

Medizinisch leistungsgerechte Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Kalkulationshilfe für die Budgetverhandlungen 2018/19

Elke Trüg, Prof. Dr. Cornelia Albani, Martin Holzke, Prof. Dr. Gerhard Längle

unter Mitarbeit von Dr. Christine Pfäffle, Michael Krattenmacher, Prof. Dr. Renate Schepker, Prof. Dr. Heiner Kunze, Peter Aenis, Hans-Peter Elsässer-Gaißmaier, Prof. Dr. Tilman Steinert, Karin Wochner, Dr. Dieter Grupp

Die Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) von 1990 bildet das heutige Leistungsgeschehen medizinisch nicht mehr adäquat ab. Unter Beibehaltung der Grundannahmen der Psych-PV - Patientengruppen, Berufsgruppen, Stationsgröße und einzelne Tätigkeiten der Berufsgruppen - wurden die Minutenwerte pro Tätigkeit und pro Berufsgruppe an die heutigen Gegebenheiten auf einer psychiatrischen Station angepasst. Neben quantitativen Kennzahlen, wie Verweildauer, Fallzahlen und veränderter Patientenstruktur, wurde die vorliegende Literatur zur Personalbemessung verwendet. Die Minutenwerte der Psych-PV müssten alleine aus quantitativen Überlegungen heraus um bis zu 20 % angehoben werden, um medizinisch leistungsgerecht zu sein.

„Das Budget und die Pflegesätze müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen“

In den jährlichen Budgetverhandlungen wird basierend auf diesem Grundsatz ein medizinisch leistungsgerechtes Budget kalkuliert, das alle Kosten umfasst, die für die Leistungserbringung eines Krankenhauses nach allgemein anerkannten, medizinischen Standards notwendig sind.

In der Psychiatrie stellt die Personalverordnung Psychiatrie eine wesentliche Kalkulationsgrundlage für das Budget dar. Die Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 entspricht allerdings nicht mehr aktuellen wissenschaftlich anerkannten Standards, ebenso wenig wird sie neuen gesetzlichen Vorgaben und Verpflichtungen gerecht. Sie ist daher als Grundlage für die Berechnung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets im psychiatrischen Krankenhaus nur noch bedingt geeignet.

Der Gesetzgeber hat dies erkannt und u.a. auch auf Initiative der Spitzenverbände der Krankenkassen im PsychVVG dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erteilt, die Personalverordnung Psychiatrie bis zum 30.09.2019 durch eine neue Mindestpersonalverordnung zu ersetzen. Damit haben neben den Fachverbänden, die diesen Missstand seit langer Zeit beklagen, auch der Gesetzgeber und die Spitzenverbände der Krankenkassen bestätigt, dass die derzeitige Psychiatrie Personalverordnung von 1990 keine ausreichende Grundlage mehr für die Kalkulation eines medizinisch leistungsgerechten Personalbedarfs im Rahmen der Budgetfindung sein kann.

Das ZfP Südwürttemberg hat vor diesem Hintergrund für die Jahre 2018 und 2019 auf Basis der bestehenden Personalverordnung Psychiatrie ein angepasstes Kalkulationsschema erarbeitet, das die aktuellen fachlichen, rechtlichen und wissenschaftlichen Standards - soweit verfügbar - aufgreift. Das Kalkulationsschema soll bis zur Vorlage der neuen Mindestpersonalstandards durch den G-BA für die Jahre 2018 und 2019 die Kalkulation eines medizinisch leistungsgerechten Budgets in der Psychiatrie ermöglichen.

Die psychiatrische Versorgung hat sich in den 27 Jahren seit Bestehen der Personalverordnung Psychiatrie grundlegend verändert. Ambulante, tagesklinische und komplementäre Angebote ergänzen heute die Versorgung durch das Krankenhaus. Entsprechend konnten die Verweildauern in Krankenhäusern drastisch gesenkt werden. Parallel hat sich die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in allen Sektoren, auch im Krankenhaus, vervielfacht und grundlegend verändert. Daraus folgt, dass sich die Tätigkeit im stationären Bereich in allen Berufsgruppen, auf allen Ebenen quantitativ und qualitativ, im Vergleich zu 1990, verändert hat.

Methode

Klinische Expertinnen und Experten aus den Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg haben auf Basis von Literaturrecherchen, unter Berücksichtigung von Leitlinien und Standards aus Medizin und Pflege, ihre Erfahrungen aus der klinischen Praxis in die systematische Überarbeitung der Minutenwerte der Psych-PV eingebracht. Die Minutenwerte der Psych-PV wurden in moderierten Konsensrunden (Delphi-Methode) für jede einzelne Tätigkeit für jede Berufsgruppe an heutige Behandlungsabläufe und -standards angepasst und aktualisiert. Die Kategorien, Berufsgruppen und Tätigkeitsmerkmale wurden so weit wie möglich nicht verändert.

Das Vorgehen berücksichtigt Erkenntnisse einer empirischen Studie unseres Hauses (Hoffmann, u. Rieger, 2010), die nachweisen konnte, dass bei zunehmender Knappheit an Personalressourcen relativ zu den zu versorgenden Patientinnen und Patienten und Fallzahlen die patientenbezogenen Leistungen nicht gleichermaßen proportional zurückgehen, sondern dass eine Umverteilung stattfindet. Der Zeitbedarf pro Berufsgruppe und Tätigkeitsmerkmal wurde an die aktuellen Bedürfnisse in den einzelnen Behandlungskategorien angepasst.

Die Kategorien A/S/G 5 „Psychotherapeutische Behandlung“ mussten grundlegend neu kalkuliert werden, da das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in der Personalverordnung Psychiatrie von 1990 noch keine Berücksichtigung gefunden hatte. Diese Kalkulation orientiert sich unter anderem an der „normativ-empirischen Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“ von Prof. Dr. Gereon Heuft et al.

Eine grundlegende Bearbeitung der Personalverordnung Psychiatrie, die auch eine Überarbeitung der Behandlungskategorien, der Berufsgruppenzuordnungen und der Tätigkeitsmerkmale umfassen wird, wird für 2019 erwartet und vom G-BA vorgelegt werden. Die „Schussenrieder Tabelle“ aktualisiert im Vorgriff darauf, unter weitgehender Beibehaltung der Annahmen der Personalverordnung Psychiatrie, lediglich die Minutenwerte und passt sie an aktuelle medizinische Standards an. Sie

verbessert die empirische Grundlage für die Kalkulation des Personalbedarfs im Rahmen des medizinisch leistungsgerechten Budgets im Sinne der Bundespflegesatzverordnung für die Übergangszeit, bis die neuen Standards des G-BA zur Verfügung stehen.

1. ERWACHSENENPSYCHIATRIE

In der Erwachsenenpsychiatrie ergaben sich seit Erscheinen der Psych-PV Anfang der 90er Jahre tiefgreifende Veränderungen im therapeutischen Geschehen, in der partizipativen Entscheidungsfindung, in der Therapiezielplanung, in den rechtlichen Rahmenbedingungen, in den Anforderungen an Dokumentation und Qualitätsmanagement und in der Integration der Kliniken in die regionalen Verbundsysteme der psychosozialen Versorgung. In den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen hat sich zum einen die jeweilige fachspezifische Kompetenz stark weiterentwickelt, zum anderen wurden neue Konzepte der multiprofessionellen Teamarbeit für psychisch Kranke entwickelt und verankert, die eine starke Veränderung im therapeutischen Alltag gegenüber der Situation der 90er Jahre bewirken (Löhr M., Längle G. (2017)).

Im Folgenden soll zunächst anhand von Stichworten diese allgemeine Entwicklung skizziert werden, wobei zur Vertiefung auf weiterführende Literatur verwiesen wird. Im zweiten Schritt soll an ausgewählten Beispielen die Auswirkung dieser Entwicklung auf die Minutenwerte der Psych-PV in den Schussenrieder Tabellen dargestellt werden.

