufgabenbezogenen Personalanhaltszahlen unverändert beitragen. Es wird ein Unterschied im Versorgungsniveau der psychiatrischen Krankenhäuser einerseits und der psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern andererseits festgestellt. Insbesondere bei den großen, historisch belasteten psychiatrischen Krankenhäusern, die im 19. Jahrhundert gemeindefern als überregionale Einrichtungen betrieben wurden, wird das für die psychiatrische Versorgung festgestellte Defizit vor allem in einer unzureichenden Personalausstattung deutlich; diese Einrichtungen haben den Weg von einer "Verwahrpsychiatrie" zu einer "Behandlungspsychiatrie" noch immer nicht zurückgelegt. Der beachtliche Bettenabbau in der Psychiatrie seit 1970 - die Zahl der Betten betrug 1970 117.600 und 1988 86.800, was einem Abbau von 30.800 Betten entspricht - kann nur fortgesetzt werden, wenn insbesondere die langfristig Schwerkranken durch eine auf den einzelnen Patienten bezogene, aktive Therapie in die Lage versetzt werden, außerhalb des Krankenhauses zu leben; eine solche Therapie ist personalaufwendig.

Ähnliche Personaldefizite gibt es auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die erst seit dem Jahre 1969 als eigenes ärztliches Fachgebiet anerkannt ist. Diese Personaldefizite sind vor allem deshalb folgen-

schwer, weil - so schon die Psychiatrie-Enquete - hierdurch präventive Maßnahmen, u.a. auch Früherkennung und Frühbehandlung, zur Verhinderung und Minderung späterer Schäden weitgehend unterbleiben.

III. Vorgehensweise

Der BMA hat nach Ablauf der Einjahresfrist nach § 19 Abs. 2 KHG im Sommer 1988 mit der Vorbereitung einer Rechtsverordnung begonnen. Dazu wurde zunächst ein unabhängiger Beirat von Fachleuten gebildet, der den BMA in grundsätzlichen Fragen zu den Maßstäben und Grundsätzen für den Personalbedarf in Krankenhäusern allgemein beraten soll.

Nach einer grundsätzlichen Bewertung vorhandener Konzepte für Personalmaßstäbe entschied sich der BMA für Maßstäbe und Grundsätze, die sich an dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses, ferner an der Patientenstruktur und an den Behandlungsformen orientieren. In einem ersten Schritt sollten "Stationstypen" definiert werden, denen sich Leistungen nach medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten zuordnen lassen. Ein solcher leistungsbezogener Ansatz hat gegenüber den bisherigen Anhaltswerten den Vorteil, daß der Personalansatz nicht mehr an der Bettenzahl anknüpft und damit ein Hemmnis für den Bettenabbau beseitigt wird.

Der BMA berief im Dezember 1988 eine Expertengruppe aus verbandsunabhängigen leitenden Ärzten, Verwaltungsdirektoren und Leitern/Leiterin des Pflegedienstes mit dem Auftrag, Stationstypen zu entwickeln und entsprechende Zeitwerte für die Ermittlung des Personalbedarfs vorzuschlagen.

Die Expertengruppe erarbeitete unter dem Vorsitz des BMA als Grundlage für eine leistungsbezogene Personalbemessung Entwürfe für

- ein neues, übersichtliches Raster von Stationstypen im Sinne von "Behandlungsbereichen", das allein den unterschiedlichen Behandlungs- und Krankenpflegebedarf in den einzelnen Behandlungsbereichen berücksichtigt und sich nicht an der Bettenzahl orientiert, und
- Tätigkeitsprofile für alle therapeutisch und pflegerisch tätigen Berufsgruppen.

In Anhörungen von Ländern und Verbänden im Juni 1989 fanden diese Entwürfe grundsätzliche Zustimmung. Die Anregungen der Länder und Verbände wurden bei den weiteren Arbeiten berücksichtigt. Auf dieser Grundlage erarbeitete die Expertengruppe differenzierte Zeitwerte für die Personalbemessung.

Das von der Expertengruppe erarbeitete Raster von Behandlungsbereichen wurde in 43 psychiatrischen Krankenhäusern sowie in 37 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erprobt. Insgesamt wurden 23.131 Patienten in die Erhebungen einbezogen und nach ihren Erkrankungen Behandlungsbereichen zugeordnet. Dabei erwies sich das Konzept der Expertengruppe aufgrund seiner übersichtlichen Strukturierung und genauen Leistungsbeschreibung als in der Praxis gut handhabbar. Auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse wurde eine Schätzung der voraussichtlich durch eine verbesserte Personalbemessung entstehenden Kosten vorgenommen.

Bereits seit Mitte 1989 hatte eine Expertengruppe für die Kinder- und Jugendpsychiatrie parallel ihre Arbeit aufgenommen. Sie entwickelte ihre Vorschläge nahezu zeitgleich und in enger Abstimmung mit dem Konzept für die Erwachsenenpsychiatrie, so daß diese Arbeiten in die Rechtsverordnung einbezogen werden konnten. Das Konzept wurde in fast allen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen erprobt. Der Kostenschätzung für diese Einrichtungen liegt somit nahezu eine Vollerhebung zugrunde.

IV. Grundsätze des Verordnungskonzepts

1. Der Verordnungsgeber hat sich zum Ziel gesetzt, die Voraussetzungen zu verbessern, psychische Erkrankungen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern; außerdem sollen die im stationären Bereich behandelten Patienten soweit wie möglich befähigt werden, außerhalb der Klinik zu leben; das ist Kernpunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die psychiatrischen Einrichtungen personell so auszustatten, daß es ihnen möglich wird, über ein "qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm" eine große Zahl von Patienten, die heute noch als krankenhausbbehandlungsbedürftig angesehen werden, aus dem Krankenhaus zu entlassen. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist der Ausbau des komplementären Bereiches, eine Aufgabe, die in den Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen fällt.

Die Verordnung bestimmt nach § 19 Abs. 2 KHG die Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (psychiatrischen Einrichtungen), die im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen bei der Bemessung des Budgets zugrunde zu legen sind.

Das der Verordnung zugrunde liegende Konzept ist leistungsbezogen, da sich die Personalbemessung an dem jeweiligen Behandlungs- und Betreuungsbedarf bestimmter, in der Verordnung definierter Patientengruppen (Behandlungsbereiche) orientiert; sie wird zu strukturellen Veränderungen in den psychiatrischen Einrichtungen führen. Das Konzept wird gleichzeitig Grundlage für Wirtschaftlichkeitsprüfungen sein.

