

**AUS DEM LEHRSTUHL FÜR PSYCHIATRIE UND
PSYCHOTHERAPIE
KOMMISSARISCHER LEITER:
PROF. DR. M. OSTERHEIDER
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
UNIVERSITÄT REGENSBURG**

Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst:
eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Iris Meißner

2010

**AUS DEM LEHRSTUHL FÜR PSYCHIATRIE UND
PSYCHOTHERAPIE
KOMMISSARISCHER LEITER:
PROF. DR. M. OSTERHEIDER
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
UNIVERSITÄT REGENSBURG**

Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst:
eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Iris Meißner

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: Prof. Dr. G. Hajak

2. Berichterstatter: Prof. Dr. M. Pfeifer

Tag der mündlichen Prüfung: 17.02.2012

Inhalt

Zusammenfassung	7
1. Einleitung	11
1.1 Motivation und Ziele der Psychiatrie-Enquete	11
1.1.1 Situation der Psychiatrie in den 60er Jahren.....	11
1.1.2 Neue Sichtweisen psychiatrischer Erkrankungen und neue Therapiemöglichkeiten	15
1.2 Einführung und Entwicklung der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV)	17
1.3 Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren.....	23
1.4. Fazit: Anliegen und Ziele der Untersuchung.....	28
2. Methodik	30
2.1 Untersuchte Kliniken und Stationen.....	30
2.2 Tätigkeitsanalyse/ Erhebung der Zeitwerte	32
2.3 Analyse im Einzelnen	33
3. Ergebnisse	38
3.1 Gegenüberstellung von Stationsbesetzung und der Verweildauer real und gemäß PsychPV.....	38
3.2 Analyse der effektiv zur Verfügung stehenden Zeiten – PsychPV- Erfüllungsgrad	38
3.3 Gegenüberstellung nach übergeordneten Kategorien der PsychPV- Tätigkeitsprofile	42
3.4 Gegenüberstellung der real erhobenen Zeit – vorgegebene Arbeitszeit in PsychPV-Kategorien	46
3.5 Tätigkeiten die in der PsychPV nicht vorgesehen sind – nicht kategorisiert	49
3.6 Gegenüberstellung nach Patientenbezug (Aufnahme und Therapieplanung, Behandlung im direkten Patientenkontakt, indirekte Behandlung, Dokumentation und Administration, Fortbildung).....	51
3.7 Perspektive: Der einzelne Arzt	55
3.8 Perspektive: der Patient	56
4. Diskussion.....	58
4.1. Allgemeines.....	58
4.2 Konsequenzen für Patienten und Angehörige	63
4.3. Konsequenzen für die Ärzte	65
4.3. Gesundheitsökonomische und gesellschaftliche Konsequenzen, sowie Konsequenzen für die Klinik.....	67
4.4 Konsequenzen für die PsychPV	69
4.5. Mögliche Abhilfen	70
4.5.1 Klare Zuordnung der Tätigkeiten innerhalb und außerhalb der PsychPV mit Anpassung des Stellenschlüssels	70
4.5.2 Verbesserung der Personalausstattung	71
4.5.3 Umstrukturierung und Rationalisierung des ärztlich-psychiatrischen Tätigkeitsbereichs	73
4.6. Ausblick.....	74
4.7. Zusatz und Schlussbemerkung:	75
5. Literaturverzeichnis	79
6. Abkürzungsverzeichnis	84
7. Anhang.....	85
8. Lebenslauf	88

9. Danksagung.....	91
10. Erklärung.....	92

Zusammenfassung

Die Diskussion um Finanzierungssysteme, Kostendruck und Personalmangel im klinischen Bereich zieht sich im Moment durch die gesamte deutsche Medienlandschaft. Da die Personalkosten mit dem größten Anteil der Gesamtkosten in Kliniken ausmachen, ergibt sich hier ein direkter Zusammenhang zwischen Kostendruck und immer weiteren personellen Einsparungen bzw. Personalmangel. So betrug in den letzten Jahren die durchschnittliche Veränderungsrate in den Budgets der Kliniken weniger als 1% jährlich, die durchschnittliche jährliche Lohnkostensteigerung dagegen lag bei mehr als 3%. Personaleinsparungen erscheinen angesichts dieser Zahlen für die Kliniken unumgänglich, um weiterhin wirtschaftlich und kostendeckend arbeiten zu können. Im Bereich der psychiatrischen Kliniken liefert die Psychiatrie Personalverordnung Vorgaben für die Personalbemessung. Auf Grund der auch hier bestehenden Budgetierung mit dem daraus resultierendem Kostendruck und Personalmangel stellt sich die Frage inwieweit die vor mehr als zehn Jahren implementierten Vorgaben der PsychPV als Instrument der Personalbemessung noch den aktuellen Anforderungen der klinischen Tätigkeit entsprechen. Ziel der vorliegenden Studie war es deshalb den Arbeitsalltag von Stationsärzten in der Psychiatrie zu beobachten, zeitlich genau zu erfassen und die erhobenen Zeitwerte mit den Vorgaben der PsychPV zu vergleichen. Für die Datenerhebung wurde ein Protokollbogen entworfen, auf welchem die Einzeltätigkeiten des jeweiligen Arztes genau dokumentiert werden konnten. Vier geschulte Rater erfassten mittels dieses Bogens in vier verschiedenen psychiatrischen Kliniken mit Versorgungspflicht jeweils eine Woche die Tätigkeiten des ihnen zugeteilten Stationsarztes minutengenau. Pro psychiatrischer Klinik wurden die Daten auf vier Stationen bzw. von vier Stationsärzten erhoben, insgesamt

liegen also Daten von 16 Stationen vor. Es wurden nur allgemeipsychiatrische Stationen in die Untersuchung einbezogen. Zusätzlich wurden die Einzeldiagnosen der Patienten auf den jeweiligen Stationen und spezifische Kenndaten der beteiligten Stationen erhoben. Die Einteilung der Patienten auf Station in PsychPV Kategorien (A1-A6) nach Schweregrad der Diagnose wurde vom beobachteten Stationsarzt selbst vorgenommen. Unter Berücksichtigung dieser Einteilung konnten dann nach den Vorgaben der PsychPV die entsprechenden Vergleichswerte nach PsychPV errechnet werden. Sowohl für die errechneten als auch die beobachteten Zeitwerte wurden Absolut-/Realwerte und anteilmäßige Relativwerte berechnet. Allgemein war zu beobachten, dass die Ärzte auf Grund zusätzlicher Verpflichtungen außerhalb des PsychPV-Bereiches wie beispielsweise Fort- und Weiterbildung für die Facharztausbildung oder Tätigkeit in den Institutsambulanzen, einen Teil ihrer Arbeitszeit mit PsychPV- fremden Tätigkeiten verbringen. Aus diesem Grund bleibt für die Arbeit auf Station etwas weniger Zeit, als von der PsychPV vorgegeben. Betrachtet man direkt die Arbeit auf Station so ergibt sich im Vergleich mit den Vorgaben der PsychPV eine Verschiebung der Arbeitszeit hin zu mehr Administration und Dokumentation und im Gegenzug weniger direktem Patientenkontakt wie Einzelgesprächen und Gruppentherapien. Hinsichtlich der übergeordneten Kategorien der PsychPV: 1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung, 2. Einzelfallbezogene Behandlung, 3. Gruppentherapie, 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten ergaben die Daten der Studie einen realen Mehraufwand für die Grundversorgung der Patienten, wohingegen für Gruppentherapie und Einzelfallbezogene Behandlung weniger Zeit aufgewendet wurde als von der PsychPV vorgegeben. Unterteilt man die Tätigkeiten des Stationsarztes nach Patientenbezug in Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt, indirekte Behandlung, Aufnahme und Therapieplanung, Dokumentation und Administration sowie

Fortbildung so zeigt sich auch bei dieser Auswertung im Vergleich mit den Vorgaben der PsychPV ein deutlicher Mehraufwand für Dokumentation und Administration. Darüber hinaus wird auch mehr Zeit in indirekte Behandlung sowie Fortbildung investiert, als von der PsychPV vorgegeben. Dagegen wird nur etwa halb so viel Zeit für Tätigkeiten im direkten Patientenkontakt aufgewendet, wie von der PsychPV veranschlagt. Mehr Zeit als von der PsychPV vorgegeben, wird mit Aufnahmen und Therapieplanung verbracht. Einzelgespräche, Gruppentherapien und Angehörigengruppen finden in wesentlich geringerem Ausmaß statt als in der PsychPV veranschlagt. Bei Tätigkeiten mit indirektem Patientenbezug nimmt der Informationsaustausch mit Kollegen die meiste Zeit in Anspruch, auch hier wird wiederum mehr Zeit investiert als die PsychPV vorsieht. Therapiekonferenzen und Außenkontakte finden im Vergleich mit den Daten der PsychPV seltener statt. Aufgeschlüsselt wurde auch der Zeitaufwand für Dokumentation und Administration. Dieser beinhaltet die Tätigkeiten Dokumentation, Administration, Unterbringungen und Konzeptarbeit. Hier ergibt sich gegenüber der PsychPV ein Mehraufwand für Dokumentation und Administration, dagegen aber weniger Zeit für Unterbringungen und Konzeptarbeit. Einige der im Rahmen der Studie beobachteten Tätigkeiten ließen sich nicht eindeutig einer PsychPV Kategorie zuordnen und wurden deshalb unter der Kategorie „nicht kategorisiert“ zusammengefasst. Dieser Bereich beinhaltet Tätigkeiten wie Wegzeiten, E-Mail/Post sichten sowie Sonstiges. Der letzte Posten umfasst alle Tätigkeiten, die weder den PsychPV-Kategorien, noch einem der entworfenen Oberbegriffe zugeordnet werden konnte. Bei den nicht kategorisierten Tätigkeiten nehmen die Wegzeiten am meisten Zeit in Anspruch. Anhand der in der Studie erhobenen Daten wurde anschließend noch errechnet, wie sich einerseits die ärztliche Wochenarbeitszeit auf die einzelnen Tätigkeiten verteilt, andererseits, wie sich die Arbeitszeit aus der Sicht des einzelnen Patienten verteilt. Für den

durchschnittlichen Arzt ist der zeitintensivste Posten die Verlaufsdokumentation. Für diese Tätigkeit wurde für den einzelnen Arzt ein Zeitaufwand von über sechs Stunden pro Woche erhoben. Darüber hinaus wird auch sehr viel Zeit mit verlaufsbezogener Informationsweitergabe und mit Visiten verbracht. Am wenigsten Zeit wird vom Durchschnittsarzt wiederum für Angehörigengruppen, Therapiekonferenzen und Außenkontakte aufgewendet. Aus der Sicht des Durchschnittspatienten wird für ihn am meisten Zeit mit der Dokumentation seines Krankheitsverlaufes und der Informationsweitergabe an Kollegen verbracht. Pro Woche sieht der Patient seinen betreuenden Arzt 11 Minuten in den Visiten und 7,4 Minuten in einem Einzelgespräch.