Behandlungsdauer

Die mittlere Verweildauer in psychiatrischen Kliniken hat sich seit 1990 bundesweit ungefähr halbiert - von über 50 Tagen auf rund 25 Tage (Schneider F. et al. (2011); Jans M. (2014)). In den Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg ist von 1990 bis 2016 eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer von 46 auf 23 Tage zu beobachten: In der Allgemeinpsychiatrie von 50 auf 28 Tage, bei den Suchtkranken von 22 auf 13 Tage, in der Gerontopsychiatrie von 47 auf 25 Tage. Mit der drastischen Verkürzung der Verweildauern ging eine entsprechende Steigerung der Fallzahlen einher. Höhere Fallzahlen und kürzere Liegezeiten bedeuten im klinischen Ablauf einen deutlich erhöhten Aufwand für Aufnahmen und Entlassungen, d.h. ein erhöhter Zeitbedarf für Anamnese, Diagnostik, Entlassvorbereitung und entsprechende Dokumentation ist die Folge.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Auf bundesgesetzlicher Ebene hat sich durch die Neufassung des Betreuungsrechts die Zahl der Betreuungsanträge von 1992 bis 2016 verdoppelt, vielfältig werden Erstanträge in den Krankenhäusern vorbereitet und gestellt (Deinert H. (2016)). Das Patientenrechtegesetz, das auf der UN-Behindertenrechtskonvention basiert, die ebenfalls in Deutschland Gesetzeskraft hat, bewirkt einen deutlich erhöhten Zeitaufwand für Aufklärung, für die partizipative Entscheidungsfindung, die Bearbeitung von Nachfragen von Patienten bzw. Patientinnen oder Angehörigen und die entsprechende Dokumentation.

Aus landesrechtlicher Ebene sind die Unterbringungsgesetze der Länder - in Baden-Württemberg das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz - verantwortlich für eine deutlich erhöhte Dokumentationsanforderung sowie umfangreiche Aufwände für die 1:1-Betreuung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen, die nun gesetzlich vorgeschrieben sind. Die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, die als Ultima Ratio gelten, erfordert ebenfalls einen hohen Personalaufwand für deeskalierende Maßnahmen (Bowers L. (2009); Nienaber A. et al. (2013); DGPPN (2010); Steinert T., Schmid P. (2012); Zehnder U., Rabenschlag F., Panfil E.-M. (2015)).

Die Weiterbildungsordnungen der Bundes- und Landesärztekammer für Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung haben sich dahingehend entwickelt, dass Weiterbildung bis auf Selbsterfahrung in der Arbeitszeit stattfinden muss. Hier werden zusätzliche Ausfallzeiten der Ärzte/Ärztinnen sowie der anleitenden Fachärzte/-ärztinnen generiert.

Vorgaben zu Sicherheit und Qualitätsmanagement

Vorgaben zur medizinischen Sicherheit wie verstärkte Verlaufsuntersuchungen und Laborkontrollen erfordern ebenso wie Programme zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten (Medikamente richten; Konzepte der Recovery) zusätzliche Ressourcen. Hinzu kommt das verstärkt eingeforderte Qualitätsmanagement mit Beteiligung an der bundesweiten Datenerhebung inklusive verbindlicher Qualitätsberichte. Beispielsweise entsteht ein erhöhter Dokumentationsaufwand aufgrund geforderter Nachweise zur externen Qualitätssicherung Dekubitus/MRE/NWIF, zu Datenschutz und Patientenrechtegesetz, durch Assessments in der Pflege zu Sturz, Ernährung etc. Hinzu kommen unternehmensbezogene Dokumentationen (Entlassmanagement, Beschwerdemanagement, klinisches Risikomanagement, CIRS -Sonderbericht, Erfassung von Kennzahlen) (§§ 136 ff SGB V), Pflichtschulungen zu Brandschutz, Datenschutz, Notfalltraining und Hygiene und die Umsetzung entsprechender Vorgaben zur Dokumentation. Insbesondere der Dokumentationsaufwand hat sich nach verschiedenen Untersuchungen auf bis zu 25% der Arbeitszeit in den Berufsgruppen Arzt/Ärztin und Pflege erhöht (Hoffmann M., Rieger W. (2010); Hodek J.-M. et al. (2011)).

Veränderung der Patientengruppen

Verbunden mit dem Auf- und Ausbau ambulanter und teilstationärer Behandlungs- und Betreuungsangebote werden leichte und mittlere Krisen häufig außerhalb der stationären Behandlung aufgefangen. Entsprechend hat sich die Zahl der hoch akut erkrankten Patientinnen und Patienten sowie der Notaufnahmen mit stärkeren Schweregraden der Störungen in den Kliniken relativ stark erhöht. Ebenfalls stieg durch verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit (gegenüber Suizidalität oder Intoxikation mit Suchtmitteln) die Quote der Notaufnahmen in den Kliniken stark an. Die Aufnahmen außerhalb der regulären Arbeitszeiten machen mittlerweile über ein Drittel aller Patientinnen und Patienten aus. Zudem handelt es sich bei den stationär Behandelten auch bei den regulär zugewiesenen um insgesamt schwerer kranke Patientinnen und Patienten als früher, u.a. auch im Bereich der Alterspsychiatrie mit multimorbiden Patientinnen und Patienten.

Einbindung in die Strukturen der Gemeindepsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe

Eine sinnvolle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung beginnt oft vor dem stationären Aufenthalt und reicht weit darüber hinaus. Die stationäre Behandlung ist mittlerweile eingebunden in das Geflecht der Gesamtbetreuung einer Patientin/eines Patienten in den gemeindepsychiatrischen Verbund, das Suchthilfenetzwerk und das alterspsychiatrische Netzwerk, wie dies in verschiedenen Landeskonzepten verbindlich vorgeschrieben wird (Sozialministerium Baden-Württemberg (2018)). Die Abstimmungsbedarfe mit den vor- und nachsorgenden Institutionen sind stark gestiegen, dasselbe gilt für den Dokumentationsaufwand (Günthner A. et al. (2018); Längle G. et al. (2015)), was nun auch als gesetzliche Vorgabe des Entlassmanagements verankert ist.

Behandlung im multiprofessionellen Team

Auch innerhalb der stationären Behandlung hat der Abstimmungsbedarf zwischen den Berufsgruppen stark zugenommen. Alle Fachtherapien haben sich fachlich weiterentwickelt bis hin zu störungsspezifischen Angeboten, die im multiprofessionellen Team sehr viel mehr als früher individuell indiziert, berichtet, korrigiert und hinsichtlich der Zielerreichung ausgewertet werden. Die höhere Qualität der multiprofessionellen Therapiezielplanung und -durchführung ist vielfach beschrieben und erfordert eine Vielzahl an Ressourcen (Hoffmann M., Rieger W. (2010)). Auch die Gestaltung des therapeutischen Milieus mit der Möglichkeit und Notwendigkeit hoch individueller Behandlung ist aufwändig (Längle G. et al. (2012)).

Veränderung der berufsgruppenspezifischen Tätigkeit

Manche Berufsgruppen sind seit Verabschiedung der Psych-PV in der Behandlung psychisch Kranker neu etabliert wie z.B. Musik- oder Kunsttherapeuten/-therapeutinnen. Der gesamte Bereich der Kreativtherapie und der psychiatrischen Bewegungs- und Sporttherapie hat sich stark entwickelt und wird wesentlich umfangreicher als früher in Diagnostik und Therapie eingesetzt (Kunze H. et al. (2010); Roth A., Fonagy P. (2006); Wright N. et al. (2015); Bundesärztekammer (2016)). Angesichts des Ärztemangels in manchen Kliniken, insbesondere einer Verknappung an Fachärzten und -ärztinnen, hat sich die Bedeutung der Oberärzte/-ärztinnen und z.T. der Chefärzte/-ärztinnen in der direkten Patientenbetreuung verändert, da diese oft den Facharztstandard in der Abteilung/Station sichern. Dies gilt auch für die Einbindung in die Dokumentation (z.B. die Freigabe von Leistungsdaten, Zwangsmaßnahmen), die z.T. fachärztlich durchgeführt werden muss.

In der Psychopharmakotherapie haben sich die Anforderungen an ein stringentes Medikamentenmonitoring stark erhöht. V.a. bei den älteren Patientinnen und Patienten ist auf Interaktionen mit internistischen Medikationen zu achten, häufigere Labor- und EKG-Kontrollen sind zu befunden, und das Patientenrechtegesetz fordert verstärkte Anstrengungen, Patientinnen und Patienten zu einem „Commitment“ hinsichtlich der Einnahme zu überzeugen.