Die Verordnung gilt nach § 19 Abs. 2 KHG in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG und § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV für Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, also nicht für ambulante Einrichtungen des Krankenhauses wie Psychiatrische Institutsambulanzen.

Dementsprechend beziehen sich die Personalvorgaben auf die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB V), unabhängig davon, wer die Kosten der Behandlung trägt. Für Bereiche, in denen nicht krankenhausbearbeitungsbedürftige Patienten behandelt werden, oder für Einrichtungen, die nicht dem Krankenhausfinanzierungsgesetz unterliegen, gilt diese Verordnung nicht. Dabei geht es insbesondere um Patienten im Maßregelvollzug und um sog. Pflegefälle. Für diese Patienten sind gesonderte Vereinbarungen mit den jeweils zuständigen Kostenträgern zu treffen.

2. Die Verordnung geht von einer engen Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in einem Team aus. Im Rahmen der normativ vorgegebenen Arbeitszeiten in Minuten (Minutenwerte) können grundsätzlich die in § 5 Abs. 1 genannten Berufsgruppen gegeneinander ausgetauscht sowie andere, in § 5 Abs. 1 nicht genannte Berufe, therapeutisch eingesetzt werden (vgl. § 6 Abs. 2); damit ist das Konzept offen für künftige Entwicklungen, ohne daß dies zu erhöhtem Personalbedarf führen muß. Pflegerische Hilfskräfte sind, soweit ihr Einsatz erforderlich ist, auf die Stellen für Krankenpflegepersonal anzurechnen. Stationshilfen und sonstige Hilfskräfte sind in der Verordnung nicht berücksichtigt.
3. Die Minutenwerte gelten für psychiatrische Einrichtungen, die verpflichtet sind, krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten aufzunehmen. Eine solche "Versorgungsverpflichtung", die die Zuständigkeit für Patienten mit gesetzlich begründeter oder ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung einschließt, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gemeindenahe Versorgung psychisch Kranker. Für psychiatrische Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung gelten die Personalvorgaben nach dieser Verordnung nur mittelbar; über den in der Regel geringeren Personalbedarf ist mit den Krankenkassen zu verhandeln.
4. Grundlage der Personalbemessung ist nicht mehr die Zahl der durchschnittlich belegten Betten, sondern die durchschnittliche Zahl der Patienten, die den verschiedenen "Behandlungsbereichen" zugeordnet werden.

Es werden typische Patientengruppen, die jeweils einen bestimmten Behandlungs- und Krankenpflegebedarf haben, voneinander abgegrenzt. Das ermöglicht bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Intensität der Behandlung und Betreuung sowie der im einzelnen durch die verschiedenen Berufsgruppen zu erbringenden Leistungen eine leistungsgerechte und damit wirtschaftliche Personalbemessung. Für die Behandlungsbereiche sind die einzelnen Patientengruppen sowie die entsprechenden Behandlungsziele und Behandlungsmittel in der Anlage zu der Verordnung beschrieben.

5. Die für die Behandlungsbereiche vorgegebenen Zeitwerte wurden mit Hilfe von neu entwickelten Tätigkeitsprofilen (Regelaufgaben) für die einzelnen Berufsgruppen ermittelt. Die Zeitwerte wurden innerhalb der Expertengruppen für die Erwachsenen- sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach eingehender Erörterung auf der Grundlage der Berufserfahrung der Beteiligten festgelegt.

Die Auflistung der für die einzelnen Patientengruppen erforderlichen Tätigkeiten, in der die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Teams beschrieben werden, macht in Verbindung mit den Zeitwerten die Anforderungen und Schwerpunkte in der Behandlung der verschiedenen Patientengruppen deutlich. Damit wird erstmals die Leistungsseite der stationären Psychiatrie in einem geschlossenen Konzept beschrieben.

Die den Minutenwerten dieser Verordnung zugrunde liegenden Tätigkeitsprofile (Regelaufgaben) sind erstmals als Materialien zur Verordnung zusammen mit dem Referentenentwurf veröffentlicht worden.

6. Die Verordnung läßt den Vertragsparteien der Pflege-satzverhandlungen einen begrenzten Spielraum, damit die besonderen Gegebenheiten des einzelnen Kranken-hauses berücksichtigt werden können. Nachtdienst, Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes, Ruf-bereitschaft und Konsiliardienst der Ärzte sowie Nacht-dienst und Bereitschaftsdienst des Pflegepersonals müssen für jedes Krankenhaus gesondert geregelt werden und bleiben deshalb den Verhandlungen der Vertrags-parteien vorbehalten. Der Krankenhausträger wird nicht in seiner Organisationsfreiheit eingeschränkt. Im Rahmen der für die gesamte psychiatrische Einrichtung ermittelten Personalbemessung kann er nach wie vor den Einsatz des Personals in den einzelnen Organisa-tionseinheiten bestimmen; er kann auch Berufsgruppen gegeneinander austauschen und in § 5 Abs. 1 nicht genannte Berufe einsetzen, soweit das der Verordnung zugrunde liegende therapeutische Konzept erfüllt wird und die vereinbarten Personalkosten nicht überschritten werden.
7. Das gemeinsam mit der Expertengruppe entwickelte Konzept weist darüber hinaus folgende Vorteile auf:
- Es berücksichtigt die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Versorgung und fördert die Zusammen-arbeit von stationären, komplementären und ambulanten Diensten.
 - Durch die Beschreibung der Behandlungsbereiche und der für die Versorgung der Patienten erforder-lichen Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen

werden Maßstäbe für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung vorgegeben sowie eine leistungsbezogene Budgetierung ermöglicht.

- Mit dieser Art der Personalbemessung wird eine wirksame Qualitätskontrolle möglich.
- Das Raster der Behandlungsbereiche ist in sich geschlossen und in der Praxis einfach anwendbar.
- Aufgrund der in den Tätigkeitsprofilen (Regelaufgaben) enthaltenen detaillierten Beschreibung der in den Personalvorgaben berücksichtigten Leistungen wird die Grundlage für die Personalbemessung transparent und begrenzbare.