Gruppen für Angehörige des durchschnittlichen Patienten werden pro Patient und Woche 0,005 Minuten, also faktisch gar nicht angeboten.

1. Einleitung

1.1 Motivation und Ziele der Psychiatrie-Enquete

1.1.1 Situation der Psychiatrie in den 60er Jahren

„Beim Betreten der Station registrierte ich einen nicht zu vergessenden eigenartigen Geruch, eine Mischung aus alter Wäsche, Schweiß und Exkrementen, den man als eine Art Losung der von Zivilisation und Kultur Vergessenen damals in allen psychiatrischen Männerabteilungen wieder finden konnte. Wenn Kranke zur Aufnahme kamen, wurden ihnen Geldbörse, Brille und Ehering abgenommen, dann wurden sie entkleidet und ins Bad gesteckt. Gewaschen und in blau gestreifter Anstaltskleidung kamen sie danach auf Station. Für jüngere oder schwächere Kranke begannen damit oft erniedrigende und mitunter schreckliche Erfahrungen [...]“ (Häfner, 2000, S.146), mit diesen Worten beschreibt H. Häfner, später an der Entwicklung und Umsetzung der Psychiatrie-Enquete maßgeblich beteiligt, anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der Bundesdirektorenkonferenz seine ersten Erfahrungen als Famulus in einem psychiatrischen Großkrankenhaus 1949.

Auch gut 10 Jahre später stellte sich die Situation der Psychiatrien in Deutschland nicht wesentlich besser dar. Doch trotz verschiedener Reformforderungen von Seiten des in psychiatrischen Krankenhäusern tätigen Personals (Häfner, 1965; Fischer 1969), reagierte die Bundesregierung erst Anfang der siebziger Jahre auf die Ideen der Reformbewegung. 1971 wurde vom Bundestag ein Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, die Psychiatrie-Enquete, in Auftrag

gegeben. Bereits 1973 erfolgte ein Zwischenbericht, darin war von elenden, menschenunwürdigen Umständen die Rede (Finzen, 1979).

Nach dem zweiten Weltkrieg mit seinen drastischen Auswirkungen auf die Psychiatrie, hatte man zunächst, auch auf Grund der begrenzten finanziellen Möglichkeiten, nur versucht die vorhandenen Großkrankenhäuser notdürftig wieder aufzubauen (Finzen, 1979). Die Folgen stellt Finzen (1979) anhand von Zahlen aus dem Landschaftsverband Rheinland dar. Dort stammten rund ein Viertel der insgesamt 12 000 psychiatrischen Betten aus der Zeit vor der Jahrhundertwende, ein Achtel war abbruchreif. Zahlen der Polizeiverordnung aus dem Jahre 1953 geben eine durchschnittliche Überbelegung der Landeskrankenhäuser von mehr als 35 Prozent an. Die Anstalt Lohr in Unterfranken war beispielsweise 1912 für 600 Kranke errichtet worden, zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquete lebten dort allerdings 1200 Patienten. Diese Zahlen werden bei Betrachtung der Raumaufteilung noch anschaulicher, demnach waren 66 Prozent der Patienten in Räumen mit mehr als fünf Betten, 40 Prozent in Räumen mit mehr als 10 Betten und über 10 Prozent sogar in Räumen mit mehr als 20 Betten untergebracht. Durchschnittlich 11 Patienten teilten sich eine Toilette, viele Anstaltsinsassen hatten keinen eigenen Schrank und konnten so ihr Eigentum bestenfalls in einer Schachtel unter dem Bett aufbewahren. Zusätzliche Brisanz gewinnt diese Darstellung der Verhältnisse unter dem Aspekt der Stationsstruktur und der Langzeitpatienten. Zum Zeitpunkt der Psychiatrieenquete war die überwiegende Zahl der Stationen geschlossen, ca. zwei Drittel der Betten waren darüber hinaus nicht nur vorübergehend sondern oft jahrelang belegt. Ergebnis des Zwischenberichts war folglich die Forderung der Expertenkommission nach „Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“ (Finzen, 1979).

Doch die psychiatrischen Krankenhäuser hatten in vielen weiteren Bereichen mit Problemen zu kämpfen. So war die Personalausstattung denkbar schlecht, 1971 kamen auf einen stationär tätigen Psychiater 64 Patienten, dagegen war das Verhältnis in der somatischen Medizin 1:17,5 (Degkwitz, 1971). Zieht man Chef- bzw. Oberärzte, die selber keine Station betreuten und die damals vielerorts offen stehenden Planstellen ab, so betreute ein Stationsarzt teilweise 100, 200 oder mehr Patienten. Umgerechnet ergab sich ein Zeitfenster von 4 Minuten pro Tag für den Patientenkontakt (Finzen, 1979). In anderen Berufsgruppen, wie Pflegedienst und Psychologen war die Situation meist nicht besser oder sogar noch schlechter.

Nicht zuletzt als logische Konsequenz der bereits genannten Missstände, war eine sinnvolle Arbeitstherapie als erster Schritt zur beruflichen Rehabilitation kaum möglich. Darüber hinaus waren die großen oft gutshofähnlichen Landeskrankenhäuser auf die Mithilfe der Patienten in krankenhauseigenen Betrieben (Landwirtschaft, Gärtnerei, Küche, Wäscherei usw.) angewiesen. Eine angemessene Entlohnung war jedoch nicht möglich. Am Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, verdiente ein Patient der Stufe 1 DM 20.- pro Monat (Stufe 2 DM 10.-, Stufe 3 DM 8.-, Stufe 4 DM 6.-, Stufe 5 DM 2.-), bei einer monatlichen Arbeitszeit von 120 h ergibt sich für die erste Stufe ein Stundenlohn von 17 Pfennig (Winkler, 1970). In einem Modell wurde sogar errechnet, dass durch die Patientenarbeit jährlich zwei Millionen Mark an Löhnen eingespart würden (Finzen, 1979).

Große Probleme ergaben sich auch hinsichtlich der rechtlichen Situation psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland. So mussten sich beispielsweise psychisch Kranke noch bis 1971 als einzige nicht kriminelle Personengruppe in das Bundeszentralregister aufnehmen lassen. Erst 1969 wurden durch die Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes psychisch Kranke anderen Behinderten gleichgestellt.

Bis zu diesem Zeitpunkt war die Wiedereingliederungshilfe für psychisch Kranke nicht verpflichtend. Im Bereich der stationären Versorgung psychisch Kranker galt noch bis 1972 der so genannte Halbierungserlass aus dem Jahre 1942. Darin war vorgesehen, dass die Krankenhauskosten für psychisch Kranke je zur Hälfte von der Krankenversicherung und dem Sozialhilfeträger übernommen werden sollten, was immer wieder zu Problemen hinsichtlich der Kostenerstattung führte. Zur Beseitigung dieser Missstände lauteten die Empfehlungen der Enquete in konzentrierter Form (Häfner, 2000):

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten, als Organisationsprinzip wurde ein Standardversorgungsgebiet von rund 250 000 Einwohnern vorgeschlagen.
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher und sozialer Hinsicht

Als Folge dieser Reformen wurden in den stationären Einrichtungen mehr und mehr Betten abgebaut, in den alten Bundesländern beispielsweise von 1,8 Betten pro 1000 Einwohner (1970) auf 0,8 pro 1000 Einwohner (1994). Die meisten der Patienten wurden in Heime und komplementäre Einrichtungen entlassen (Häfner, 2000). Wichtige Voraussetzungen dieser Veränderung der psychiatrischen Landschaft waren nicht zuletzt neue Therapieformen bzw. neue Erklärungsmodelle psychiatrischer Erkrankungen.

1.1.2 Neue Sichtweisen psychiatrischer Erkrankungen und neue Therapiemöglichkeiten

Obwohl sich die Psychiatrie bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts als eigenständiges medizinisches Fach definiert hatte, galt sie, von der Romantik stark beeinflusst, eher als „aufgeklärte oder spekulative, moraltherapeutische Humanpsychiatrie“. Die einzige Möglichkeit der Therapie schien das dauerhafte Herauslösen des psychisch Kranken aus dem scheinbar pathogenen Milieu seiner Lebenswelt und die Unterbringung in der Stille und Ruhe abgeschiedener Anstalten (Möller, Laux, Kapfhammer, 2000). Auch die ersten pharmakologischen Therapieansätze (barbiturathaltige Beruhigungsmittel, Insulinschocktherapie usw.) brachten keine dauerhaften Erfolge.