In der Pflege zeigt sich ein erhöhter Aufwand im gesamten Bereich der Dokumentation und Planung, der unter anderem in der Weiterentwicklung der Pflegediagnostik (spezifische Screening- und Assessmentinstrumente z.B. BVC-CH, Dekubitusrisikoerfassung, Sturzrisikoerfassung) und Planung

sowie der Implementierung von Pflegeklassifikationssystemen begründet ist (Löhr M. et al. (2016); Hodek J.-M. et al. (2011)). Zudem ist eine deutliche Zunahme des Aufwands im Bereich der Administration (Hodek et al. (2011)) zu beobachten, die sich unter anderem auf die verkürzten Verweildauern bei gleichzeitiger Zunahme der Fallzahlen sowie veränderter Vorgaben zur Qualitätssicherung zurückführen lässt. Die Einführung von edukativen Medikamententrainingsprogrammen, mit dem Fokus der Partizipation, haben sich in der Pflege als sehr wirksam erwiesen, sind jedoch mit einem erhöhten Personalaufwand verbunden (Schirmer (2015)). Generell zeigt sich, dass sich der Bereich „Richten und Ausgeben von Medikamenten“ in der Ist-Situation als doppelt so umfangreich darstellt wie in der Psych-PV (Hoffmann M., Rieger W. (2010)). In der Pflege bilden Expertenstandards den aktuellen Stand des pflegerischen Wissens in Deutschland ab. Gerade bei multimorbiden, schwerkranken Patientinnen und Patienten ist die Anwendung der Expertenstandards von hoher Bedeutung und mit einem zusätzlichen Zeitaufwand verbunden, da bei der Berechnung der Psych-PV die in den nach der Jahrtausendwende eingeführten Expertenstandards vorgesehenen pflegerischen Maßnahmen zur Pflegediagnostik und den daraus abgeleiteten spezifischen Interventionen noch nicht Stand der Wissenschaft und Praxis waren (vgl. Löhr et al. (2016)).

Psychotherapie

Die psychiatrische Behandlung ist ohne einen zentralen Anteil an psychotherapeutischen Interventionen nicht mehr denkbar (Normann C. et al. (2015)). Die Leitlinien für nahezu sämtliche psychiatrischen Erkrankungen weisen dies in ihren Empfehlungen, gut abgesichert durch entsprechende Studien, nach. Als Beispiel seien genannt die Depressionsbehandlung (Berger M. et al. (2015)), die Angstbehandlung (Bandelow B. et al. (2016)), aber auch die Behandlung von Alkoholabhängigkeit (Kiefer F. et al. (2016), Günther A. et al. (2018)) und Schizophrenie (Mehl S. et al. (2016)). Auch die psychotherapeutische Behandlung älterer Patientinnen und Patienten hat sich in den letzten Jahren mit der Weiterentwicklung der Methoden und Techniken durchgesetzt (Hautzinger et al. (2017)), so dass eine Schlechterstellung gegenüber jüngeren Patienten nicht (mehr) erfolgen soll. Psychotherapeutische Interventionen können vom ärztlichen Personal, von den psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen und hinsichtlich der Umsetzung (z.B. Trainings) auch anteilig von den Berufsgruppen Pflege und Sozialdienst übernommen werden. Sie finden in Einzel- oder Gruppenbehandlung statt, prägen aber auch den allgemeinen klinischen Alltag mit spezifischen psychotherapeutischen Kurzinterventionen. Belegt ist, dass Psychotherapie nur bei einer bestimmten Frequenz der Interventionen wirksam werden kann.

Erhöhter Dokumentationsaufwand

Es ist generell ein stark gestiegener Dokumentationsaufwand in allen Berufsgruppen zu verzeichnen. Insbesondere nach Einführung des PEPP-Systems sind die Anfragen des MDK stark gestiegen, was zu einem erhöhten zeitlichen Aufwand für administrative Aufgaben sowie zur Erstellung von Berichten führt.

Auswirkung auf die Minutenwerte der Psych-PV in den Schussenrieder Tabellen

In den Schussenrieder Tabellen wurden diese allgemeinen Erkenntnisse umgesetzt in Zeitwerte der Psych-PV, die entsprechend modifiziert wurden. Erläutert werden sollen beispielhaft vor allem Veränderungen in den Kategorien A/S/G 1, A/S/G 2 und A/S/G 6, da dies die am häufigsten codierten Psych-PV-Kategorien sind. Entsprechende Modifikationen wurden aber auch für die Behandlungskategorien 3 und 4 der jeweiligen Fachbereiche A, S und G vorgenommen. Die Kategorien A 5, S 5 und G 5 wurden aufgrund der deutlich veränderten Versorgungssituation und auch der seit 1990 veränderten Erkenntnislage komplett neu bearbeitet und als Basis für eine Personalbemessung in der Akutpsychosomatik gestaltet. Sie werden gesondert dargestellt.

Beispiele für Einzelbezüge

Bsp.: Im Bereich des Sozialdienstes wurde im Bereich A1 eine Erhöhung der Minutenwerte zur Erstellung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, der in Baden-Württemberg weit verbreitet ist und als Basis für die Hilfeplanung dient, notwendig. Ein solcher Plan erfordert drei bis vier Stunden intensive Einzelarbeit mit der Patientin oder dem Patienten und ist Voraussetzung für die Sicherung von Eingliederungshilfemaßnahmen nach Entlassung. In diesem Zusammenhang binden auch die Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie die Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses viel Zeit.

Bsp.: Die starke Ausweitung der psychotherapeutischen Maßnahmen in den Diagnosebereichen Depression und Schizophrenie bewirkt eine deutliche Erhöhung der Zeitkontingente für den ärztlichen und psychologischen Dienst in den Kategorien A1, S1, G1, A3, S3, G3, A6, S6 und G6.

Bsp.: In der Suchtkrankenbehandlung bedeutet die qualifizierte Entzugsbehandlung mit dement-sprechenden Gruppentherapien (S.T.A.R.-Training, Sozial-Emotionales Training, Achtsamkeitskonzepte, Entspannungstechniken usw.) einen deutlich erhöhten Zeitaufwand für Pflegekräfte, Ärzte/Ärztinnen sowie Psychologen/Psychologinnen (S1 und S6).

Bsp.: Die hochrelevante arbeitsrehabilitative Anbahnung zur Sicherung des Arbeitsplatzes oder zur raschen beruflichen Reintegration bei Suchtkranken im Rahmen der Ergotherapie erfordert eine Stärkung des Zeitkontingents in dieser Berufsgruppe (S1, S3).

Bsp.: Bei älteren Patientinnen und Patienten ist einerseits in der Kategorie G2 der erhöhte Pflegebedarf bei schwerkranken multimorbiden Patientinnen und Patienten zu beachten, dies auch aufgrund verstärkter quantitativer Zunahme aggressiver Übergriffe auf das pflegerische und ärztliche Personal durch die älteren Patientinnen und Patienten.

Parallel dazu ist ein erhöhter Bedarf an bewegungstherapeutischen und physiotherapeutischen Maßnahmen notwendig (abgebildet in G1, G2, G4 und G6).

Ebenso ist in den Bereichen G1 und G6 eine deutlich erhöhte psychotherapeutische Leistung bei den Berufsgruppen Ärzte/Ärztinnen und Psychologen/Psychologinnen erforderlich.

Bsp.: Im Bereich der Bewegungstherapie ist bei den Patientinnen und Patienten der Behandlungskategorie A1, S1, G1, A3, S3, G3, A4, S4 und G6 durch neue therapeutische Ansätze wie Übungen an der Kletterwand, Fitnesstraining, Heranführung an Alltagsbewegung, extramurale Bewegungsmaß-

nahmen - auch im Hinblick auf die Hinführung zum Gesundheitssport - ein erhöhter Zeitbedarf für die Bewegungstherapeuten/-therapeutinnen erkennbar.

Bsp.: Neue Konzepte von Empowerment und Recovery in der Allgemeinpsychiatrie bilden sich in der gruppenpsychotherapeutischen Behandlung und in Einzelgesprächen durch Pflegekräfte (A1, S1, G1, A2, S2, G2 und A6, S6, G6), Sozialdienstmitarbeitende (A4 und A6), Psychologen/Psychologinnen (A1 und A6) und Ärzte/Ärztinnen (A1, A3 und A6) ab.