Die den Minutenwerten zugrunde liegenden Tätigkeitsbeschreibungen wurden von der Expertengruppe für die Erwachsenenpsychiatrie für das Modell einer Station mit 16 Patienten entwickelt; diese Werte sind, um die Kostenauswirkungen zu begrenzen, auf eine Station mit 18 Patienten übertragen worden. Langfristig halten die Experten eine Realisierung der ursprünglichen Werte für erforderlich.

8. Die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen wird durch die psychiatrische Einrichtung selbst vorgenommen. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Verhandlungen die Möglichkeit, die erhobenen Zahlen und damit Umfang und Schwerpunkte der Versorgungsleistungen der verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen zu vergleichen und auf Unstimmigkeiten zu prüfen; sie können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu

einer Beurteilung der von den Einrichtungen angegebenen Zahlen heranziehen. Nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 sollen die Vertragsparteien hierzu Vereinbarungen treffen. Die bei der Erprobung des Konzepts erhobenen Daten von 80 psychiatrischen Einrichtungen haben gezeigt, daß entsprechende Plausibilitätsprüfungen möglich sind. Außerdem soll aufgrund von Vereinbarungen nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 geprüft werden, ob die künftig höhere Personalausstattung nach dieser Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde.

Die durch Stichtagserhebungen ermittelte Größe der Behandlungsbereiche ist den Schätzungen für das kommende Jahr zugrunde zu legen; dabei sind die Zahlen um Besonderheiten des vergangenen Zeitraumes zu bereinigen und absehbare Veränderungen des kommenden Jahres zu berücksichtigen.

V. Kosten

Die Verordnung regelt nur die Personalbemessung für Patienten, die krankenhausbehandlungsbedürftig im Sinne des § 39 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB V) sind. Die Kosten werden grundsätzlich über die Pflegesätze durch die Krankenversicherung oder durch die Patienten getragen. Die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden werden daher nicht unmittelbar belastet.

Aufgrund der Verordnung ist nach der fünfjährigen Übergangszeit auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland mit zusätzlichen, pflegesatzfähigen Kosten in Höhe von 410 Mio DM jährlich auf der Grundlage des heutigen Tarif-

gefüges, und auf dem Gebiet der DDR mit 120 Mio DM zu rechnen. Spürbare Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf die Verbraucherpreise, sind nicht zu erwarten.

Als Grundlage für die Kostenschätzung für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland wurde die neue Personalbemessung in 43 psychiatrischen Krankenhäusern sowie 37 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie in fast allen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen probeweise durchgeführt. Der Schätzung liegt somit, bezogen auf Betten, die mit krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten belegt sind, ein Erhebungsumfang von rund 46 Prozent der Betten in der Erwachsenenpsychiatrie und 90 Prozent der Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugrunde. Von diesen als repräsentativ anzusehenden Erhebungen wurde auf eine Gesamtzahl von bundesweit 50.000 Betten, die mit krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten belegt sind, hochgerechnet; diese Zahl wurde durch eine Erhebung der Spitzenverbände der Krankenkassen bestätigt. Für die DDR wurde bei gleichen Annahmen von 15.000 Betten ausgegangen.

In der Kostenschätzung sind erhöhte Personalkosten aufgrund einer Verkleinerung der heute noch zu großen Stationen sowie erhöhte Sachkosten aufgrund verbesserter Therapieangebote berücksichtigt.

Die Kostenschätzung kann deutlich unterschritten werden, wenn der notwendige Bettenabbau im Bereich der stationären Psychiatrie fortgesetzt wird.

B. Einzelbegründung

Zum ersten Abschnitt: Allgemeine Vorschriften

Der erste Abschnitt enthält die Vorschriften zum Anwendungsbereich und zur Einbindung in die Pflegesatzvereinbarung sowie die Grundsätze des Verfahrens zur Personalbemessung.

Zu § 1: Anwendungsbereich

Die Vorschrift legt den Anwendungsbereich der Verordnung fest (vgl. hierzu Teil A.IV. Nr. 1). Satz 1 stellt klar, daß die Personalbemessung nach dieser Verordnung nur für Patienten vorgenommen wird, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Die Personalbemessung umfaßt das gesamte an der Behandlung beteiligte Personal der stationären psychiatrischen Einrichtungen. Absatz 2 definiert den Begriff der "psychiatrischen Einrichtung".

Zu § 2: Pflegesatzvereinbarung

§ 2 schreibt die Anwendung der vorgegebenen Maßstäbe für die Personalbemessung im Rahmen des Pflegesatzverfahrens vor. Damit wird ergänzend zur Bundespflegesatzverordnung ein Teilbereich der Pflegesatzvereinbarungen konkreter geregelt. Absatz 2 stellt klar, daß die sonstigen Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung unberührt bleiben. Einigen sich die Vertragsparteien nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a KHG.

Zu § 3: Grundsätze

Die Vorschrift legt die Grundsätze des Personalbemessungsverfahrens fest und bestimmt, für welche Aufgaben der psychiatrischen Einrichtungen die Vorgaben der Verordnung gelten und für welche die Personalbemessung gesondert zu vereinbaren ist. Darüber hinaus gibt sie für den Schichtdienst des Pflegepersonals und die Tageskliniken die Dauer des Regeldienstes an, die mit den Personalvorgaben der Verordnung abgedeckt werden müssen.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt für den "Regeldienst", für den die Verordnung Maßstäbe bestimmt, das Verfahren der Personalbemessung. Zur Abgrenzung des Regeldienstes vgl. zu Absatz 2.

Zu Nummer 1

Grundlage der Personalbemessung ist die durchschnittliche Zahl der Patienten, die verschiedenen Behandlungsbereichen zugeordnet werden. Die Behandlungsbereiche entsprechen mit unterschiedlichem Behandlungs- und Krankenpflegebedarf typischen Patientengruppen.

Zu Nummer 2

Nach Satz 1 wird der Personalbedarf der Krankenhäuser anhand von normativen Minutenwerten ermittelt, die den unterschiedlichen Behandlungs- und Krankenpflegebedarf der Patientengruppen abbilden.