Erst die Entdeckung der Psychopharmaka ab 1953 führte zu einer Wende in der psychiatrischen Therapie. Sie brachte, wie Häfner (2000) es formuliert, den Übergang der klinischen Psychiatrie von therapeutischer Resignation zu einer aktiv behandelnden medizinischen Disziplin, sowie den Übergang von vorwiegend gewaltsamen oder risikobelasteten Beruhigungsmaßnahmen zu einer rational begründbaren Therapie. So konnten durch die Gabe von neu entwickelten Psychopharmaka viele psychisch Kranke überhaupt erst so weit stabilisiert werden, dass eine aktive Behandlung mittels verschiedener Therapieansätze möglich war. Gleichzeitig ließen sich aus der Wirkweise verschiedener neuer Substanzen Rückschlüsse auf die Grundlagen psychischer Erkrankungen ziehen (z.B. Dopamintheorie der Schizophrenie) (Carlsson, 1963). Psychische Erkrankungen wurden so zumindest zu einem gewissen Anteil rational erklärbar.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die klinische Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die zunehmende Bedeutung der Psychotherapie. Auch sie führte zu einer Veränderung sowohl der Sichtweise psychischer Erkrankungen als

auch des Umgangs mit den Kranken. Wichtigste Grundlage der Psychotherapie ist die freiwillige, selbstbestimmte Zusammenarbeit zweier oder mehrerer Menschen an der Veränderung von Verhalten und der Lösung von Lebensproblemen. Im Bereich der Krankenhauspsychiatrie fördert eine solche Zusammenarbeit das Verständnis für den Kranken, seine Symptome und sein Schicksal. Dies erfordert nicht zuletzt die Abkehr von patriarchalischen Arzt-Patienten Beziehungen (Häfner, 2000). Diese Änderung der Beziehung zu mehr Gleichberechtigung zwischen Psychiater und psychisch Krankem findet sich auch in der so genannten „Consumer“-Bewegung mit der Gründung von Angehörigen- und Psychiatrieerfahrenenverbänden. Zunehmende Gleichberechtigung der Psychisch Kranken wurde hier nicht nur gegenüber den Ärzten sondern auch gegenüber Versorgungseinrichtungen und ihren Trägern verwirklicht (Häfner, 2000).

Im Bereich der Sozialpsychiatrie ermöglichte die Psychiatrie-Enquete die Durchsetzung bereits vorhandener Ideen. So hatte man beispielsweise bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts versucht das Konzept der offenen Fürsorge zu etablieren. Dabei handelte es sich um eine Vielzahl von Maßnahmen, die in ihrer Gesamtheit darauf abzielten, den Patienten ein Leben außerhalb der Anstalten zu ermöglichen (Schmiedebach et al., 2000).

Als Folge dieser Entwicklungen in verschiedenen Therapiebereichen stand nach der Psychiatrie-Enquete neben den dringend notwendigen baulichen Veränderungen vor allem interne Umstrukturierung nach therapeutischen Gesichtspunkten im Vordergrund. Für den Übergang von der Verwahropsychiatrie hin zur multidimensionalen Therapie war vor allem ein erhöhter Personaleinsatz nötig. Bei der Umsetzung der mehrdimensionalen Therapie kamen viele neue Berufsgruppen (Psychologen, Sozialarbeiter, Bewegungstherapeuten u.a.) hinzu. Erst die Anwendung der Psychiatrie-Personalverordnung ab 1990 ermöglichte, zumindest

kurze Zeit, eine ausreichende Personalbesetzung sowohl im ärztlichen Bereich, als auch bei den oben genannten neuen Berufsgruppen (Kunze, 1995).

1.2 Einführung und Entwicklung der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV)

Am 25. September 1990 erließ die damalige Bundesregierung die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ kurz PsychPV. Diese Verordnung trat schließlich zum 1. Januar 1991 in Kraft, sie gilt als einer der größten Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (Auerbach et al., 1996).

Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sich der Personalbedarf in der stationären Psychiatrie an verschiedensten Regelungen, Maßstäben, Ist-Erhebungen oder Richtwerten orientiert, wie beispielsweise den Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von 1969 (so genannte „69er Anhaltzahlen“) und 1974 oder dem Rahmenplan „zur psychiatrischen Versorgung im Lande Hessen“ aus dem Jahre 1972 mit späteren Ergänzungen. Den „69er Anhaltzahlen“ lag beispielsweise ein Konzept zu Grunde, wonach sich die Stellenzahl in der stationären Psychiatrie nach der durchschnittlichen Zahl belegter Betten auf Station richten sollte. Dieser Ansatz war zwar in der Umsetzung sehr schnell, einfach und problemlos zu berechnen, führte aber letztendlich zu erheblichen Überkapazitäten an Betten. Anders als die spätere PsychPV, kann diese Art der Personalbemessung, wie auch viele weitere folgende Konzepte, als global bezeichnet werden. Aufgabenbezogene Anhaltspunkte wurden nicht berücksichtigt, wichtig waren nicht die tatsächlichen Gegebenheiten auf Station, sondern Pauschalzahlen. Problematisch war bei dieser Art der Bettenorientierung, dass ein Bettenabbau, wie ihn die Psychiatrie-Enquete vorsah, auch einen Personalabbau mit sich brachte,

weshalb in vielen Häusern die Rehabilitation bzw. Verlegung der Patienten zu Gunsten des Personals unterblieb.

In der Folgezeit (Beginn der 80er Jahre) wurden viele weitere Konzepte erstellt, um den Personalbedarf den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen. Doch alle diese Versuche wiesen letztlich erhebliche Schwächen auf, sie gingen beispielsweise davon aus, dass im Durchschnitt jeder Patient den gleichen Versorgungsaufwand benötigt. Die Weiterentwicklung der verschiedenen psychiatrischen Abteilungen mit Leistungsausweitung wurde genauso wenig berücksichtigt, wie der damit zusammenhängende Aufwand für neue diagnostische und therapeutische Methoden. Als problematisch erwies sich auch die Personalbemessung allein anhand der tatsächlich im Jahresdurchschnitt belegten Betten. Da die Planbetten nicht berücksichtigt wurden, gab es keine Personalreserven für Zeiten der Überbelegung. Die Einrechnung einer Quote von 15% für Urlaub, Krankheit usw. war zwar sehr fortschrittlich, tatsächlich lag dieser Wert zumindest für die Pflege aber bereits bei 20% (Betschel, 2001).

Nach dem wiederholten Scheitern sinnvoller Reformen fühlte sich nun der Gesetzgeber für die Lösung des Problems der Personalausstattung verantwortlich. Am 1.1.1982 wurde die Novellierung des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes erlassen und gleichzeitig erging die Forderung an Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften, zunächst in Selbstverwaltung binnen eines Jahres eine Lösung für das Personalproblem zu finden. Anderenfalls werde die Bundesregierung nach Ablauf dieser Frist eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen. Auf Grund der unterschiedlichen Positionen von gesetzlichen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft, war eine Einigung trotz jahrelanger Verhandlungen nicht möglich. Nachdem die deutsche Krankenhausgesellschaft am 10.12.1985 noch

einseitig ihre Anhaltswerte vorgelegt hatte, stellten beide Verhandlungspartner schließlich im November 1986 das Scheitern ihrer Verhandlungen fest.

Nun stand also die Bundesregierung in der Pflicht eine sinnvolle Regelung für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie zu finden. Zunächst beschloss das eigens für dieses Ziel vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung berufene Fachgremium, sich seinerseits von einer „Expertengruppe für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ beraten zu lassen. Diese Expertengruppe bestand u.a. aus klinischen Beratern, Verwaltungsdirektoren und Pflegedienstleitern psychiatrischer Krankenhäuser, welche die Praxis bzw. deren Missstände kannten. Kernpunkt ihrer Empfehlungen aus dem Jahre 1988, war die Umstellung der bisherigen globalen Personalbemessung auf eine patientenbezogene. Nach verschiedensten Anhörungen resultierte aus diesem Konzept schließlich 1990 die Psychiatrie-Personalverordnung (Auerbach et al., 1996).

Zu den Zielen dieser Verordnung gehörte vor allem die eigentlich bereits in der Psychiatrie-Enquete geforderte Enthospitalisierung. Die Patienten sollten befähigt werden außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sich also wieder in die Gesellschaft einzugliedern (Auerbach et al., 1996). Ähnlich der Psychiatrie-Enquete orientierte sich die Verordnung am Ziel der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung für alle psychisch Kranken. Im Vordergrund stand ein gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz, welches auch chronisch oder schwer psychisch Kranken ermöglichen sollte, ein Leben in der vertrauten Umgebung zu führen. Die stationäre Psychiatrie sollte dabei ein wichtiger Bestandteil sein. Auf dieser Vorstellung basierend ergaben sich wichtige Aufgaben für klinische Therapeuten, so sollte es Patienten und auch ihren Bezugspersonen möglich gemacht werden ihre Erkrankung zu bewältigen, dies nicht zuletzt auch durch die Inanspruchnahme nicht-psychiatrischer Hilfen vor Ort. Genau diese nicht-

psychiatrischen Therapeuten und Helfer vor Ort sollten andererseits wiederum vom stationären Bereich unterstützt und entlastet werden, letztendlich sollte also ein Ansatz der integrierten Versorgung für die Psychiatrie verwirklicht werden.

Die Expertengruppe legte dem neuen Personalbemessungssystem ein mehrdimensionales Krankheitskonzept (Wechselwirkungen von somatischen/hirnorganischen, psychischen/biographischen und sozialen Dimensionen) zugrunde. Um diese vielen Facetten psychischer Erkrankungen bewältigen zu können, wurde ein multiprofessionelles Behandlungsteam gefordert, wie es sich auch in der Expertengruppe selbst widerspiegelte. Wichtig für die Realisierung dieses therapeutischen Konzepts waren bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen (Auerbach et al., 1996).