Bsp.: Die Notwendigkeit der verstärkten 1:1-Betreuung, die höhere Pflegeintensität, die Umsetzung der Patientenrechte in Form der verstärkten Aufklärung, insbesondere in Krisensituationen usw., erfordern eine Erhöhung des Zeitkontingents im Bereich der Pflege und des ärztlichen und sozialdienstlichen Personals in den Kategorien S2, A2 und G2.

Bsp.: Das Richten und Ausgeben von Medikamenten erfordert die Einhaltung hoher Sicherstandards wie beispielsweise das 4-Augen-Prinzip oder die „10-R-Regel“, welche mit einem erhöhten Zeitaufwand für Pflegende verbunden sind (A1, A2, A6, S1, S2, S6, G1, G2, G6). Zudem resultiert der erhöhte Zeitaufwand aus den modernen Ansätzen der Adhärenzförderung und der damit verbundenen Einführung von Medikamententrainingsprogrammen, in denen Patientinnen und Patienten unter Anleitung von Pflegekräften lernen selbstständig ihre Medikamente zu richten und zu verwalten (A1, A6, S1, S6, G1, G6).

Bsp.: Durch die Einführung der Expertenstandards in der Pflege ab der Jahrtausendwende sind neue Aufwände in den Bereichen Versorgung der Patientinnen/Patienten und Schulung der Mitarbeitenden entstanden. Gerade bei älteren, multimorbiden, schwerkranken Patientinnen und Patienten ist die Anwendung der Expertenstandards in der Pflege von hoher Bedeutung. Die daraus resultierenden pflegerischen Maßnahmen der Pflegediagnostik, die spezifisch abgeleiteten Interventionen und die Aufwände zu Schulung und Implementierung betreffen insbesondere die Bereiche G1, G2, und G6.

Bsp.: Die bislang in den Gruppen A4 und S4 nicht berücksichtigte Notwendigkeit zur Mobilisation der Patientinnen und Patienten hat mit der Zunahme der Multimorbidität dieser Patientengruppen sowie der neuen Erkenntnisse im Bereich der Pflegewissenschaft, den Ausführungen der Expertenstandards z.B. zu den Aspekten der Sturz- bzw. Dekubitusprophylaxe und der Erhaltung und Förderung der Mobilität an Bedeutung und Zeitaufwand gewonnen (A4 und S4).

Bsp.: Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Weiterentwicklung des Pflegeberufs und des damit verbundenen Kompetenzzuwachs wirken Pflegekräfte vermehrt an unterschiedlichen psychotherapeutischen Maßnahmen wie z.B. Entspannungstraining und DBT-Interventionen mit (A1, A6, S1, S6, G6).

Bsp.: Die Einführung und Anwendung neuer Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz führt zu einem erhöhten Zeitbedarf im Rahmen des Pflegeprozesses und der fortwährenden Betreuung (G1, G2 und G6).

Bsp.: In der Zunahme der Zeitwerte im Bereich fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Kranken bildet sich die Fokussierung der Pflege auf 1:1-Betreuungen zur Verhinderung von frei-

heitsentziehenden Maßnahmen (A1, A2, S1, G1 und G2) sowie die intensive Betreuung in Krisensituationen im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung ab (A6, S6, und G6).

Insgesamt ergibt sich aufgrund der gründlichen Prüfung der Veränderungen seit Inkrafttreten der Psych-PV eine differenzierte Erhöhung in den Minutenwerten der Berufsgruppen in den Schussenrieder Tabellen gegenüber der ursprünglichen Psych-PV in nahezu allen Bereichen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung nach Berufsgruppe und Tätigkeitsfeld je nach Behandlungskategorie. Im Detail ist dies in den angehängten Tabellenwerken zu finden.

Personalbemessung nach Schussenrieder Tabelle: Erwachsenenpsychiatrie

Minuten je Patient und Woche	Ärzte/Ärztinnen	Pflegepersonal	Psychologen/ Psychologinnen	Ergotherapeuten/ -therapeutinnen u.a.	Bewegungs-, Physiotherapeuten/ -therapeutinnen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/ -pädagoginnen
A1 neu	262	686	59	139	39	99
A2 neu	354	1.291	13	133	42	99
A3 neu	138	395	110	222	52	79
A4 neu	161	774	57	113	47	117
A6 neu	187	116	124	159	31	101
S1 neu	276	665	72	107	52	109
S2 neu	339	1.298	44	56	49	162
S3 neu	175	283	110	184	69	175
S4 neu	145	737	80	112	60	129
S6 neu	191	106	111	139	31	134
G1 neu	235	1.075	62	134	52	75
G2 neu	296	1.408	7	92	56	75
G3 neu	141	539	66	110	70	79
G4 neu	127	948	43	72	46	42
G6 neu	190	153	110	149	40	90

→ Details siehe Tabellen in der Anlage

2. PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

1992 verabschiedete der Deutsche Ärztetag eine aktualisierte Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte und Ärztinnen: Das bis dahin bestehende Fachgebiet „Psychiatrie“ wurde als Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ ausgewiesen. Zusätzlich wurde ein neues Fachgebiet eingeführt: „Psychosomatik und Psychotherapie“. Die zuständigen Landesärztekammern setzten diese Regelungen in den folgenden Jahren in landesspezifischen Weiterbildungsordnungen für Ärzte und Ärztinnen um. Dabei wurde das neue Fachgebiet uneinheitlich bezeichnet - z. B. in Baden-Württemberg: „Psychotherapeutische Medizin“ (Stand 2001), geändert 2006 in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg (2006)).

Im Rahmen der Krankenhausplanungen der Länder wurden zunächst nur in wenigen (Baden-Württemberg, Bayern) später in nahezu allen Bundesländern differenziert für diese beiden Fachge-

bierte Planbetten ausgewiesen und als separate Fachabteilung „Psychosomatische Medizin“ in Abgrenzung zur Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ geführt. Seitdem haben sich entsprechend der verschiedenen Versorgungsaufträge die Behandlungsangebote in diesen Fachabteilungen differenziert und weiter entwickelt.

Nachfolgend werden aktuelle Entwicklungen sowie veränderte Struktur- und Leistungsdaten und deren Auswirkungen auf ein medizinisch leistungsgerechtes Budget in der Psychosomatik dargestellt:

Veränderte Patientenstruktur

Es zeigt sich ein zunehmend höherer Anteil von Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Komorbiditäten (psychisch und somatisch), die mit Funktionsstörungen der Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens einhergehen. Beispielsweise hat sich der Anteil adipöser Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren deutlich erhöht (detaillierte Ausführungen dazu siehe Anhang am Ende des Textes).

Aufgrund der veränderten Demografie ist der Anteil älterer Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Ältere Patientinnen und Patienten sind multimorbider erkrankt. Es liegen v.a. mehr somatische Nebendiagnosen vor. Der Anteil von Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Belastungsfaktoren (z. B. mit psychosozialen Problemen, ungeklärten Krankheitsverläufen, ungesicherten sozialen Situationen), die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen, ist deutlich gestiegen. Der erhöhte Betreuungsaufwand, die notwendig mit zu behandelnden somatischen Komorbiditäten führen zu einer Zunahme der Betreuungsintensität.

Daraus resultiert die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung entsprechend der Leitlinien, d.h. es sind differenzierte, indikationsspezifische, störungsorientierte Behandlungsschwerpunkte notwendig, die neben einer intensiven Psychotherapie in Form einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung in einem fachärztlich geleiteten, multiprofessionellen Behandler-Team (Streeck, Ahrens & Schneider (2002)) auch differenzierte spezialtherapeutische Angebote (Physiotherapie, Ernährungsberatung...) beinhalten. Der Ansatz konkretisiert aktuelle Behandlungsleitlinien (z. B. (Bandelow et al. (2014); DGPM et al. (2011); DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (2015); Flatten et al. (2011)) für den stationären Behandlungskontext.

Die Spezifika stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung lassen sich wie folgt zusammenfassen (Spitzer, Rullkötter & Dally (2016)):

- „- Multimodalität („verschiedenartige therapeutische Interventionen“)
 - Gesamtbehandlungsplan („konzeptuell aufeinander bezogen“)
 - Multipersonalität („Patient, Therapieeinrichtung und Bezugsgruppe“)
 - Aktive Milieugestaltung („in besonderer Weise organisiertes Krankenhaussetting“).“
- (ebd. S. 101).