Die Minutenwerte nach Satz 1 gelten unmittelbar für Einrichtungen, die eine "Versorgungsverpflichtung" für Patienten haben, d.h. die verpflichtet sind oder sich verpflichtet haben, freiwillig kommende Patienten sowie Patienten mit gesetzlich begründeter oder ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung aufzunehmen. Die letztgenannten, in der Regel schwer kranken Patienten stellen besondere Anforderungen an die Einrichtungen, die deshalb grundsätzlich einen höheren Personalbedarf haben als Einrichtungen, die solche Patienten nicht aufnehmen müssen. Eine solche Versorgungsverpflichtung besteht in der Regel für alle Behandlungsbereiche; sie kann in Übereinstimmung mit der Psychiatrieplanung des Landes auch auf die Allgemeine Psychiatrie, auf Abhängigkeitskranke oder die Gerontopsychiatrie beschränkt sein. Die Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Einrichtungen ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt; sie beruht auf gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtung und kann regional begrenzt sein. Die Versorgungsverpflichtung bindet nur die psychiatrische Einrichtung; sie schränkt nicht das Recht des Patienten auf Wahl einer Einrichtung ein.

Für psychiatrische Einrichtungen ohne eine solche Versorgungsverpflichtung, die sich auf die Behandlung bestimmter Patienten beschränken, gelten die Minutenwerte nur indirekt. Satz 2 bestimmt, daß die Minutenwerte der Verordnung für diese Einrichtungen grundsätzlich angemessen verringert werden; aufgrund des sehr unterschiedlichen Leistungsangebots können die Werte nur für jede Einrichtung mit den Krankenkassen verhandelt werden. Soweit psychiatrische Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung im Einzelfall einen gleich hohen oder höheren Personalbedarf haben, kann dieser von den Krankenkassen nach § 3 Abs. 4 anerkannt werden; dies kann zum Beispiel bei Universitätskliniken in Frage kommen. In der Erwachsenenpsychiatrie

werden derzeit schätzungsweise 15 Prozent der Betten ohne
Versorgungsverpflichtung betrieben.

Die Vorschrift knüpft an die in der Praxis tatsächlich vor-
handene unterschiedliche Belastung der Einrichtungen mit und
ohne Versorgungsverpflichtung an. Sie berührt weder die in
den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gehandhabte Form
der Übernahme der Versorgungsverpflichtung, z.B. durch den
Krankenhausplan oder durch Verträge mit den Landschaftsver-
bänden, noch greift sie in entsprechende Planungsentschei-
dungen ein.

Zu Nummer 3

Die Vorschrift verweist für die Ermittlung der Personalstellen
auf die Regelungen des § 6.

Zu Nummer 4

Der Personalbedarf für Leitungskräfte ist nicht in den Minuten-
werten berücksichtigt. Die Personalbemessung erfolgt nach § 7.

Zu Absatz 2

Satz 1 definiert den Begriff des Regeldienstes. Der Personal-
bedarf für Nachtdienst, Bereitschaftsdienst außerhalb des
Regeldienstes, Rufbereitschaft und Konsiliardienst kann wegen
der unterschiedlichen Voraussetzungen in den einzelnen psy-
chiatrischen Einrichtungen nicht einheitlich für alle vorge-
geben werden. Dieser Personalbedarf ist daher in den Minuten-
werten für den Regeldienst nicht enthalten. Satz 2 bestimmt,
daß für diese Dienste in der Pflegesatzvereinbarung zusätzliche
Vereinbarungen getroffen werden, die die besonderen Verhältnisse

der einzelnen Einrichtungen berücksichtigen; dabei ist das in § 1 genannte Ziel der Verordnung, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Patienten zu gewährleisten, zu beachten.

Bereitschaftsdienste während des Regeldienstes sind durch die Minutenwerte der Verordnung abgedeckt. Konsiliardienste der Ärzte der psychiatrischen Einrichtungen für andere Krankenhäuser und für andere Abteilungen sind in der Regel von diesen Institutionen zu bezahlen und von der Einrichtung entsprechend in zusätzliche Stellen umzusetzen. Konsiliardienste anderer Fachbereiche sind nur erforderlich, soweit die von den Ärzten der Einrichtung zu leistende medizinische Grundversorgung nicht ausreicht; sie sind in den Minutenwerten nicht enthalten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt für den Pflegedienst und die Tageskliniken die Behandlungszeiten des Krankenhauses an, die grundsätzlich mit der durch die Verordnung vorgegebenen Personalbemessung abgedeckt werden müssen. Sie sind unabhängig von der tariflichen Arbeitszeit des einzelnen Arbeitnehmers, so daß die Verordnung im Falle von Arbeitszeitverkürzungen nicht angepaßt werden muß. Für die restlichen Zeiten sind Nachtdienste, Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften zu vereinbaren, soweit dies erforderlich ist.

Die Minutenwerte für das Pflegepersonal enthalten neben den Übergabezeiten mit dem Nachtdienst eine halbe Stunde Übergabezeit am Mittag. Die Besetzung der Stationen mit Pflegekräften wird an Wochenenden und an Feiertagen nicht verringert; die Personalbemessung für die anderen Berufsgruppen umfaßt auch

Tätigkeiten, die abends und am Wochenende entsprechend dem Bedarf für den jeweiligen Aufgabenbereich erforderlich sind. Regelungen für Mindestbesetzungen von Stationen werden nicht getroffen; es wird davon ausgegangen, daß mögliche Probleme durch organisatorische Maßnahmen des Krankenhauses, z.B. eine zweckmäßige Bildung von Stationen und Mischung von Patienten, vermieden werden. In besonderen Fällen kann nach Absatz 4 mit den Krankenkassen über einen höheren Personalbedarf verhandelt werden.

Bei Tageskliniken wird von einem Therapieangebot von acht Stunden in der Erwachsenenpsychiatrie und von zehn Stunden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an fünf Wochentagen ausgegangen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift eröffnet den Vertragsparteien die Möglichkeit, von den Vorgaben der Verordnung abzuweichen, wenn dies aufgrund der besonderen Verhältnisse einer psychiatrischen Einrichtung erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung schriftlich festzuhalten, damit die für die Genehmigung der Pflegesätze zuständige Landesbehörde die Rechtmäßigkeit der Abweichung prüfen kann.

Zum zweiten Abschnitt: Psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene

Der zweite Abschnitt enthält die Personalbemessungs-Vorschriften für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie.