Die PsychPV gilt sowohl für psychiatrische Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung für eine überschaubare Region, als auch für selbstständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Der sachliche Geltungsbereich umfasst nur den Regeldienst, keine Nachtdienste, keine Bereitschaft außerhalb des Regeldienstes. Auch ärztlicher Konsiliardienst, sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken unterliegen nicht den Anforderungen der PsychPV. Für die optimale Versorgung der oft sehr unterschiedlichen Patienten werden in der PsychPV verschiedene Behandlungsbereiche unterschieden. Zunächst erfolgt eine Unterteilung in Erwachsenenpsychiatrie (§ 4 PsychPV) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (§8 PsychPV). Innerhalb der Systematik der Erwachsenenpsychiatrie wird nach Art der Erkrankung in A = Allgemeine Psychiatrie, S = Abhängigkeitskranke, sowie G = Gerontopsychiatrie und innerhalb dieser Aufspaltung nochmals nach Intensität der Behandlung bzw. Behandlungszielen und Behandlungsmitteln (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, Langdauernde Behandlung Schwer-

und Mehrfachkranker, Psychotherapie, Tagesklinische Behandlung) aufgegliedert. So entstehen für die Erwachsenenpsychiatrie insgesamt 18 Behandlungskategorien:

A Allgemeine Psychiatrie	S Abhängigkeitskranke	G Gerontopsychiatrie
A1 Regelbehandlung	S1 Regelbehandlung	G1 Regelbehandlung
A2 Intensivbehandlung	S2 Intensivbehandlung	G2 Intensivbehandlung
A3 Rehabilitative Behandlung	S3 Rehabilitative Behandlung	G3 Rehabilitative Behandlung
A4 Langdauernde Behandlung Schwer -u. Mehrfachkranker	S4 Langdauernde Behandlung Schwer -u. Mehrfachkranker	G4 Langdauernde Behandlung Schwer -u. Mehrfachkranker
A5 Psychotherapie	S5 Psychotherapie	G5 Psychotherapie
A6 Tagesklinische Behandlung	S6 Tagesklinische Behandlung	G6 Tagesklinische Behandlung

Tabelle 1: Behandlungsbereiche der PsychPV

Gelten sollte die PsychPV für folgende Berufsgruppen:

- Ärzte (Stationsärzte, Oberärzte)
- Krankenpflegepersonal, Erziehungsdienst
- Diplom-Psychologen
- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten,
Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen
- Sprachheiltherapeuten, Logopäden

Nur für diese Gruppen wurden Regelaufgaben für die Tätigkeit in der stationären Psychiatrie definiert, dabei wurde nochmals unterteilt in Grundversorgung, einzelfallbezogene Behandlung, gruppenbezogene Behandlung, sowie mittelbar patientenbezogene Behandlung.

Die Anzahl der Personalstellen wird nun nach folgendem Prinzip ermittelt: die Tätigkeitsinhalte der oben genannten Regelaufgaben sind jeweils mit Zeitwerten

versehen. Diese Werte wurden von der Expertengruppe ausgearbeitet und geben die nach ihrer eigenen Erfahrung notwendigen Minuten für die einzelnen Tätigkeiten wieder. Durch die unterschiedlichen Minutenwerte werden die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Anforderungen innerhalb der einzelnen Bereiche (z.B. Intensivbehandlung vs. Psychotherapie) berücksichtigt. Für die Berechnung der Personalstellen wird zusätzlich noch die Patientenzahl je Behandlungsbereich berücksichtigt. Dabei wird ein normativer Minutenwert je Patient und Woche vorgegeben. Die Anzahl der Patienten in den Behandlungsbereichen wird aus jährlich vier Stichtagserhebungen errechnet. Schließlich werden diese Minutenwerte in Personalstellen umgerechnet. Zusammenfassend wird die Anzahl der Personalstellen also nach folgender Formel berechnet: $\text{Personalstelle} = \frac{\text{Minutenwert} / \text{Woche} \times \text{durchschnittliche Zahl der Patienten}}{\text{effektive Arbeitszeit} / \text{Woche}}$. Im Bereich der Pflege wird zu den errechneten Minutenwerten zusätzlich noch ein Sockelwert addiert, der sich an der Stationsgröße orientiert und einen Anreiz zur Verkleinerung der Stationen schafft (Auerbach et al. 1996).

Als Ziele der Umsetzung der PsychPV definiert die Expertenkommission:

Erstens, verstärkte Teamarbeit aller an der klinischen Behandlung beteiligten Therapeuten, sowie regionale Kooperation mit den in der Region vorhandenen, medizinischen, rehabilitativen und komplementären Einrichtungen und Diensten. Zweitens, trotz der Stationsgliederung, die dem Krankenhaus selbst überlassen bleibt, eine therapeutische Kontinuität für den Patienten über verschiedene Krankheitsphasen hinweg. Drittens, Schaffung eines Impulses für die Konvergenz der Entwicklung. Die PsychPV soll klinische Psychiatrie unabhängig davon beschreiben, ob sie in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Abteilung stattfindet. Viertens, stärkere Betonung der Versorgungspflicht, eine überschaubare Region soll als Bezugspunkt für ein

psychiatrisches Krankenhaus in den Vordergrund gerückt werden. Durch die zusätzliche Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sollten darüber hinaus zu große Einzugsgebiete noch verkleinert werden. Mit der Definition eigener Kategorien werden, fünftens, neue Behandlungsschwerpunkte in den Bereichen Psychotherapie und rehabilitativer Behandlung gesetzt. Wie bereits oben angesprochen, liegt in der Berechnung der Pflegekräfte nach PsychPV ein Anreiz zur Verkleinerung der Stationen. So sollte, sechstens, wie mit verschiedenen anderen Ansätzen wie z.B. der Aufforderung an die Länder die Personalausstattung mit einer möglichst niedrigen Bettenmessziffer zu verknüpfen, eine weitere Enthospitalisierung vorangetrieben werden. Schließlich zielte die Verordnung darauf ab, 6500 neue Stellen zu schaffen und die Attraktivität der einzelnen Berufsfelder in der Psychiatrie zu erhöhen. Kurz gefasst, die Versorgung psychisch kranker Menschen sollte deutlich verbessert werden.

1.3 Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren

Einer der größten Einschnitte sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich stellt das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahre 1993 dar. Beim GSG handelt es sich um eine Sammelbezeichnung für eine Kombination aus kurzfristigen Einsparungen und langfristigen Strukturveränderungen, welche als Reformpaket im Jahr 1992 verabschiedet und zum 1. Januar 1993 in Kraft traten (Jeschke & Hailer, 1994). Wie viele weitere bis heute durchgeführte Reformen im Gesundheitssystem zielte auch das GSG darauf ab, die Einnahmen und Ausgabensituation der GKV zu verbessern. Dabei sollten einerseits die aus einer zunehmenden Arbeitslosigkeit bzw. dem damit verbundenen Absinken der Lohnquote resultierende Erhöhung der Beitragssätze der Krankenkassen verhindert, andererseits aber auch die defizitäre

Finanzentwicklung im Bereich der Krankenkassen gebremst werden (Jeschke & Hailer, 1994).

Zu den wichtigsten Neuerungen des GSG zählt unter anderem die Einführung einer Budgetierung der Ausgaben sowohl für Krankenhausleistungen, als auch bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung bei gleichzeitiger Einführung eines Kollektivregress, also der Haftung der Ärzte bei Budgetüberschreitung. Innerhalb der Krankenhäuser wurde darüber hinaus das Selbstkostendeckungsprinzip aufgehoben und für die somatischen Fachdisziplinen ein neues Entgeltsystems mit Fallpauschalen und Sonderentgelten eingeführt (AOK, 2005). Auf Grund der angesprochenen Budgetierung stand den Krankenhäusern ab diesem Zeitpunkt nur noch ein festgelegtes Budget für ihre Leistungen zu Verfügung, was im weiteren Verlauf zu erheblichen Sparmaßnahmen nicht zuletzt im Personalsektor führte (Schmidt, 2001). Durch die Notbremse des GSG betrug der Überschuss der Krankenkassen im Jahre 1993 mehr als 10 Milliarden Mark (5,32 Milliarden €). Zwei Jahre nach Einführung des GSG verzeichneten die Krankenkassen auf Grund der konjunkturellen Entwicklung, der steigenden Arbeitslosigkeit und auslaufender Budgetierungen jedoch bereits wieder ein Minus von 3,55 Milliarden €. Da auch der Beitragssatz seit 1995 wieder stieg, waren weitere Reformen nötig (AOK, 2005).

So kamen 1997 das erste und das zweite Neuordnungsgesetz (NOG) zur Gesetzlichen Krankenversicherung hinzu, auch als 3. Stufe der Gesundheitsreform bezeichnet.

Trotz der Veränderungen der NOGs war jedoch vor allem die Finanzierung der Krankenhäuser weiterhin nicht gesichert, am 19. November 1997 erhielten sogar alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung per Post die Aufforderung, 20 DM als Krankenhausnotopfer zur Deckung der Kosten für die Instandhaltung der Krankenhäuser zu zahlen (Schmidt, 2001).

Nach dem Regierungswechsel 1998 wurde Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) Bundesgesundheitsministerin. Die Regierung Schröder versuchte das Problem der Krankenhausfinanzierung mittels einer neuen Vergütungsstruktur, den sogenannten DRGs (=Diagnosis related groups) zu lösen. Durch die Einführung der DRGs sollte zunächst ein Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer geschaffen und so wiederum Wirtschaftlichkeitsreserven in der medizinischen Versorgung zu erschlossen werden. Ziel war also nicht mehr, wie in der Vergangenheit, Wirtschaftlichkeit durch Mengenexpansion sondern, ganz im Gegenteil durch Leistungsminimierung (Gerlinger, 2003).

Auf Grund massiver Kritik vor allem von Seiten der Vertragsärzte, die darin eine Einschränkung der Verordnungsfreiheit sahen, wurde in diesem Zeitraum auch die Arzneimittelbudgetierung und insbesondere die Haftung der Ärzte bei Überschreitung des Budgets (= Kollektivregress) wieder aufgehoben. Anstelle der Budgetierung trat eine von einer Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen zu vereinbarende Obergrenze für Arzneimittelausgaben. Bei dieser Obergrenze sollten sowohl Versorgungs-, als auch Wirtschaftlichkeitsziele berücksichtigt werden (Gerlinger, 2003).

Da die Finanzierung des Gesundheitssystems bzw. der Krankenkassen jedoch auch weiterhin nicht gewährleistet war, wurde am 26. September 2003 eine weitere Gesundheitsreform vom Bundestag verabschiedet. Neben vielen anderen Punkten enthielt diese Reform das Prinzip der integrierten Versorgung, mit dem Ziel stationäre und ambulante Versorgungsstrukturen näher zusammenzuführen.

