

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

Arno Deister, Iris Hauth, Michael Kölch und Michael Löhr

2.1 Die aktuelle Situation

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Die Psychiatrie-Personalverordnung

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

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

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

2.3 Anforderungen an ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung

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

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

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

Dazu gehören insbesondere:

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

2.4 Die gesetzlichen Grundlagen

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

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

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

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

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

2.5 Der G-BA-Prozess

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

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

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

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

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

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

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

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

2.6 Die Plattform

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

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)

- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG KJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft künstlerische Therapien (BAG KT)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)
- Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK)
- Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Deutscher Arbeitskreis für konzentrierte Bewegungstherapie e.V. (DAKBT)
- Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (DGEW)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
- Deutsche musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (LIPPs)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
- Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapie (WFKT)

2.7 Das Plattform-Modell

Diese Plattform hat in den letzten drei Jahren ein Strukturmodell entwickelt, welches sich zu einer patientenbedarfsgerechten Festlegung des Personalbedarfs in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie eignet (Hauth et al. 2019; Deister et al. 2020; Kölch et al. 2020). Dieses Modell beschreibt (in Anlehnung an das grundsätzliche Prinzip der PsychPV) ein System, welches erlaubt, für jede einzelne Behandlungseinrichtung den behandlungsbezogenen Personalaufwand zu berechnen. Zugrunde gelegt wird dabei der konkrete, auf den jeweiligen Patienten bezogene Personalbedarf, der geeignet ist, die erforderliche Qualität der Versorgung sicherzustellen. Der Maßstab für die Qualität der Leistungserbringung sind dabei die einschlägigen Leitlinien, die Notwendigkeit einer situationsadäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, der erforderliche Schutz des Patienten und die Sicherstellung des psychosozialen Funktionsniveaus. Wesentliche Vorarbeiten zur Personalbemessung wurden von der Gruppe um Peter Brückner-Bozetti und Michael Löhr geleistet (Braun et al. 2017; Senkal et al. 2019; Klode et al. 2018; Löhr u. Sauter 2020).