Zu § 4: BehandlungsbereicheZu Absatz 1

Der Personalbedarf der psychiatrischen Einrichtungen wird anhand des unterschiedlichen Behandlungs- und Krankenpflegebedarfs bestimmter Patientengruppen ermittelt, der in der Anlage 1 in seinen aufgabentypischen Schwerpunkten und in den als Materialien veröffentlichten Tätigkeitsprofilen als "Regelaufgaben" differenziert beschrieben ist. Die Behandlungsbereiche beschreiben die Patientenstruktur einer Einrichtung. Der Begriff der Behandlungsbereiche soll gegenüber dem in anderen Konzepten verwendeten Begriff des Stationstyps klarstellen, daß lediglich die Behandlungsaufgaben der einzelnen Einrichtung als Maßstab für die Personalbemessung herangezogen werden sollen und damit keine Vorgaben für die Organisation der Einrichtung gemacht werden. So können Einrichtungen auch nach dem Prinzip der "Durchmischung" der Patienten arbeiten und Patienten verschiedener Behandlungsbereiche in einer Station betreuen; in diesem Fall kann das Krankenhaus intern den Personalbedarf einer solchen Station anteilig berechnen. Grundsätzlich sollte es unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Kontinuität möglich sein, daß Patienten die Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen.

Satz 1 stellt nochmals klar, daß die Personalbemessung nach dieser Verordnung nur für Patienten vorgenommen wird, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen.

Bei Drogenabhängigen entspricht der Personalbedarf zur stationären psychiatrischen Behandlung dem Umfang nach dem Aufgabenbereich S 2. Die Qualifikationsstruktur der Therapeuten ist

den besonderen Erfordernissen anzupassen (§ 6 Abs. 2). Die Behandlungsdauer Drogenabhängiger in S 2 ist oft länger als die von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Die Drogenabhängigen werden außer in S 2 nicht in anderen Aufgabenbereichen psychiatrischer Einrichtungen berücksichtigt. Neue Konzepte des "niedrigschwelligen" Entzuges erfordern gesonderte Verhandlungen zur Personalbemessung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, daß die Größe der Behandlungsbereiche durch Stichtagserhebungen ermittelt wird. Die sich daraus ergebende prozentuale Verteilung der Patienten auf die Behandlungsbereiche ist auf entsprechende Anteile an der durchschnittlichen Jahresbelegung mit krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten umzurechnen. Voraussetzung dafür ist, daß die psychiatrischen Einrichtungen ihre durchschnittliche Belegung für krankenhausbehandlungsbedürftige und für sonstige Patienten getrennt ermitteln.

Die ermittelten Patientenzahlen für die einzelnen Behandlungsbereiche stellen die Belastung der psychiatrischen Einrichtungen aufgrund ihrer Behandlungsaufgaben in der Vergangenheit dar. Grundlage der Personalbemessung im Rahmen eines prospektiven Budgets ist jedoch die voraussichtliche Belastung der Einrichtung in dem folgenden Zeitraum, für den das Budget und die Pflegesätze vereinbart werden. Die Vertragsparteien haben daher die Zahlen um die Besonderheiten des vergangenen Zeitraums zu bereinigen und absehbare Veränderungen zu berücksichtigen.

Die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen an bestimmten Stichtagen verantworten die leitenden Ärzte des

Krankenhauses. Die Krankenkassen haben jedoch die Möglichkeit, diese für die Personalbemessung und damit für die Höhe der pflegesatzfähigen Kosten entscheidende Zuordnung zu prüfen. Zunächst können die Krankenkassen die erhobenen Zahlen und damit Umfang und Schwerpunkte der Versorgungsleistungen der verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen untereinander vergleichen und auf ihre Plausibilität prüfen. Darüber hinaus steht als Vergleichsmaßstab die Verteilung der Patienten auf Behandlungsbereiche zur Verfügung, wie sie sich aus der Erprobung des Konzepts in über 43 Krankenhäusern und 37 Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ergeben hat. Zeigen sich bei der Prüfung durch die Krankenkassen Auffälligkeiten, so ist eine nähere Prüfung der Zuordnung der Patienten und damit der Größe der verschiedenen Behandlungsbereiche notwendig.

Diese nähere Prüfung soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zusammen mit den Ärzten der psychiatrischen Einrichtungen vornehmen. Nach § 4 Abs. 4 haben die Vertragsparteien entsprechende Rahmenvereinbarungen zu treffen. Wird über die durchschnittliche Zahl der Patienten in den Behandlungsbereichen als Grundlage der Personalbemessung keine Einigung erzielt, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a KHG aufgrund des § 4 Abs. 4 Satz 2.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt Zeitpunkt und Häufigkeit der Stichtagerhebungen für den Fall, daß sich die Vertragsparteien nicht auf eigene Vereinbarungen einigen können. Die Stichtagserhebungen sollen einen Jahreszeitraum abdecken; ist es nicht möglich, alle Erhebungen im laufenden Jahr durchzuführen, sind entsprechende Stichtagserhebungen des Vorjahres einzubeziehen.

Satz 2 verpflichtet die psychiatrischen Einrichtungen, die Ergebnisse der Stichtagserhebungen den Krankenkassen als Verhandlungsunterlage so rechtzeitig vorzulegen, daß die in § 16 Abs. 6 BPflV vorgeschriebenen Vorverhandlungen geführt werden können. Die Pflegesatzverhandlungen selbst sollen nicht mit diesen grundsätzlichen Fragen zur Kosten- und Leistungsstruktur der Einrichtungen belastet und damit möglicherweise verzögert werden. Damit soll sichergestellt werden, daß das prospektive Budget bereits vor Beginn des Zeitraumes, für den es gilt, vereinbart wird.

Zu Absatz 4

Absatz 4 verpflichtet die Vertragsparteien, Rahmenvereinbarungen zu treffen, die eine Prüfung der entscheidenden Grundlagen für die Personalbemessung sowie der sachgerechten Umsetzung der verbesserten Personalbesetzung in den psychiatrischen Einrichtungen ermöglichen.

Voraussetzung dafür, daß die Krankenkassen die durch die Verordnung vorgeschriebene, leistungsgerechte Personalbemessung akzeptieren, ist, daß der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Krankenhaus die vom Krankenhaus vorgenommene Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen prüfen kann.

Die verbesserte Personalausstattung muß auch zu einer entsprechend verbesserten Behandlung und Betreuung der Patienten führen. Es muß daher geprüft werden, ob das Behandlungsangebot dem der Verordnung zugrunde liegenden therapeutischen Konzept entspricht, das in den Anlagen zu der Verordnung sowie in den Minutenwerten zugrunde liegenden Tätigkeitsprofilen (Regelaufgaben) deutlich wird.