Diese kurze Darstellung der Veränderungen im Gesundheitssektor in den letzten Jahren zeigt, dass der Spielraum für Leistungen im stationären Bereich vor allem hinsichtlich der Finanzierung immer mehr eingeschränkt wurde bzw. wird. Kostensenkung und Einsparungen sind Schlagwörter im klinischen Bereich.

Gleichzeitig kommt es aber zu einem kontinuierlichen Anstieg der Kosten in den Kliniken, hier vor allem im Personalbereich. Dieser stellt allgemein den kostenintensivsten Posten in der Bilanz der Krankenhäuser dar. So entfielen beispielsweise 2003 durchschnittlich 66% (DKG, 2003) der laufenden Kosten in deutschen Krankenhäusern auf das Personal. In Bayern waren in diesem Zeitraum über 152.000 Menschen in Krankenhäusern beschäftigt. Vom Gesamtbudget von über 7,5 Mrd. € für bayerische Krankenhäuser verbrauchte dieser Posten 5,5 Mrd. € (bayerische Krankenhausgesellschaft, 2004). Allein in den Jahren 1999 und 2000 ergab sich ein Anstieg der Personalkosten deutscher Krankenhäuser von durchschnittlich 2,57% pro Jahr (deutsches Krankenhausinstitut, 2000). Da die Personalkosten den größten Posten der Gesamtkosten ausmachen, erscheint es logisch, dass bei Sparmaßnahmen meist sehr schnell im Personalbereich angesetzt wird.

Seit 1999 wird deutschlandweit immer mehr Personal abgebaut. Im Krankenhausbarometer, einer repräsentativen Umfrage in deutschen Krankenhäusern, gaben 42% der Krankenhäuser an, 1999 und auch im 1. Halbjahr 2000 Stellen abgebaut zu haben. Als Grund für diese Maßnahme wurde von rund 68% der Befragten eine unzureichende Refinanzierung der Personalkosten genannt (deutsches Krankenhausinstitut, 2000). Gleichzeitig wurden auch freie Stellen nicht neu besetzt, so wurden 1999 bzw. im ersten Halbjahr 2000 in 55% der Krankenhäuser offene Stellen zumindest zeitweise nicht besetzt. Als Hauptgrund für diese Maßnahme nennen 58% der Krankenhäuser wiederum eine unzureichende Refinanzierung der Personalkosten. Dieser Trend setzt sich weiter fort, im Jahr 2002 war wiederum in 42% der untersuchten Krankenhäuser, allerdings nur in Krankenhäusern zwischen 100 und 300 Betten, Personal entlassen worden (deutsches Krankenhausinstitut, 2002). Besonders drastisch zeigt sich die Tendenz

offene Stellen nicht zu besetzen für den ärztlichen Dienst im Jahr 2002. Für diesen Zeitraum geben 49% der Krankenhäuser an, offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht neu besetzen zu können. 2003 war die Tendenz zur Verringerung des Personalbestandes in 53% der Krankenhäuser in den alten, sowie 36% der Häuser in den neuen Bundesländern zu beobachten. Nach Umrechnung auf die Grundgesamtheit ergibt sich, dass allein im ersten Halbjahr 2003 gut 8700 Vollkraft-Stellen abgebaut wurden, wiederum waren diese Maßnahmen notwendig geworden um Budgetunterdeckungen zu vermeiden bzw. zu reduzieren (deutsches Krankenhausinstitut, 2003). Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen konnte von seit 2003 bis 2009 nach § 6 Abs. 5 Bundespflegesatzverordnung ein zusätzlicher Betrag für die Personalkosten in Höhe von bis zu 0,2% von den Kostenträgern bezogen werden. Um diesen zusätzlichen Betrag zu erhalten musste das Krankenhaus nachweisen können, dass es Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gab, welche zwar eine Verbesserung der Arbeitszeit zur Folge haben, durch die aber höhere Personalkosten entstehen. Bereits in den Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 2003 hatten 60% der in das Krankenhausbarometer miteinbezogenen Häuser diesen Betrag geltend gemacht (deutsches Krankenhausinstitut, 2003). Im Jahr 2004 hatten bereits 75,2% der Krankenhäuser Anspruch auf diesen Betrag. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass noch nicht alle Häuser zum Erhebungszeitpunkt Entgeltverhandlungen geführt hatten, wurden sogar Schätzungen von 86,5% angegeben (deutsches Krankenhausinstitut, 2004). Was vermuten lässt, dass auch in diesem Zeitraum die Personalkosten gestiegen sind.

Auch 2004 waren wiederum bei einer Vielzahl von Krankenhäusern Maßnahmen im Personalbereich nötig, um eine Budgetunterdeckung zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Dazu wurden in 50 – 60% der Krankenhäuser ab 100 Betten Personal

abgebaut und gleichzeitig auch wieder freie Stellen nicht neu besetzt. So wurden allein im ersten Halbjahr 2004 etwa 8100 Vollkraftstellen abgebaut (deutsches Krankenhausinstitut, 2004). Aus diesen Zahlen wird klar, dass teilweise auf den Stationen nur noch die Hälfte des ursprünglichen Personals vorhanden ist, die Arbeitsbelastung aber gleichzeitig nicht abgenommen hat. Auf Grund seit Jahren sinkender Verweildauern bei gleichzeitig steigender Fallzahl, d.h. mehr Entlassungen und damit z.B. auch mehr Arztbriefe, sowie durch die zunehmende Verpflichtung zur Dokumentation und Veränderungen im Bereich der Administration ist sogar eher eine Zunahme der Arbeitsbelastung zu verzeichnen.

In der stationären Psychiatrie spiegeln sich in der Arbeitsbelastung darüber hinaus auch die Auswirkungen einer immer stärkeren Zunahme psychiatrischer Erkrankungen. Nach Angabe der WHO waren Depressionen 2001 die weltweit führende Ursache für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (YLLs = years of life lived with disability). In den Top-Ten der YLLs befanden sich darüber hinaus Alkoholkrankungen, Schizophrenien und bipolare Erkrankungen. In Deutschland zeigte der Bundes-Gesundheitssurvey, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen, gemeint ist damit die Anzahl der Personen, die im Laufe von 12 Monaten eine ICD-10 Diagnose aufweisen, 31 Prozent beträgt (Berger, 2005). Im psychiatrischen Bereich kommt also zur relativen Zunahme der Arbeitsbelastung durch höhere Fallzahlen, kürzere Verweildauern und vor allem auch weniger Personal eine absolute Zunahme der Belastung durch zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen hinzu.

1.4. Fazit: Anliegen und Ziele der Untersuchung

In den letzten 15 Jahren, also bereits in der Zeit nach Einführung der PsychPV hat das Krankenhaussystem allgemein aber auch speziell die Psychiatrie grundlegende

Veränderungen durchgemacht. Als Auswirkung dieser Veränderungen lässt sich vermuten, dass sich die Inhalte ärztlicher Tätigkeiten auf Station auf Grund von Sparmaßnahmen, weniger Personal, erhöhten Fallzahlen, vermehrter Dokumentation und Administration stark verändert haben. Gleichzeitig folgt die Personalbemessung immer noch hauptsächlich den Auflagen und Zeitvorgaben für einzelne Tätigkeiten der PsychPV aus dem Jahre 1990 (Auerbach et al., 1996). Angesichts der Veränderungen im Gesundheitssystem in den letzten 15 Jahren erscheint es also sinnvoll die von ihr formulierten Tätigkeitsprofile zu überprüfen. Zur momentanen Bestandsaufnahme könnte hier eine Tätigkeitsanalyse der Stationsärzte in psychiatrischen Kliniken dienen. Während dieses Verfahren im privatwirtschaftlichen Sektor durchaus üblich ist, um die Allokation von personellen und finanziellen Mitteln bedarfsgerecht zu steuern und damit letztendlich wirtschaftlich zu arbeiten, ist diese Vorgehensweise im Kliniksektor kaum verbreitet. Neben der Darstellung der Tätigkeiten eines psychiatrischen Arztes auf Station kann mit einem derartigen Verfahren gleichzeitig auch der Zeitaufwand für die einzelnen Tätigkeiten überprüft werden. Auch hinsichtlich der in der PsychPV für die einzelnen Kategorien veranschlagten Zeitwerte sind Veränderungen, nicht zuletzt auf Grund von zusätzlichen Diensten, Veränderungen in der Weiterbildung zum Facharzt oder neuer Arbeitsbereiche wie der Ambulanztätigkeit, wahrscheinlich. In diesem Zusammenhang könnte eine Tätigkeitsanalyse auch prüfen, wie viel Zeit tatsächlich für Stationstätigkeit zur Verfügung steht.

Insgesamt erscheint eine Tätigkeitsanalyse unter dem Aspekt neuer Aufgaben und Anforderungen an die stationär psychiatrische Tätigkeit sowie hinsichtlich einer Weiterentwicklung der PsychPV als Instrument der Personalbemessung unumgänglich.

2. Methodik

2.1 Untersuchte Kliniken und Stationen

Die vorliegende Tätigkeitsanalyse wurde an insgesamt 4 psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern durchgeführt. In jeder Klinik wurden die Daten von vier Stationen bzw. vier Stationsärzten erhoben, insgesamt liegen also Daten von 16 Stationen vor. Bei diesen 16 Stationen handelte es sich um 4 geschlossen geführte psychiatrische Intensivstationen und 12 offen geführte Stationen. Untersucht wurden nur allgemeinpsychiatrisch ausgerichtete Akutstationen, ohne suchtttherapeutische, spezifische psychosomatische oder psychotherapeutische Stationen oder gerontopsychiatrische Einheiten. Um eine repräsentative Analyse der ärztlichen Tätigkeiten zu erreichen, erfolgte die Auswertung der erhobenen Daten jeweils unter Bezug auf eine „mittlere repräsentative Durchschnittsstation“. Die Kenndaten dieser Station wurden rechnerisch durch die entsprechend der Bettenzahl gewichtete Berücksichtigung der untersuchten Einzelstationen ermittelt. Einen Überblick über die Kenndaten der „mittleren repräsentativen Durchschnittsstation“ im Erhebungszeitraum gibt Tabelle 2.