Im multiprofessionellen Behandler-Team arbeiten unter Leitung eines Facharztes/einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie somatisch tätige Ärzte und Ärztinnen, ärztliche und

psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen, psychosomatisch geschulte Pflegekräfte, Spezialtherapeuten/-therapeutinnen (z.B. Kunst-, Musik-, Bewegungs-, Physio-, Sport-, Ergotherapie) und Sozial- und Ernährungsberater/innen zusammen. Neben einer multidimensionalen Diagnostik, die somatische, psychische und soziale Aspekte umfasst, finden Psychotherapie, Spezialtherapien entsprechend der spezialtherapeutischen Berufsgruppen, medikamentöse Behandlung und psychosomatische Pflege in Form von Einzel- und Gruppenangeboten Anwendung.

Durch wöchentlich stattfindende Teambesprechungen im multiprofessionellen Team wird ermöglicht, dass die Behandlungsmaßnahmen aller im Behandlerteam Beteiligten aufeinander abgestimmt erfolgen und auf die mit dem Patienten/der Patientin vereinbarten Therapieziele gerichtet sind.

Das vorliegende MLB-Konzept orientiert sich an der Psych-PV-bezogenen Stationsgröße von 18 Patientinnen/Patienten, die auf zwei Behandlerteams mit jeweils 9 Patientinnen/Patienten aufgeteilt ist. Maßgeblich ist außerdem eine auf die Struktur einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung entsprechend der Norm des OPS-Codes 9-63 bezogene Struktur- und Leistungsqualität (Details zum OPS-Code siehe Anhang am Ende des Textes). Alle Patientinnen und Patienten absolvieren auf der Grundlage einer wochenweise geplanten Behandlungsstruktur ein Kernangebot von Gruppenpsychotherapie (3 mal wöchentlich), Bewegungs- und Kreativtherapie (jeweils 2 mal wöchentlich) in jeweils „ihrer“ Gruppe. Dies ermöglicht eine starke Gruppenkohäsion und einen intensiven psychotherapeutischen Prozess mit der Bearbeitung von Erfahrungen aus den nonverbalen Therapieangeboten in der (Gesprächs-)Gruppenpsychotherapie. Für die Wochenenden werden individuelle Übungs- und Stabilisierungsaufgaben vereinbart, für die bei Bedarf die Möglichkeit individueller Rückkoppelung besteht oder auch im Einzelfall fest vereinbart wird.

Die in der Tabelle angegebenen Minutenwerte der verschiedenen Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams sind Voraussetzung zur Sicherstellung der medizinisch notwendigen psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei allen Patientinnen/Patienten in allen Behandlungswochen. Das bedeutet beispielsweise einen erhöhten, zusätzlichen Bedarf an fachärztlicher Versorgung für wöchentliche Facharztvisiten, Aufnahmevisiten und für wöchentliche fachärztlich geleitete Teambesprechungen:

- 10 Min. Facharzt-Visite pro Woche pro Patient (Summe: 180 Min.)
- Aufnahmevisite 25 Min. bei 3 Aufnahmen (Summe: 75 Min.)
- jeweils Dokumentation (5 Min. pro Visite, 10 Min. pro Aufnahme (Summe: 120 Min.)

Summe Visite gesamt: 375 Min.

- 60 Min. multiprofessionelles Team wöchentlich, 2 Teams (Summe: 120 Min.)

insgesamt: zusätzlich 495 Minuten pro Woche

Veränderte Verweildauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in psychosomatischen Fachabteilungen hat sich seit den 1980er Jahren mehr als halbiert und lag 2016 bei 42,7 Tagen (Statistisches Bundesamt (2016)).

(N.B.: Wie Zielke (Zielke (2009)) zeigen konnte, geht die Verkürzung der Behandlungsdauer mit ver-

ringerten Effektstärken einher.) Dies bedeutet, dass mehr Einzelfälle behandelt werden und die Patientenzahl sich verdoppelt hat, was mit einem erhöhten Arbeitsaufwand für Aufnahme, Dokumentation und Bürokratie einhergeht. Auf einer psychosomatischen Station (18 Betten) werden dementsprechend ca. 3 Patientinnen/Patienten pro Woche neu aufgenommen.

Umsetzung des strukturierten Entlassmanagements

Neben einem erhöhten Dokumentations- und Bürokratieaufwand erfordert die Realisierung des Entlassmanagements zusätzliche, erhöhte Personalressourcen in den Berufsgruppen: Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Oberarzt/-ärztin, Pflege und Sozialberatung.

Erhöhter Aufwand durch Prüfverfahren nach der Prüfverfahrensvereinbarung PrüfV

Die umfassenden Anforderungen der PrüfV führen zu einem deutlich erhöhten, zusätzlichen Dokumentationsaufwand für alle Behandlungsleistungen in allen Berufsgruppen.

Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Oberärzte/-ärztinnen müssen deutlich mehr Zeit zum Erstellen von Berichten aufwenden. Zusätzlich ist der Aufwand für administrative Aufgaben gestiegen (Schriftwechsel mit den Kostenträgern und dem MDK, Aktenausdruck...).

Erhöhter zeitlicher Aufwand für Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zunehmende (gesetzliche) Qualifikationsanforderungen sowohl bezüglich der quantitativen wie auch qualitativen Personalausstattung (Hygienebeauftragte; Pflichtfortbildungen in Reanimationstraining, Brandschutz, Arbeitsschutz, Hygiene; approbierte Psychotherapeuten...) wie auch der fachlichen Anforderungen an eine leitliniengerechte Behandlung führen in allen Berufsgruppen zu einem erhöhten Aufwand für Fortbildung. Die Weiterbildungscurricula für Ärzte/Ärztinnen wie auch die Ausbildungsrichtlinien für psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen legen erhöhte Anforderungen für die Facharztweiterbildung fest. Es bestehen erhöhte und spezifische Weiterbildungsanforderungen für Spezialtherapeuten/-therapeutinnen und Fachpflegekräfte.

Personalbemessung nach Schussenrieder Tabelle: Psychosomatik und Psychotherapie

Minuten je Patient und Woche	Ärzte/Ärztinnen	Pflegepersonal	Psychologen/ Psychologinnen	Ergotherapeuten/-therapeutinnen u.a.	Bewegungs-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/-pädagoginnen
A5 neu	351	280	221	74	84	105
S5 neu	351	280	221	74	84	105
G5 neu	351	279	221	74	84	105

→ Details siehe Tabellen in der Anlage

3. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist aufgrund der altersspezifischen Anforderungen an Aufsicht und Betreuung einerseits und der Komplexität der Problematiken (Mitbehandlung der Herkunftsfamilien) andererseits ein sehr personalintensives Fach, dessen Personalkostenanteil anhand der Daten der Universitätsklinik von Barufka et al. (2015) auf 66,7 % geschätzt wurde.

Behandlungsdauer

Gegenüber der Bundesebene zeichnen sich die Abteilungen an den ZfP in Baden-Württemberg traditionell, und zwar schon zum Zeitpunkt der Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung, durch deutlich geringere Verweildauern aus. 1991 lag der Bundesdurchschnitt der Verweildauer aller kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen bei 126,3 Tagen. In den ZfP Baden-Württemberg lag er 1990 bei 78,9 und 2016 bei 22 Tagen (je nach Quelle auch bei knapp 21 Tagen). Der Bundesdurchschnitt aller Abteilungen des Fachgebiets lag 2016 bei 35,5 Tagen,

Zugangswege

Hinzu kommt ein stark erhöhtes Aufkommen an Krisen- und Notfallaufnahmen, das sich in 2016 in den ZfP in Baden-Württemberg mit ihren drei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Standorten auf 41-66 % aller Fälle gesteigert hat. Diese enorme Arbeitsverdichtung ist in der Psych-PV bisher nicht abgebildet und schlägt sich zuallererst in erhöhtem Aufnahme- und Entlassaufwand und erhöhter Dokumentationszeit (zusätzlich zu dem durch das neue Entgeltsystem generierten eigenen Dokumentationsaufwand) nieder, weiterhin erhöhen zusätzliche Aufklärungspflichten und Eltern-Einwilligungen diesen Aufwand.

Geänderte Patientencharakteristika

Die stark angestiegene Prävalenz von Selbstverletzungen bei Jugendlichen mit unterschiedlichen Diagnosen erfordert einen deutlich höheren Einsatz von Maßnahmen zur Wundversorgung.