Satz 2 bestimmt, daß im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle nach § 18 a KHG entscheidet.

Zu § 5: Minutenwerte

Der Personalbemessung werden die vorgegebenen Arbeitszeiten in Minuten (Minutenwerte) je Patient zugrunde gelegt; der gesonderte Wert von 5000 Minuten für das Krankenpflegepersonal nach Absatz 2 wird je Station vorgegeben. Diese Minutenwerte wurden von den durch den BMA berufenen Expertengruppen, deren Mitglieder über viele Jahre in verantwortlicher Position tätig sind, nach ausführlicher Erörterung einvernehmlich festgelegt. Dabei wurde auch auf die Finanzierbarkeit fachlich wünschenswerter Forderungen Rücksicht genommen.

Die Zeitwerte wurden mit Hilfe detaillierter Tätigkeitsprofile für die einzelnen Berufsgruppen erarbeitet (vgl. die als Materialien zur Verordnung veröffentlichten "Regelaufgaben"). Diese Tätigkeitsbeschreibungen spiegeln die heutigen Anforderungen an eine moderne psychiatrische Krankenhausbehandlung wider. Diese wird von der Expertengruppe wie folgt beschrieben: "Ziel der medizinisch begründeten Behandlung psychisch Kranker ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Behandlung erfolgt stationär, wenn dazu die 'besonderen Mittel eines Krankenhauses' erforderlich sind. Basis der stationären psychiatrischen Behandlung ist wie in der somatischen Medizin die medizinische Grundversorgung. Sie beinhaltet in umfassender Weise die Sorge für das leibliche Wohl des Patienten: Neben der ärztlichen Diagnostik und Pharmakotherapie, der Durchführung sonstiger somatischer Behandlungsverfahren gehören dazu Verpflegung, Körperpflege, Unterstützung bei der Selbstversorgung - bei gefährdeten Patienten ggf. auch Beobachtung und Be-

aufsichtigung. Spezifische Voraussetzung der stationären psychiatrischen Behandlung ist die Gestaltung des therapeutischen Milieus. Es bietet den Patienten einen therapeutisch wirksamen Lebensraum in der psychiatrischen Einrichtung unter Berücksichtigung der speziellen Störungen und der Krankheitsdauer.

Bestandteil jeder klinisch-psychiatrischen Behandlung ist die Ausrichtung auf Wiedereingliederung. Aus diesem Grund umfaßt stationäre psychiatrische Behandlung nicht nur Tätigkeiten 'am Bett' oder auf dem Klinikgelände, sondern auch therapeutische Aktivitäten im privaten und beruflichen Lebensfeld. Bei längerer Krankheitsdauer rückt die mehrdimensionale rehabilitative Behandlung von krankheitsbedingten Einbußen in den Vordergrund. Im Rahmen des ärztlich verantworteten Behandlungsplanes benötigen alle Patienten in unterschiedlichem Umfang diagnostische und therapeutische Angebote, insbesondere ärztliche Diagnostik und Therapie, Krankenpflege, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie. Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflußnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden."

Die Minutenwerte ermöglichen grundsätzlich auch das Prinzip der Gruppenpflege im Pflegedienst. Ihnen liegt die Annahme zugrunde, daß die Versorgungseinrichtungen des Krankenhauses zentralisiert sind; die Minutenwerte für das Pflegepersonal enthalten nur Tätigkeiten des Pflegedienstes. Bei nicht zentralisierten Versorgungsbereichen verhandeln die Vertragsparteien über zusätzliche Personalstellen. Nach Ansicht der Expertengruppe begründet das sogenannte Pavillonsystem keinen nennenswerten Personalmehrbedarf bei den einbezogenen Berufsgruppen.

Zu Absatz 1

Die Minutenwerte werden für verschiedene Berufsgruppen vorgegeben. Über die in den Berufsgruppen genannten Berufe hinaus können nach § 6 Abs. 2 auch andere fachlich anerkannte Berufe im Rahmen des Therapiekonzepts eingesetzt werden.

Zu Absatz 2

Für den Pflegedienst wird neben dem Minutenwert je Patient nach Absatz 1 zusätzlich eine abweichende Berechnungsweise vorgeschrieben, um einerseits den Bedingungen des Schichtdienstes auf den Stationen gerecht zu werden und andererseits eine bessere Anpassung der Personalbemessung bei unterschiedlichen Stationsgrößen zu erreichen. Die mit Hilfe der Tätigkeitsprofile ermittelten Zeitwerte für den Pflegedienst wurden um einen "Basiswert" von 5000 Minuten verringert; dieser Basiswert wird dem Pflegedienst nicht in Abhängigkeit von der Patientenzahl, sondern jeweils pro tatsächlich betriebener Station gutgeschrieben. Absatz 2 bestimmt daher, daß je Station ein Wert von 5000 Minuten zu den sich nach der Zahl der Patienten errechnenden Minutenwerten hinzuzurechnen ist. Für Stationen, die mit weniger als 16 Patienten im Jahresdurchschnitt belegt sind, prüfen die Vertragsparteien, ob dieser Wert noch sachgerecht ist. Satz 2 definiert den Begriff der Station.

Der Basiswert bewirkt einen flacheren Anstieg der Personalbemessung bei zunehmender Stationsgröße. Hierdurch wird ein Anreiz zu einer gewünschten und erforderlichen Verkleinerung der heute vielfach noch zu großen Stationen geschaffen.

Zu § 6: Ermittlung der PersonalstellenZu Absatz 1

Absatz 1 legt das Verfahren für die Ermittlung der Personalstellen fest. Die Personalbemessung wird für jede Berufsgruppe gesondert und bezogen auf die gesamte psychiatrische Einrichtung ermittelt. Über den Einsatz des Personals und die Besetzung der Stationen entscheidet die Einrichtung im Rahmen der therapeutischen Notwendigkeiten selbständig. Die sich nach dieser Verordnung ergebende Stellenzahl enthält auch den Personalbedarf für Sonderwachen während des Regeldienstes.

Die Minutenwerte in § 5 enthalten die Zeiten für die dienstlichen Aufgaben des Personals; persönliche Verteilzeiten sind mit diesen Werten abzudecken. Bei der Berechnung der Stellenzahl sind die zu erwartenden Ausfallzeiten der einzelnen Berufsgruppen zu berücksichtigen. Diese sind auf der Grundlage der Ausfallzeiten im abgelaufenen Geschäftsjahr sowie unter Berücksichtigung zu erwartender und möglicher Veränderungen vom Krankenhaus nachzuweisen. Vor Anerkennung der Ausfallzeiten haben die Vertragsparteien jedoch insbesondere zu prüfen, inwieweit diese durch eine angemessene Arbeitsorganisation vermeidbar sind.