Kenndaten	Mittelwert
Bettenzahl	23,9
Belegung im Erhebungszeitraum	94,5%
Belegung im Jahresschnitt	96,4%
durchschnittliche Anzahl Visiten pro Woche (inklusive Kurve)	3,0
Anzahl ärztlicher Bereitschaftsdienste pro Monat und Arzt	3,2

Tabelle 2: Kenndaten der durchschnittlichen Station im Erhebungszeitraum

Neben den oben angeführten Kenndaten wurden an einem festgesetzten Stichtag zusätzlich die Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 (WHO, 1991) sowie die

Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen PsychPV- Behandlungskategorien (Auerbach, 1996) ermittelt. Einen Überblick über die Verteilung dieser Daten liefern Tabelle 3 und 4.

Diagnosen	Anteil in Prozent
F20 = Schizophrenie	42,0%
F30 = Affektive Störungen	35,0%
F40 = Neurotische Störungen	6,5%
F60 = Persönlichkeitsstörungen	10,0%
Sonstige	6,5%

Tabelle 3: durchschnittliche Diagnosenverteilung nach ICD-10

PsychPV- Behandlungsbereiche	Anzahl der Patienten	Prozent der Patienten
A1 Regelbehandlung	229,0	63,4%
A2 Intensivbehandlung	87,0	24,1%
A5 Psychotherapie	35,0	9,7%
Sonstige	10,0	2,8%

Tabelle 4: Verteilung der Patienten nach PsychPV-Behandlungskategorien

Die Zuordnung der einzelnen Patienten zu einem der PsychPV-Behandlungsbereiche am Stichtag wurde dabei vom beobachteten Stationsarzt selbst vorgenommen. Anhand der Vorgaben der PsychPV Materialien „Regelaufgaben Ärzte im Stationsdienst“ (Auerbach, 1996) wurden für die einzelnen Tätigkeiten die Zeitwerte nach PsychPV berechnet.

2.2 Tätigkeitsanalyse/ Erhebung der Zeitwerte

Die für die Berechnung der realen Zeitwerte nötigen Daten wurden von 4 Ratern erhoben, welche jeweils einen Arzt eine Woche lang beobachteten und seine Tätigkeiten minutengenau protokollierten. Alle Rater waren Studenten der Psychologie aus höheren Semestern, welche bereits mehrmonatige Praktika in psychiatrischen Kliniken absolviert hatten. Für die minutengenaue Erhebung der Tätigkeiten auf Station wurde ein spezieller Protokollbogen erstellt (siehe Anhang 1). In der Woche vor Beginn der Erhebung erfolgte ein zweitägiges Ratertraining, bei dem die Studenten mit dem Studienprotokoll vertraut gemacht wurden und in der Zuordnung einzelner Tätigkeiten zu den PsychPV-Kategorien geschult wurden. Gleichzeitig wurde der für die Studie verwendete Protokollbogen eingeführt und erläutert.

Vor Beginn des Arbeitstages wurden jeweils die genau für diesen Tag aktuellen Kenndaten der Station (Zahl der anwesenden Ärzte und Psychologen am Erhebungstag) erfragt, um sie mit den allgemeinen Daten (Ärzte nach Personalplan usw.) vergleichen zu können. Der Erhebungsbogen selbst orientierte sich an den PsychPV-Materialien „Ärzte im Stationsdienst“. Entsprechend umfasste er die vier Oberkategorien der PsychPV (1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung; 2. Einzelfallbezogene Behandlung; 3. Gruppentherapie; 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten) und auch die Tätigkeiten innerhalb der Kategorien wurden in Anlehnung an die PsychPV formuliert. Um die Zuordnung einzelner Tätigkeiten zu erleichtern, wurden einzelne PsychPV-Kategorien noch weiter untergliedert. Zusätzlich enthielt der Protokollbogen verschiedene Arbeitsbereiche, die zwar der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, aber nicht eindeutig innerhalb der PsychPV zu kategorisieren sind (z.B. Wegezeiten) und auch Tätigkeiten außerhalb der PsychPV (Ambulanztätigkeit, Wissenschaft und Lehre, z.B. Famuli anleiten). Diese

Zusatzkategorien wurden unter einer fünften Oberkategorie (Sonstiges) subsumiert. Auf der den einzelnen Tätigkeiten angegliederten Zeitleiste, konnten die Rater während des Arbeitstages des Stationsarztes minutengenau die aktuelle Tätigkeit des zu beobachtenden Arztes protokollieren. Zusätzlich wurden von den Ratern jeweils am Mittwoch jeder Beobachtungswoche verschiedene Basisdaten sowie eine Diagnosenstatistik erhoben (siehe Anhang 2). Die Basisdaten umfassten die Kenndaten der Station (Bettenzahl; Zahl der Ärzte, Psychologen; Sozialarbeiter, Pflegekräfte nach Personalplan; Verweildauer; Belegung; Zahl der Visiten pro Woche; Zahl der Dienste pro Monat u.a.) und beinhalteten Fragen zur Person für den Stationsarzt (Geschlecht, Alter, wie lange in der Psychiatrie tätig, Stand der Facharztausbildung, Zahl der Weiterbildungsveranstaltungen in den letzten 12 Monaten u.a.). Für die Auswertung wurde zusätzlich die Zahl der Fortbildungsveranstaltungen durch Analyse der Weiterbildungskataloge berechnet. Mittels der Diagnosestatistik erfolgte die Erhebung der auf Station vorliegenden Hauptdiagnosen, zusätzlich sollten die Stationsärzte ihre Patienten auch den einzelnen PsychPV-Behandlungsbereichen (A1-A6) zuordnen.

2.3 Analyse im Einzelnen

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programmpaketes SPSS 12.0 für Windows (SPSS, 2003). Zunächst wurden für jeden Tag die Summen der einzelnen Tätigkeiten berechnet. Die Tätigkeiten wurden dann jeweils pro Woche und pro Rater als Summen zusammengefasst und auf die durchschnittliche Einzelstation bezogen, deren Kenndaten Tabelle 2 zeigt. Zusätzlich zu der Auswertung der Einzelstationen erfolgte nochmals eine weitere Aggregation der Daten zur so genannten Gesamtstation, dabei wurden die Werte eines Tätigkeitsbereichs (z.B. Aufnahme) nochmals summiert. Die Daten der Einzelstationen und der Gesamtstation erhielten

anschließend die gleiche Auswertung. Zunächst erfolgte die Berechnung der Realzeiten, also der tatsächlich beobachteten Zeiten in PsychPV-Kategorien. Wie bereits erwähnt, waren einige PsychPV-Kategorien zur besseren Zuordenbarkeit in kleinere Einheiten unterteilt worden, welche entsprechend der PsychPV-Kategorien wieder addiert wurden. Nach Addition der für die Unterkategorien beobachteten Zeitwerte ergaben sich damit die beobachteten Realwerte. Tätigkeiten außerhalb der PsychPV (Wissenschaft und Lehre, Ambulanz) wurden nicht berücksichtigt. Die absoluten Zeitwerte wurden im nächsten Schritt durch Division durch die gesamte erhobene Zeit auch noch anteilmäßig in Relativwerte umgerechnet. Die theoretischen Zeitwerte gemäß PsychPV wurden mittels der PsychPV Materialien „Ärzte im Stationsdienst“ berechnet. Diese Zeitwerte wurden jeweils entsprechend der von den Stationsärzten angegebenen Zuordnung ihrer Patienten zu PsychPV-Behandlungsbereichen (A1-A6) anteilmäßig umgerechnet und durch 18 geteilt, da sich die Zeitwerte in den PsychPV-Materialien immer auf eine Station mit 18 Patienten beziehen. Auch für diese Werte erfolgte eine Umlegung in anteilmäßige Relativwerte durch Division durch die theoretische PsychPV-Gesamtzeit. Zur Gegenüberstellung der Realwerte mit den theoretischen PsychPV-Werten mussten die Realwerte, die sich ja nur auf einen beobachteten Arzt bezogen, auf alle Stationsärzte im Erhebungszeitraum umgerechnet werden. Viele Kliniken beziehen bei ihren Berechnungen der realen Arbeitszeit die Multiplikation mit einem Korrekturfaktor von 0,78 ein, um die Abwesenheit auf Grund von Fortbildung, Urlaub oder Krankheit für den einzelnen Arzt zu berücksichtigen. Da die von uns erhobenen Daten eine durchschnittliche Abwesenheit der beobachteten Ärzte von 22% bestätigten, wurde auch für die der Studie zugrunde liegenden Daten dieser Korrekturfaktor von 0,78 verwendet. Durch Multiplikation der Realwerte in PsychPV-Kategorien mit der Zahl der Ärzte auf Station gemäß Personalplan und mit dem

Korrekturfaktor wurden die Idealwerte als Pendant zu den theoretischen PsychPV-Werten berechnet. Um die Daten anschaulicher zu gestalten, erfolgte des Weiteren nur aus den Daten der Gesamtstation noch die Gegenüberstellung der Daten nach Patientenbezug. Für diese Einteilung wurden die Einzelitems nach PsychPV entsprechend ihrem Patientenbezug fünf Oberkategorien zugeordnet: 1. Aufnahme und Therapieplanung, 2. Behandlung im direkten Patientenkontakt, 3. indirekte Behandlung, 4. Dokumentation und Administration, sowie 5. Fortbildung. Die Zuordnung der Einzelitems zeigt Tabelle 5.