Zunehmender Substanzkonsum, auch als Probierkonsum, hat gegenüber 1990 das Erstmanifestationsalter schizophrener Psychosen mehr in das Jugendalter verlagert, so dass mehr Akutaufnahmen mit dieser Störung erfolgen müssen. Über verstärkte Kinderschutzaktivitäten und gesellschaftliche Wahrnehmung von Missbrauch und Misshandlung kommen mehr bisher unbehandelte Kinder mit schweren Deprivationsschäden und Bindungsstörungen zur Aufnahme, die oft zusätzlich komplexe Entwicklungsstörungen aufweisen.

Demgegenüber sind Indikationen wie Enuresis, Enkopresis oder Stottern als Aufnahmeindikation sehr stark zurückgegangen zugunsten einer primär ambulanten Behandlung.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Partizipationsrechte Jugendlicher sind stärker zu beachten (Kinderrechtskonvention).

Nach der Reform des § 1631b BGB 2017 muss jede sich wiederholende freiheitsentziehende Maßnahme vom Familiengericht genehmigt werden, was einen deutlich erhöhten Aufwand generiert.

Der Vorrang von Deeskalationsmaßnahmen und Überwachungspflichten bei Freiheitsentziehung er-

fordert mehr zeitaufwändige Einzelbetreuungen. Maßnahmen der Prävention von Missbrauch und des Kinderschutzes erfordern eine durchgängige Doppelbesetzung und Mitarbeiterpräsenz auf den Stationen, die nicht durch Dokumentationsanforderungen etc. unterminiert werden darf (vgl. Fegert (2015)).

In der Pharmakotherapie generiert die Off-Label-Problematik einen deutlichen, zusätzlichen Aufklärungsaufwand, ebenso das Patientenrechtegesetz mit seinen komplizierten Auslegungen des Vertrauensschutzes der Jugendlichen gegenüber Sorgeberechtigten (Scheper et al. (2015)).

Diverse, zeitraubende Fort- und Weiterbildungszeiten sind zusätzlich aus den ebenfalls gestiegenen Pflicht-Schulungen (Reanimation, Hygiene, Brandschutz, Arbeitssicherheit u.a.m.) entstanden.

Da im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Pflegedienst auch Erzieher/innen eingesetzt werden, bedarf es regelmäßiger medizinischer Schulungen (Medikamentengabe und -wirkungen, Beobachtung auf Nebenwirkungen, Basisversorgung, Blutdruckkontrollen) und Anleitung.

Qualitätssicherung

Sehr zeitaufwändig ist die Einführung und Kontrolle der Pflegeplanung inclusive deren genauer Dokumentation. Aus Gründen der Aufsichtspflicht ist viel genauer als früher zu dokumentieren, wann Patienten ihren Ausgang nehmen und welche Stufen der Autonomie ihnen in Absprache mit den Sorgeberechtigten zugestanden werden können. Untersuchungen zum therapeutischen Drug Monitoring insbesondere bei off-label-Behandlungen fallen regelhaft an, die Ergebnisse sind sowohl mit Eltern als auch Patienten zu besprechen. Erschwert wird die pharmakotherapeutische Behandlung dadurch, dass verlässliche Dosis- und Spiegelangaben für Kinder und Jugendliche oft fehlen. Der Dokumentationsaufwand ist auch aufgrund der besonders aufwändigen Verhaltensbeobachtungen besonders hoch.

Psychotherapie

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie traditionell einen psychotherapeutischen Behandlungsschwerpunkt hatte, ergibt sich gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie ein leicht geringerer Handlungsbedarf diesbezüglich, das gilt auch für die Behandlungszeiten in den Fachtherapien. Die Erfahrung zeigt derzeit, dass Psychotherapie nicht in der erforderlichen Frequenz mehr durchgeführt werden kann, wenn z.B. Notaufnahmen Vorrang haben und Ressourcen abziehen.

Stark zugenommen hat der Bedarf an Familientherapie, um Familien zum Umgang mit ihrem psychisch kranken Kind zu befähigen. Auch ohne eine Eltern-Kind-Station wird regelhaft sowohl im voll- als auch im teilstationären Setting eine life-Elternanleitung durchgeführt, werden Belastungserprobungen an den Wochenenden vor- und nachgearbeitet.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Bei gegenüber 1990 stark gestiegenen Quoten von Einelternfamilien und Scheidungskindern und der erfolgten Reform des Kindschaftsrechts mit regelhaftem Weiterbestehen der gemeinsamen elterlichen Sorge muss eine Aufklärung über Behandlung und Therapie oft mit getrennten Elternteilen

doppelt erfolgen. Es sind bei der Unterschichtlastigkeit der Patientenklientel oft komplexe Helfersysteme von Jugendhilfe, Schule und erweiterter Familie in die Gesamtbehandlungsstrategie einzubinden. Die veränderten soziodemographischen Strukturen lassen vor allem in der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Altersgruppe bereits eine steigende Inanspruchnahme durch Kinder mit Migrationshintergrund erkennen. Sofern ein Dolmetschereinsatz erforderlich ist, bedeutet das einen deutlich höheren Zeitaufwand. Zu den pädagogischen Aufgaben der Pflege- und Erziehungsdienste ist durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Fülle von zusätzlichen Anforderungen (wie Medienpädagogik oder Aktivierung bei allgemein zunehmendem Bewegungsmangel bei Kindern, Suchtprävention) hinzugetreten.

Ambulantisierung und Professionalisierung

Nicht berührt wird in der folgenden Aufstellung der ZfP die Eltern-Kind-Behandlung, da eine entsprechende Station im ZfP Südwürttemberg nicht vorgehalten wird, daher ist die Psych-PV-Kategorie KJ6 nicht neu berechnet worden. Ebenso wird die langfristige Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker (KJ5) nicht berührt, da in Baden-Württemberg Sonderversorgungsabteilungen für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen und Mehrfachbehinderten existieren. Die rehabilitative Behandlung (KJ4) wurde im Fach weitgehend aus den Krankenhäusern in die Jugendhilfe und die Eingliederungshilfe verlagert oder mit engen Kooperationsbeziehungen ambulantisert, so dass die Kategorie KJ4 nur noch im Ausnahmefall vorkommt. Auch bei Barufka et al. (2015) mit der Kompletstichprobe von 22 Universitätsklinika wurden die Kategorien KJ4 und KJ5 nicht mehr codiert.

Die Berufsgruppe der Sprachtherapeuten/-therapeutinnen haben wir aus folgendem Grund erweitert bzw. angepasst:

Sprachtherapeuten/-therapeutinnen werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur noch punktuell z.B. in der Behandlung komplex entwicklungsgestörter Kinder beschäftigt, seitdem die „Stottererbehandlung“ keine Indikation mehr für eine vollstationäre Behandlung darstellt sondern vollständig ambulant geleistet werden kann. Überdies hat das IQWiQ mit Bericht vom 17.6.2009 (Abschlussbericht S06-01) festgestellt, dass weder verlässliche Diagnostik oder Screenings vorliegen, noch gute Evidenz für sprachtherapeutische Behandlungen. Demgegenüber haben Methoden, die Kindern Mastery-Erfahrungen vermitteln, zunehmendes Forschungsinteresse erfahren und zeigen ermutigende Evidenz. Erlebnistherapie hat mittlerweile Eingang in die kinder- und Jugendpsychiatrischen OPS gefunden. Theaterpädagogik ist analog zu den kunsttherapeutischen Verfahren bei Erwachsenen ebenfalls ein wirksames fachtherapeutisches Vorgehen für Kinder und Jugendliche.

Einzelbezüge (hier werden nur diejenigen benannt, die nicht auch schon für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik erwähnt wurden):

Die ärztlichen Aufgaben der Fach- und Oberärzte/-ärztinnen umfassen nun die gestiegenen Anforderungen an die Weiterbildung von Ärzten/Ärztinnen in Weiterbildung (Therapiesupervision, Co-Therapie in Familientherapien) und verstärkten Fachgespräche mit Schulen und Jugendämtern, gelegentlich auch eigene „Schulvisiten“ mit der Schule für Kranke, deren Lehrerzahlen sich erhöht haben.