Mit den so ermittelten Personalstellen sind grundsätzlich alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten der in dieser Verordnung einbezogenen Berufsgruppen für den stationären Bereich abzudecken. Spielraum für zusätzliche Personalanforderungen besteht nach § 3 Abs. 4 nur aufgrund besonderer Verhältnisse einer Einrichtung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß unter den genannten Voraussetzungen die Berufsgruppen austauschbar sind und daß auch andere als die in § 5 Abs. 1 Satz 1 genannten Berufe eingesetzt werden können. Dadurch soll sichergestellt werden, daß das therapeutische Konzept einer Einrichtung nicht unnötig eingeschränkt wird und die Einrichtung sich an die Arbeitsmarktsituation anpassen kann (vgl. auch A.IV.6). Die Austauschbarkeit von Berufsgruppen und Berufen muß jedoch dort ihre Grenze finden, wo das der Verordnung zugrunde liegende therapeutische Konzept nicht mehr erfüllt wird; nur die qualitativen Ansprüche dieses Konzepts begründen die vorgegebene Personalbemessung. Das Konzept kann aus den Anlagen 1 und 2 dieser Verordnung, den Ausführungen der Expertengruppen zu den heutigen Anforderungen an eine moderne psychiatrische Krankenhausbehandlung (vgl. zu § 5 und zu § 9) sowie aus den Minutenwerten zugrunde liegenden Regelaufgaben (Tätigkeitsprofilen) abgeleitet werden, die als Materialien zur Verordnung veröffentlicht wurden.

In der Verordnung wird davon ausgegangen, daß zur Erfüllung der therapeutischen und pflegerischen Aufgaben ausgebildete Fachkräfte eingesetzt werden. Die Auszubildenden in der Krankenpflege sind nach § 15 Abs. 2 BPflV im Verhältnis 7 : 1, in der Krankenhauspflegehilfe im Verhältnis 6 : 1 anzurechnen. Pflegerische Hilfskräfte sind, soweit ihr Einsatz z.B. aufgrund der Arbeitsmarktsituation erforderlich ist, auf die Stellen des Krankenpflegepersonals anzurechnen.

Zu § 7: Leitungskräfte

Leitende Ärzte und leitende Krankenpflegekräfte sind in den Minutenwerten nach § 5 und § 9 nicht berücksichtigt. Entspre-

chende Stellen für Leitungskräfte sind nach den Vorgaben dieser Vorschrift gesondert zu bemessen.

Zu Absatz 1

Leitende Ärzte im Sinne des Absatzes 1 sind Ärzte mit Letztverantwortung für die Patienten. Für sie wird ein zusätzlicher Personalbedarf auf der Abteilungsebene anerkannt. Dem gegenüber sind anteilige Zeitwerte für Oberärzte bereits in den Personalvorgaben enthalten. Für die Vertretung der Ärzte in der Krankenhausleitung ist keine zusätzliche Personalstelle vorgesehen, weil diese Funktion regelmäßig von einem der leitenden Abteilungsärzte (Chefärzte) wahrgenommen wird. An Stelle eines Arztes kann der Krankenhausträger in eigener Verantwortung auch einen Diplom-Psychologen als Leitungskraft einsetzen.

Der Zeitbedarf für die Leitungskräfte ist abhängig von der Aufgabenstruktur der psychiatrischen Einrichtungen. Die Aufgabenstruktur schlägt sich bei dem vorliegenden leistungsbezogenen Konzept insbesondere in der Zahl der nachgeordneten Ärzte und Diplom-Psychologen nieder. Diese Zahl dient daher als Bezugsgröße für die Personalbemessung für Leitungskräfte.

Absatz 1 schreibt eine auch anteilige Berücksichtigung von Stellen für den leitenden Abteilungsarzt vor. Hierdurch werden die in der Praxis unterschiedlichen Abteilungsgrößen angemessen berücksichtigt. In Krankenhäusern mit kleinen Abteilungen können so beispielsweise anteilige Stellen für einen leitenden Abteilungsarzt, seinen Stellvertreter und einen Oberarzt zusammengelegt und von einem Arzt ausgefüllt werden. Bei weniger als acht nachgeordneten Ärzten und Diplom-Psychologen übernimmt folglich der leitende Arzt auch oberärztliche Tätigkeiten.

Zu Absatz 2

Die Verantwortungsbereiche für leitende Krankenpflegekräfte und für leitende Ärzte sollen sich entsprechen. Der Begriff der "leitenden Krankenpflegekraft" umfaßt nicht die Stationsleitung, deren Personalbedarf bereits in den Minutenwerten berücksichtigt ist.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ermöglicht den Vertragsparteien, aufgrund besonderer Verhältnisse einer Einrichtung von der vorgegebenen Personalbemessung abzuweichen.

Zum dritten Abschnitt: Einrichtungen für die Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt grundsätzlich dasselbe Personalbemessungsverfahren wie für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie. Der dritte Abschnitt regelt daher nur die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gesondert vorzugebenden Behandlungsbereiche und Minutenwerte.

Zu § 8: Behandlungsbereiche

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden aufgrund ihrer besonderen Behandlungs- und Betreuungsaufgaben gesonderte Behandlungsbereiche vorgegeben. Die entsprechenden Behandlungsziele und Behandlungsmittel sind in Anlage 2 beschrieben. Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden von einer Expertengruppe umfangreiche Tätigkeitsprofile zu den einzelnen Aufgabenbereichen erarbeitet, die das Versorgungsniveau be-

schreiben, das aus heutiger Sicht als erforderlich angesehen wird. Diese Tätigkeitsprofile (Regelaufgaben) wurden als Materialien zur Verordnung veröffentlicht. Im übrigen gelten die zu § 4 gegebenen Erläuterungen entsprechend.

Zu § 9: Minutenwerte

Die Personalbemessung richtet sich nach vorgegebenen Arbeitszeiten in Minuten (Minutenwerte) je Patient; der gesonderte Wert von 5000 Minuten für das Krankenpflegepersonal wird nach Absatz 2 je Station vorgegeben. Diese Minutenwerte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden von der Expertengruppe anhand von differenzierten Tätigkeitsprofilen für die verschiedenen Berufsgruppen festgelegt.