Aufnahme und Therapieplanung	Behandlung im direkten Patientenkontakt	Indirekte Behandlung	Dokumentation und Administration	Fortbildung
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufnahme und Therapieplanung x 0,85 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oberarztvisite x 0,5 ➤ Visiten/ Verlaufsuntersuchungen x 0,75 ➤ Einzeltherapie-Sitzungen ➤ Krisenintervention ➤ Familiengespräche ➤ Gruppentherapie-Sitzungen ➤ Stationsversammlungen ➤ Angehörigengruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oberarztvisite x 0,5 ➤ Visiten/ Verlaufsuntersuchungen x 0,25 ➤ Informationsaustausch ➤ Ärzte/ Psych.-Konferenzen ➤ Therapiekonferenzen ➤ Außenkontakte ➤ Sonstiges 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation ➤ Administration ➤ Unterbringung ➤ Konzeptbesprechungen im Team ➤ Aufnahme und Therapieplanung x 0,15 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fort- und weiterbildung

Tabelle 5: Zuordnung der Einzelitems gemäss PsychPV nach direktem/indirektem Patientenkontakt

Wie Tabelle 5 zu entnehmen wurden einige Psych-PV-Kategorien anteilig verschiedenen Oberkategorien zugeordnet, so kann die Aufnahme und Therapieplanung eines Patienten nicht zu 100% der entsprechenden Oberkategorie zugeschrieben werden, da nach der Aufnahme des Patienten, diese auch noch entsprechend dokumentiert werden muss (Dokumentation und Administration). In den von uns ausgewählten Kliniken fand durchschnittlich eine OA-Visite pro Woche am Patienten und eine OA-Visite pro Woche als Kurvenvisite statt, so dass wir die für diese Kategorie veranschlagte Zeit jeweils zur Hälfte dem direkten und indirekten Patientenkontakt zuordneten. Auch die Kategorie Visiten/ Verlaufsuntersuchungen wurde anteilig zugerechnet, da auch in diese Kategorie z.B. die Kurvenvisite fällt und damit Tätigkeiten im indirekten Patientenkontakt subsumiert werden.

Als letzter Schritt erfolgte die Berechnung der zeitlichen Verteilung der Tätigkeiten pro Arzt und danach pro Patient. Für den Arzt wurde also dargestellt, wie viel Zeit er pro Woche auf die einzelnen Tätigkeiten verwendet bzw. verwenden kann. Dazu wurden die einzelnen Tätigkeiten aus der Gesamtstation jeweils durch 16 (16 Ärzte) geteilt. Dieser Wert wurde im Folgenden auch auf den einzelnen Patienten umgerechnet, um zu klären wie viel Zeit innerhalb der einzelnen Tätigkeiten, beispielsweise der Visite, durchschnittlich für einen Patienten aufgewendet wird. Das folgende Flussdiagramm veranschaulicht nochmals die Berechnung der Ergebnisse.

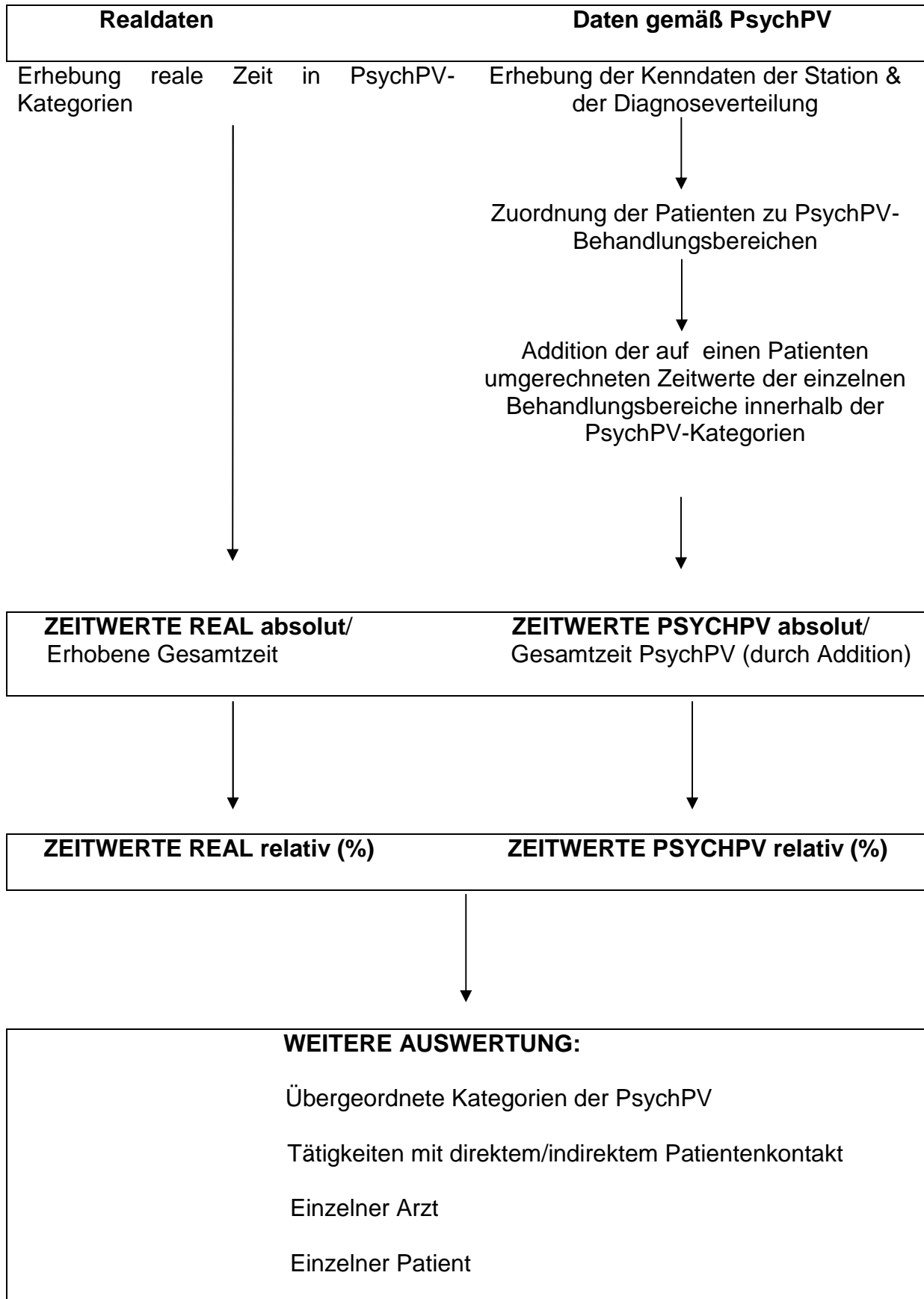


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Berechnung der Ergebnisse

3. Ergebnisse

3.1 Gegenüberstellung von Stationsbesetzung und der Verweildauer real und gemäß PsychPV

Um die Unterschiede zwischen Vorgaben der PsychPV und den real erhobenen Daten bei Stationsbesetzung und Verweildauer abschätzen zu können im Folgenden zunächst eine Gegenüberstellung der genannten Größen.

	Berechnung gemäß PsychPV	Erhobene Daten
Stationsärzte	2,33 Ärzte	1,91 Ärzte
Mittlere Verweildauer	44,8 Tage	31,1 Tage

Tabelle 6: Vergleich Stationsbesetzung und Verweildauer im Erhebungszeitraum

Die erhobenen Daten zeigen, dass die durchschnittliche Station im Erhebungszeitraum gegenüber den Vorgaben der PsychPV minderbesetzt war. Darüber hinaus ist die mittlere Verweildauer mit 31,1 Tagen deutlich niedriger als in den Zeitwerten der PsychPV zu Grunde gelegt wird. Dies bildet den massiven Verweildauerrückgang und die Fallzahlsteigerung seit Einführung der PsychPV ab.

3.2 Analyse der effektiv zur Verfügung stehenden Zeiten – PsychPV-Erfüllungsgrad

Als Ausgangspunkt für alle weiteren Auswertungen wurde die Arbeitszeit in PsychPV-Kategorien bzw. Anzahl der Ärzte nach Vorgaben der PsychPV und dazu im Vergleich die entsprechenden Parameter aus den erhobenen Daten berechnet.

Die in der Studie beobachteten Ärzte arbeiteten im Erhebungszeitraum im Mittel 41,1 Stunden. Nicht berücksichtigt wurden dabei Tätigkeiten, welche als Nebentätigkeiten einzuordnen sind, wie etwa die Erstellung von Gutachten, Lehrtätigkeit an einer assoziierten Krankenpflegeschule und Vortragstätigkeiten.

Von den erhobenen 41,1 Stunden werden wiederum 37,6 Stunden mit Tätigkeiten im Rahmen der PsychPV und 3,5 Stunden mit PsychPV-fremden Tätigkeiten, wie Arbeit in der Institutsambulanz oder in geringerem Ausmaß Forschung und Lehre, verbracht. Abbildung 2 stellt diese Verteilung grafisch dar.

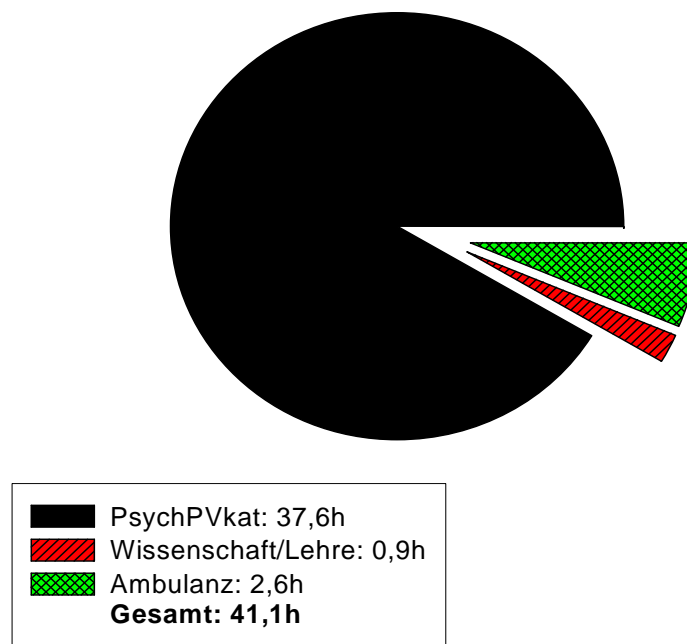


Abbildung 2: Unterteilung der Wochenarbeitszeit in PsychPV und NichtPsychPV-Kategorien

Im Rahmen der Auswertung wurde unterschieden zwischen realer Gesamtarbeitszeit und idealer Gesamtarbeitszeit aller Ärzte auf der Durchschnittsstation. Diese Größen unterscheiden sich insofern, als bei der realen Gesamtarbeitszeit die tatsächlich beobachtete Arbeitszeit als Grundlage der Berechnung verwendet wurde, bei der idealen Gesamtarbeitszeit dagegen eine 38,5 Stunden Woche.