Die Aufgaben im Pflege- und Erziehungsdienst umfassen aufwändigere Dokumentationszeiten hinsichtlich des Pflegeassessments und der Pflegeplanung, der Einzelbetreuung sowie aufwändigere Verhaltensbeobachtungen, teils mit Ratingbögen (zur Diagnostik der Grundstörung, aber teilweise auch Doppelblind-Ratings bei Medikamentenumstellung). Daneben sind steigende Anforderungen an Wundversorgung bei Zunahme an Selbstverletzungen und gestiegene Anforderungen an das Hygienemanagement sowohl hinsichtlich der Patienten/Patientinnen als auch der Stationen eingegangen u.a.m.

Bei der Ergotherapie sind Aufgaben der Berufsanbahnung, der spezifischen Eignungsassessments (z.B. MELBA) hinzugekommen, zudem aufwändigere Materialien und Anforderungen an die Materialpflege.

Bei der Berufsgruppe der Psychologen/Psychologinnen bilden sich stärkere Anforderungen an die Testdiagnostik deutlich ab. Im Multiaxialen Klassifikationssystem darf eine Intelligenzdiagnostik und Teilleistungsdiagnostik, die bei den meisten Patientinnen und Patienten noch nicht ambulant erfolgte, nicht fehlen.

Die Diagnostik in der Mototherapie/Bewegungstherapie hat sich ebenfalls stark weiterentwickelt in Richtung auf aufwändigere Testverfahren. Für Kinder und Jugendliche werden extensive Bewegungsangebote vorgehalten. Bei Anorexiepatientinnen und -patienten und Schizophreniepatientinnen und -patienten ist primär Einzelbehandlung zur Verbesserung der Körperschemastörungen erforderlich.

Im tagesklinischen Setting wurden die deutlich höheren Anforderungen an Testdiagnostik in der Berufsgruppe der Psychologen/Psychologinnen, an Round Table Gesprächen und Schulgesprächen durch die Fachärzte/-ärztinnen und die erforderliche Betreuungsdichte für die Störungen mit höheren Schweregraden durch den Pflege- und Erziehungsdienst abgebildet (1:1-Betreuung ist durchaus auch im teilstationären Setting erforderlich).

Personalbemessung nach Schussenrieder Tabelle: Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Summe Ärzte/Ärztinnen	Pflege- und Erziehungsdienst	Psychologen/Psy- chologinnen	Ergotherapeuten/- therapeutinnen	Bewegungs- und Physiotherapeuten/- therapeutinnen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/- pädagoginnen, Heilpädagogen/- pädagoginnen	Sprach-, Theater-, Erlebnistherapeuten /-therapeutinnen
KJ 1 neu	332	1.670	227	156	97	174	22
KJ 2 neu	323	1.556	224	187	94	139	40
KJ 3 neu	371	2.211	178	67	27	83	0
KJ 4	105	532	80	292	18	91	8
KJ 5	144	1.541	104	211	96	92	21
KJ 6	264	305	179	110	76	148	25
KJ 7 neu	306	336	214	146	84	150	19

→ Details siehe Tabellen in der Anlage

Ergebnis

Die Anpassung der Minutenwerte der Psych-PV von 1990 an das heutige Leistungsgeschehen in psychiatrischen Krankenhäusern führt zu einem Personalbedarf von 105 - 166 % bezogen auf die Werte von 1990. Dabei wurden bewusst die Grundannahmen der Psych-PV in Bezug auf Patientenkategorien, beteiligte Berufsgruppen und Tätigkeitsmerkmale unverändert übernommen.

Personalbemessung nach Schussenrieder Tabelle							
Personalbedarf in Minuten über alle Berufsgruppen pro Patient und Woche (inkl. Basiszeitwert / Sockel Pflege) (Veränderung zur Psych-PV 1990)							
A1	1562	S1	1560	G1	1910	KJ1	3178
	(118%)		(118%)		(113%)		(115%)
A2	2209	S2	2226	G2	2211	KJ2	3063
	(117%)		(113%)		(118%)		(118%)
A3	1275	S3	1273	G3	1282	KJ3	3437
	(111%)		(117%)		(111%)		(114%)
A4	1546	S4	1541	G4	1558		
	(110%)		(112%)		(105%)		
A5	1393	S5	1393	G5	1393		
	(157%)		(157%)		(166%)		
A6	996	S6	991	G6	1009	KJ7	1755
	(127%)		(126%)		(122%)		(114%)

Eine Nachfolgeregelung der Psych-PV, wie sie derzeit vom GBA vorbereitet wird, wird diese Themen zusätzlich aufgreifen und neu justieren. So sind die Patientenkategorien (A,S,G) 1-6 nicht mehr zeitgemäß, neue Behandlungsformen wie StäB müssen eingearbeitet werden, die Tätigkeiten der diversifizierten Berufsgruppen im multiprofessionellen Team müssen neu ausgerichtet werden usw. Die vorliegenden „Schussenrieder Tabellen“ sind primär als fundierte Kalkulationshilfe für die Budgetgespräche 2018 und 2019 gedacht und zeigen auf, welche Lücke noch geschlossen werden muss, um eine zeitgemäße medizinisch leistungsgerechte Personalbesetzung im psychiatrischen Krankenhaus zu realisieren.

LITERATURVERZEICHNIS:

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Abschlussbericht des Projekts "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung", Bonn (2002)

Bandelow, B. et al.: Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische / psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen. Wieviel Personal ist erforderlich? Der Nervenarzt 3/2016

Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G., Benecke, C., Deckert, J., Eckardt-Henn, A. et al. (2014): Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. www.awmf.org/leitlinien.html.

Bartholomeyczik, S. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, 2016. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)

Barufka S., Heller M., Prayon V., Fegert J.M. (2015): Normative Vorgaben zum Personaleinsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt Preisfindung anhand von Mittelwerten unter Konvergenzbedingungen. Analyse im Datensatz der Universitätsklinik Deutschlands zu den Kosten je Berechnungstag und Minutenwerte nach Psych-PV und im PEPP System. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 43:397-40

Berger M., Wolff J., Normann C. et al.: Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung - Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. Nervenarzt 2015; 86: 542-548

Bowers L.: Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. Psychiatric Services 2009; 60:231-239

Bundesärztekammer: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission). Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. 2013. Im Internet: www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.63 Stand: 16.01.2016

Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

DAG, DDG, DGE, & DGEM. (2007): Leitlinie Adipositas - Prävention und Therapie. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/050-001.html>.

Deinert, H.: Betreuungsverfahren - Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2013. Im Internet: <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/bt-prax/downloads.html#c24670> (Stand:16.01.2016)

DGPM, DKPM, DÄVT, DGKJP, DGPPN, DGPs, & DGVM. (2011): Gemeinsame S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie von Essstörungen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>.

DGPPN (Hrsg.): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2: Behandlungsleitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Steinkopff (2010)

DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF. (2015): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage 2015, Version 5 AWMF-Register-Nr.: nvl-005 Seite 48 bzw. mit Gültigkeit für den Zeitraum 2014: S3 Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langfassung, Version 1.3 Januar 2012, AWMF-Register-Nr. nvl-005 Seite 35.

Fegert J.M. (2015): Sichere Orte für Kinder und Jugendliche schaffen - Grenzüberschreitungen und sexuellen Missbrauch in Institutionen vermeiden", Psychosoziale Umschau, 30: 7-9.

Flatten, G., Gast, U., Hofman, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Lieberman, P., . . . Wölle W. (2011): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt, 3, 202-210.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) in der Neufassung vom 22. Januar 2015, veröffentlicht im Bundeanzeiger BANz AT 29.04.2015 B2, in Kraft getreten am 30. April 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundeanzeiger BANz AT 07.06.2017 B1, in Kraft getreten am 8. Juni 2017.