Die heutigen Anforderungen an eine moderne psychiatrische Krankenhausbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden von der Expertengruppe wie folgt beschrieben: "Wegen der prinzipiellen Verknüpfung von Therapie und Erziehung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Minutenwerte für einen 'Pflege- und Erziehungsdienst' vorgegeben, der von Krankenpflegepersonal und Erziehern durchgeführt wird. Ein Miteinander von Therapie und Erziehung ist erforderlich, weil sich Kinder und Jugendliche in einem lebhaften Entwicklungsprozeß befinden und auf Stützung, Erziehung und Führung angewiesen sind, insbesondere wenn sie psychisch krank sind.

Es wird von dem Prinzip der Gruppenpflege und einer pflegerisch-heilpädagogischen Behandlungsgruppe ausgegangen; zwei Behandlungsgruppen werden zu einer Station mit zehn Patienten zusammengefaßt. Die Aufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes umfassen insbesondere die Sicherstellung der Aufsichtspflicht, die Schaffung einer emotional tragenden Atmosphäre mit per-

sönlichen Bindungen (Bezugspersonen-System), die Gestaltung familienähnlicher Bedingungen und die Beziehungsaufnahme über Spiel, Gespräche sowie Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung wird im übrigen interdisziplinär (im Rahmen eines ärztlich verantworteten Behandlungsplanes) durchgeführt und hat die Angehörigen der Kinder und Jugendlichen mit einzubeziehen. Alle Patienten benötigen in unterschiedlichem Umfang eine mehrdimensionale Diagnostik und Therapie, insbesondere somatische und psychische Diagnostik und Therapie, kinder- und jugendpsychiatrische Krankenpflege und Erziehung, Familienberatung/Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie und funktionelle Therapien."

Zu Absätzen 1 und 2

Die zu § 5 gegebenen Erläuterungen gelten entsprechend.

Zu Absatz 3

Für die Ermittlung der Personalstellen und die Personalbemessung für Leitungskräfte gelten die Vorschriften für die Erwachsenenpsychiatrie entsprechend. .

Zum vierten Abschnitt: Schlußvorschriften

Der Abschnitt enthält die Berlin-Klausel sowie die Inkrafttretens- und Übergangsvorschriften.

Zu § 10: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Zu § 11: Inkrafttreten und ÜbergangsvorschriftenZu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt das Inkrafttreten der Verordnung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt, vorbehaltlich Absatz 3, eine möglichst rasche Verbesserung der Personalsituation sicher. Nach Satz 1 ist die neue Personalbemessung bei jeder Pflegesatzverhandlung nach dem 1. Januar 1991 zugrunde zu legen. Unabhängig davon können Krankenhäuser, deren Budget- und Pflegesatzzeitraum erst begonnen hat, nach Satz 2 eine Neuvereinbarung des Budgets unter Anwendung dieser Verordnung verlangen. Damit das in § 17 Abs. 1 KHG vorgeschriebene Prinzip der prospektiven Budget- und Pflegesatzvereinbarung gewahrt bleibt, bestimmen die Sätze 3 und 4, daß die neue Personalbemessung und die neu zu vereinbarenden Pflegesätze nur für die noch verbleibende Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums vereinbart werden dürfen.

Satz 5 erlaubt bei Pflegesatzvereinbarungen, die das Jahr 1991 betreffen, verkürzte Zeiträume für die Stichtagserhebungen. Den Vereinbarungen für einen Pflegesatzzeitraum ab dem 1. Januar 1992 sind Stichtagserhebungen nach § 4 Abs. 3 Satz 1 zugrunde zu legen.

Zu Absatz 3

Die Personalbemessung wird nach den in der Verordnung vorgegebenen Minutenwerten vorgenommen. Ein danach anerkannter zusätzlicher Personalbedarf soll stufenweise in einem Zeitraum von fünf Jahren zu einer entsprechend höheren Zahl von Personalstellen in den Einrichtungen führen. Ein Übergangszeitraum ist einerseits wegen der zusätzlichen finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung und andererseits aufgrund der in vielen psychiatrischen Einrichtungen vorzunehmenden strukturellen Veränderungen notwendig. Im übrigen wird die derzeitige Arbeitsmarktlage eine schnelle Besetzung der Personalstellen erschweren.

Im Übergangszeitraum ist die Personalbemessung nach dieser Verordnung in jeder Pflegesatzverhandlung erneut zu vereinbaren. Dabei kann sich beispielsweise aufgrund einer veränderten Zahl der Patienten in den Behandlungsbereichen ein neues Personal-Soll ergeben; liegt es über der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Stellenzahl, so ist eine stufenweise Anpassung im verbleibenden Übergangszeitraum vorzunehmen. Liegt das neue Personal-Soll unter der tatsächlichen Personalbesetzung, ist es ohne Übergangsfrist zu realisieren.

Satz 3 gibt einen Anreiz zum Bettenabbau. Psychiatrische Einrichtungen, die im Übergangszeitraum Betten abbauen, können die volle Personalbemessung nach dieser Verordnung vorzeitig erreichen. Durch diese Regelung sollen auch Entlassungen vermieden werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 verhindert in der Übergangszeit Gewinne der Krankenhäuser aus nicht besetzten Personalstellen, zu denen es insbesondere aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktsituation in den Krankenpflegeberufen kommen kann. Die Vorschrift regelt eine Ausnahme von der grundsätzlich prospektiven Budgetvereinbarung nach § 4 BPflV, die solche nachträglichen Verrechnungen nicht zuläßt. Gegen die Einsparungen aus nicht besetzten Stellen sind entsprechende Mehrkosten, z.B. aufgrund von Überstunden, zu verrechnen.

Zu Anlage 1 und 2: Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte

Anlage 1 und Anlage 2 grenzen die verschiedenen Patientengruppen und damit die Behandlungsbereiche ab. Sie beschreiben dazu auch die Schwerpunkte in den Behandlungszielen und Behandlungsmitteln. Die Anlagen sind die Grundlage für die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen (vgl. § 4 und § 8).

09.11.90

Beschluß

des Bundesrates

zur

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den
Personalbedarf in der stationären Psychiatrie
(Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)

Der Bundesrat hat in seiner 624. Sitzung am 9. November 1990 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.