Godemann F., Wolff-Menzler C., Löhr M., Nitschke R., Salize H.J., Seemüller F., Längle G., Wolf J., Hauth I.: Die Berechnung der Personalbemessung bei einer Umsetzung von 100% Psych-PV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Kann diese auf der Grundlage von vorliegenden Routinedaten erfolgen? *Nervenarzt* 2015; 7: 845-851

Günthner, A., Weissinger, V., Fleischmann, H., Veltrup, C., Jäpel, B., Längle, G, Amman, K, Hoch, E, Mann, K.: Versorgungssituation - Die neue S3-LL Alkohol und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis. *Rehabilitation* 2018; 57:1-9

Hautzinger, M., Dykier, P., Fellgiebel, A., Hüll, M.: Psychotherapeutische Ansätze bei der Behandlung älterer Menschen. *Nervenarzt* 2017; 88:1213-1220

Heuft, G., Hochlehnert, A., Barufka, S., Nikendei, C., Kruse, J., Zipfel, S., . . . Heller, M. (2015): Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61(4), 384-398. doi:10.13109/zptm.2015.61.4.384

Hodek, J.-M., Scholz, S., Vieten, B. et al.: Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst. *Nervenarzt* 2011; 82: 351-359

Hoffmann, M., Rieger, W.: Vorgaben und Realität der Psych-PV - Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestation. *Nervenarzt* 2010; 81: 1354-1362

Jans, M.: Einflussfaktoren auf die Dauer der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung. Dissertation 2014. Im Internet: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/17248/1/Jans_Monika.pdf Stand 16.01.2016

Kiefer, F. et al.: Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt* 3/2016

Kunze, H., Kaltenbach, L., Kupfer, K., Hrsg.: *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. 6. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 2010

Landesärztekammer Baden-Württemberg. (2006). Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2006), Stand: 01.02.2016. <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>, letzter Zugriff am 04.01.2018.

Längle G., Hensel R., Armbruster U. et al.: Das Normalitätsprinzip. *Psychiatrische Praxis* 2012; 39:229-231

Längle G., Röhm A., Schwärzler F.: Einbindung des medizinischen Primärversorgungssystems in die regionale Suchtkrankenversorgung - Ansätze zur Kooperation mit Hausärzten, Kliniken und Sozialstationen. *Suchttherapie* 2015; DOI: 10.1055/s-0035-1557528

Liebherz, S., & Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: eine Meta-Analyse. *Psychotherapie Psychosomatische Medizin*, 63, 355-364.

Löhr M. et al: Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) - die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. *Z Psychosom. Med. Psychother.* 62/2016, 150-166

Löhr M., Längle G.: Veränderungen von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen in der vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Intensivbehandlung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 2017 DOI: 10.1055/s-0043-104503

Mehl S. et al.: Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Der Nervenarzt* 3/2016

Munsch, S., & Hilbert, A. (2015): *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.

Nienaber A., Schulz M., Hemkendreis B., Löhr M.: Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr. Prax.* 2013; 40: 14-20

Normann C. et al.: Aufwand und Finanzierung leitliniengerechter, psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus. *Nervenarzt* 2015

Roth A., Fonagy P.: *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. Guildford Press, New York 2006

Schepker R., Fegert J.M., Becker K. (2015): Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie - Hinweise für die Planung künftiger Personalbemessungen für das Zeitalter nach der Psych-PV. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 43: 387-95

Schirmer U., Steinert T., Flammer E., Borbé R.: Skills based medication training program for patients with schizophrenic disorders a rater blind randomized controlled trial. *Patient Preference and Adherence* 2015;9 541-549. Dove Press. open access to scientific and medical research. Im Internet www.dovepress.com/articles.php?article_id=21138 Stand: 12.01.2018

Schneider F., Falkai P., Maier W.: *Psychiatrie 2020 plus - Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. Springer, Heidelberg (2011)

Sozialministerium Baden-Württemberg. Landespsychiatrieplan 2018 Baden-Württemberg. Stuttgart 2018 (im Druck)

Spitzer, C., Rullkötter, N., & Dally, A. (2016): Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt*, 87, 99-110.

Statistisches Bundesamt. (2016). Krankenhäuser nach Fachabteilungen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html>, Zugriff am 30.12.17.

Steinert T., Schmid P., Arbeitskreis zur Prävention von Zwang und Gewalt, Landesverband der Psychiatrieerfahrenen Baden-Württemberg: Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Gegenwärtige Praxis* 2012. *Nervenarzt* 2014; 85, 621-629

Streeck, U., Ahrens, S. & Schneider, W. (2002): Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie. In S. Ahrens & W. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (pp. 615-622). Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Wright N., Rowley E., Chopra A. et al.: From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expect.* 2015 Mar 26. doi: 10.1111/hex.12361

Zehnder U., Rabenschlag F., Panfil E.M.: Zwischen Kontrolle und Therapie: eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatr. Prax.* 2015; 42: 68 - 75

Zielke, M. (2009): Behandlungsdauer und Ergebnisqualität von stationären Behandlungs- und Rehabilitationsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen - Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen. *Zeitschrift für Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 83, 8-46.

ANHANG

zu „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

1. OPS-Code „9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Der OPS-Code „9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ detailliert Mindest-, Leistungs- und Strukturqualitätsmerkmale einer Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung auf (<http://www.icd-code.de/ops/code/9-63.html>):

- Die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) müssen mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Bei weniger als 3 Therapieeinheiten pro Woche ist ein Kode aus dem Bereich 9-60 (Regelbehandlung) zu verwenden, sofern keine Intensivbehandlung (9-61) vorliegt. Bei Erfassungszeiträumen von weniger als 1 Woche (z. B. wegen Entlassung) können die 3 Therapieeinheiten auch anteilig erbracht werden, sofern die Behandlung in diesem Zeitraum dem dominierenden Behandlungskonzept des stationären Aufenthaltes im Sinne der Komplexkodes entspricht
- Standardisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik zu Beginn der Behandlung:
 - Soziodemographische Daten entsprechend der Basisdokumentation zur Psychotherapie (Psy-BaDo)
 - Festlegung von Hauptdiagnose und Komorbiditäten
 - Standardisierte Erhebung des psychopathologischen Befundes mittels der Kriterien der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)
 - Schweregradeinschätzung entsprechend dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) und dem Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
 - Alternativ in psychodynamisch arbeitenden Kliniken: Achse II - IV der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)
 - Alternativ in verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kliniken: Verhaltensanalyse
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Einsatz eines psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem Mehrpersonen-Interaktionsprozess mit wöchentlicher Teambesprechung je stationärer Einheit von mindestens 60 Minuten mit wochenbezogener schriftlicher Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Somatisch-medizinische Aufnahmeuntersuchung
- Fachärztliche Visite von mindestens 10 Minuten pro Woche pro Patient
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer)

- Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie
 - Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiologische Techniken wie Biofeedback)
 - Somatopsychisch-psychosomatische Kompetenztrainings (Diätberatung, Sozialberatung, Sport)
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
- Prä-Post-Evaluation des Behandlungsverlaufs.

2. Beispiel: Zunahme Komorbidität Adipositas (Munsch & Hilbert (2015))

- Epidemiologie in Westeuropa:

Übergewicht (BMI 25-29): 61% aller Männer, 48 % aller Frauen

Adipositas (BMI > 30): 20% aller Männer, 21 % aller Frauen

(https://www.ige.tu-berlin.de/fileadmin/fg176/IGE_Printreihe/Muehlbacher-Epidemiologie-

- Besonderheiten der Erkrankung:

- Stigmatisierung im Gesundheitswesen, im Beruf... - psychosoziale Belastungen, reduzierte Compliance, geringere Lebensqualität
- Psychische Komorbiditäten - schlechtere Krankheitsbewältigung, ungünstiges Krankheitsverhalten...
- Komorbiditäten bei Adipositas: Hypertonie, Herzinsuffizienz, D.M., Schlafapnoe, Fettleber, Refluxoesophagitis, Gonarthrose, erhöhtes Risiko für Prostata- und Gallenblasenkarzinome, reduzierte Fertilität, Geburtskomplikationen
- Höhere Mortalität bei adipösen Personen im Vergleich zu normalgewichtigen - entspricht Reduktion der Lebenserwartung um 20 Jahre
- nur ca. 15% der Patienten halten auch nach der Therapie ihre Gewichtsabnahme - „Jo-Jo-Effekt“
- Statt kurzfristiger Gewichtsreduktion - langfristige Lebensstiländerung - Psychotherapie

- Spezialisierte Angebote für Patientinnen und Patienten mit Adipositas (DAG, DDG, DGE & DGEM (2007)):

Adipöse Patientinnen und Patienten benötigen

- eine spezifisch auf Coping und Compliance der Adipositas sowie auf Lebensstiländerung zielendes Behandlungsprogramm (psychologische Interventionen)
- zusätzliche somatische ärztliche Betreuung
- täglich und zu allen Mahlzeiten (jeweils 1 Std. Frühstück, Mittagessen, Abendessen) Begleitung und Unterstützung im Speisesaal durch eine/n Ernährungstherapeutin/-therapeuten
- zusätzliche und spezifische physiotherapeutische Angebote in Form von Wassergymnastik (med.-techn. Dienst)