Hinsichtlich des bereits angesprochenen Korrekturfaktors für die durchschnittliche Abwesenheit des Stationsarztes, können verschiedene Methoden der Berechnung herangezogen werden, die letztlich auch zu unterschiedlichen PsychPV-Erfüllungsgraden führen. Wie bereits erwähnt, verwenden viele Kliniken eine pauschalierte durchschnittliche Abwesenheitsquote von 22% für Urlaub, Krankheit

und Fortbildung bei der Berechnung der Arbeitszeit. Diese Abwesenheitsquote spiegelte sich auch in den von uns erhobenen Daten wieder (Abwesenheit von 21,8% im Beobachtungszeitraum). Bei einer tariflichen Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden und einer Abwesenheitsquote von 22% lässt sich für die den Analysen zu Grunde liegende Durchschnittsstation ein Erfüllungsgrad der PsychPV-Vorgaben im ärztlichen Dienst von 82% berechnen. Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich, dass unter Berücksichtigung des Weiterbildungskataloges zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die tatsächliche ärztliche Abwesenheit für Weiterbildungsassistenten deutlich höher ausfällt. Tabelle 7 zeigt die ermittelte ärztliche Abwesenheit auf Station für das Jahr 2005.

Grund der Abwesenheit	Abwesenheitstage
Urlaub	30,0
Krankheitstage	6,0
Dienste	36,0
Facharztweiterbildung (Seminare/Kurse nach zum Erhebungszeitpunkt geltender Weiterbildungsordnung))	21,0
Summe	93,0 (37,0% der Jahresarbeitszeit)

Tabelle 7: ermittelte ärztliche Abwesenheit auf Station 2005 (nur Weiterbildungsassistenten)

Für einen durchschnittlichen Weiterbildungsassistenten ergibt sich so bei einer durchschnittlichen Abwesenheit von 37% ein Korrekturfaktor von 0,63. Bei den dargestellten Erfüllungsgraden wurde von einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit auf Station von 38,5h als tarifliche Arbeitszeit zum Erhebungszeitpunkt ausgegangen. Wie oben dargestellt, zeigte die vorliegende Studie, dass ein Teil der ärztlichen Arbeitszeit mit PsychPV-fremden Tätigkeiten, wie Ambulanz oder

Wissenschaft und Lehre verbracht wird, damit fällt auch die Arbeitszeit in PsychPV-Kategorien absolut geringer aus als 38,5h.

Unter Berücksichtigung dieser realen Arbeitszeit (weniger als 38,5h) ergibt sich bei 22% Abwesenheit ein PsychPV-Erfüllungsgrad von 82%, bei 37% Abwesenheit noch ein Erfüllungsgrad der PsychPV von 66%.

Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 38,5h sieht die PsychPV für die ermittelte Modellstation eine ärztliche Stationsbesetzung von 2,33 Stellen vor. Dies war im Erhebungszeitraum nicht erfüllt. Die tatsächliche ärztliche Besetzung lag bei 1,91 Stellen. Unter Berücksichtigung dieser Minderbesetzung reduziert sich realer und idealer Erfüllungsgrad nochmals. Eine Darstellung der beschriebenen Größen liefert die Tabelle 8.

VK Ärzte/ Wochenstd./ Abwesenheits- quote	Ärztliche Arbeitszeit pro Woche (Durchschnittstation)	Erfüllungsgrad PsychPV	Annahme
2,33 Ärzte/ 38,5 Std./ 22%	70,1h	100%	PsychPV zu 100% erfüllt, Abwesenheitsquote tatsächlich bei 22%
	Ideale Arbeitszeit (38,5 Std. pro Woche für PsychPV- Tätigkeiten)	Erfüllungsgrad PsychPV	Grundlage: tatsächliche Besetzung, PsychPV-fremde Tätigkeiten nicht berücksichtigt, d.h. 38,5 Std. für PsychPV- Tätigkeiten
1,91 Ärzte/ 38,5 Std./ 22 %	57,2h	82,0%	38,5h Wochenarbeitszeit stehen zu 100% für PsychPV-Aufgaben zur Verfügung (keine Institutsambulanz)
1,91 Ärzte/ 38,5 Std./ 37 %	46,2h	66,0%	Siehe oben, aber mit 37% Abwesenheitsquote

	Reale Gesamt- arbeitszeit (38,5 Std. abzgl. Zeit für PsychPV-fremde Tätigkeiten)	Erfüllungsgrad PsychPV	Grundlage: tatsächliche Besetzung, PsychPV-fremde Tätigkeiten berücksichtigt
1,91 Ärzte/ 37,1 Std./ 22 %	55,2h	78,0%	Von 38,5h Wochenarbeitszeit werden wie beobachtet nur 37,1h für PsychPV- Aufgaben verwendet
1,91 Ärzte/ 37,1 Std./ 37 %	44,6h	64,0%	Siehe oben, aber mit 37% Abwesenheitsquote

Tabelle 8: Unterschiedliche Berechnungsarten des PsychPV-Erfüllungsgrades. Durchschnittliche ärztliche Gesamtarbeitszeit PsychPV/Ideal/Real auf der Durchschnittstation

3.3 Gegenüberstellung nach übergeordneten Kategorien der PsychPV-Tätigkeitsprofile

Die PsychPV Regelaufgaben umfassen vier Oberkategorien. Diese Kategorien sind 1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung, 2. Einzelfallbezogene Behandlung, 3. Gruppentherapie, 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten. Aus den verschiedenen direkt beobachteten Einzelkategorien wurden durch Addition entsprechend der PsychPV-Einteilung die Werte dieser vier Teilbereiche als Absolut- und Relativwerte berechnet. Abbildung 3 und 4 stellen die erhobenen Relativwerte und Absolutwerte den Werten gemäß PsychPV gegenüber. Tabelle 9 zeigt die den Grafiken zugrunde liegenden Zeitwerte.

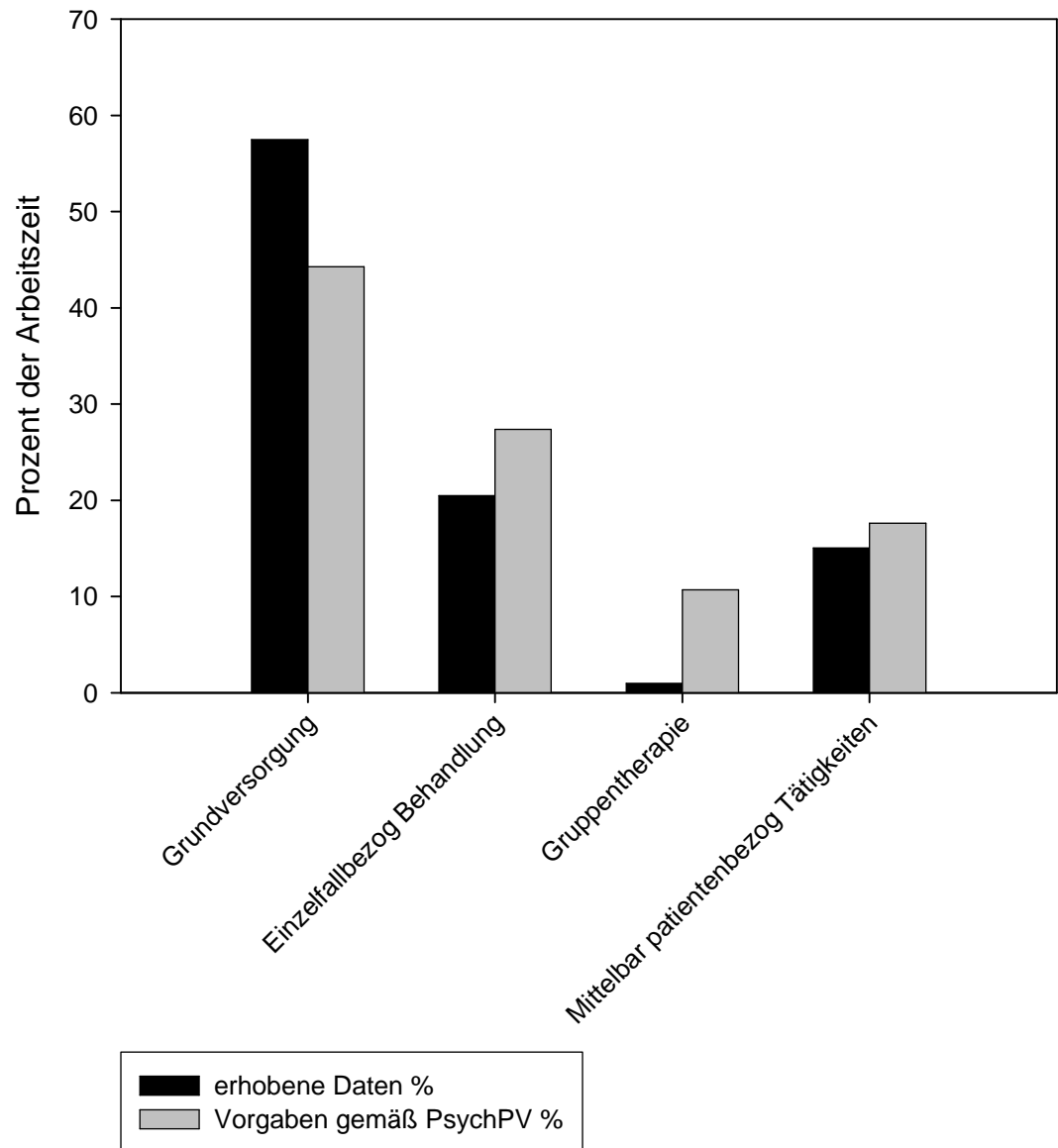


Abbildung 3: Vergleich übergeordnete Kategorien der PsychPV: erhobene Daten vs. Vorgaben der PsychPV: Prozentualer Anteil der ärztlichen Arbeitszeit

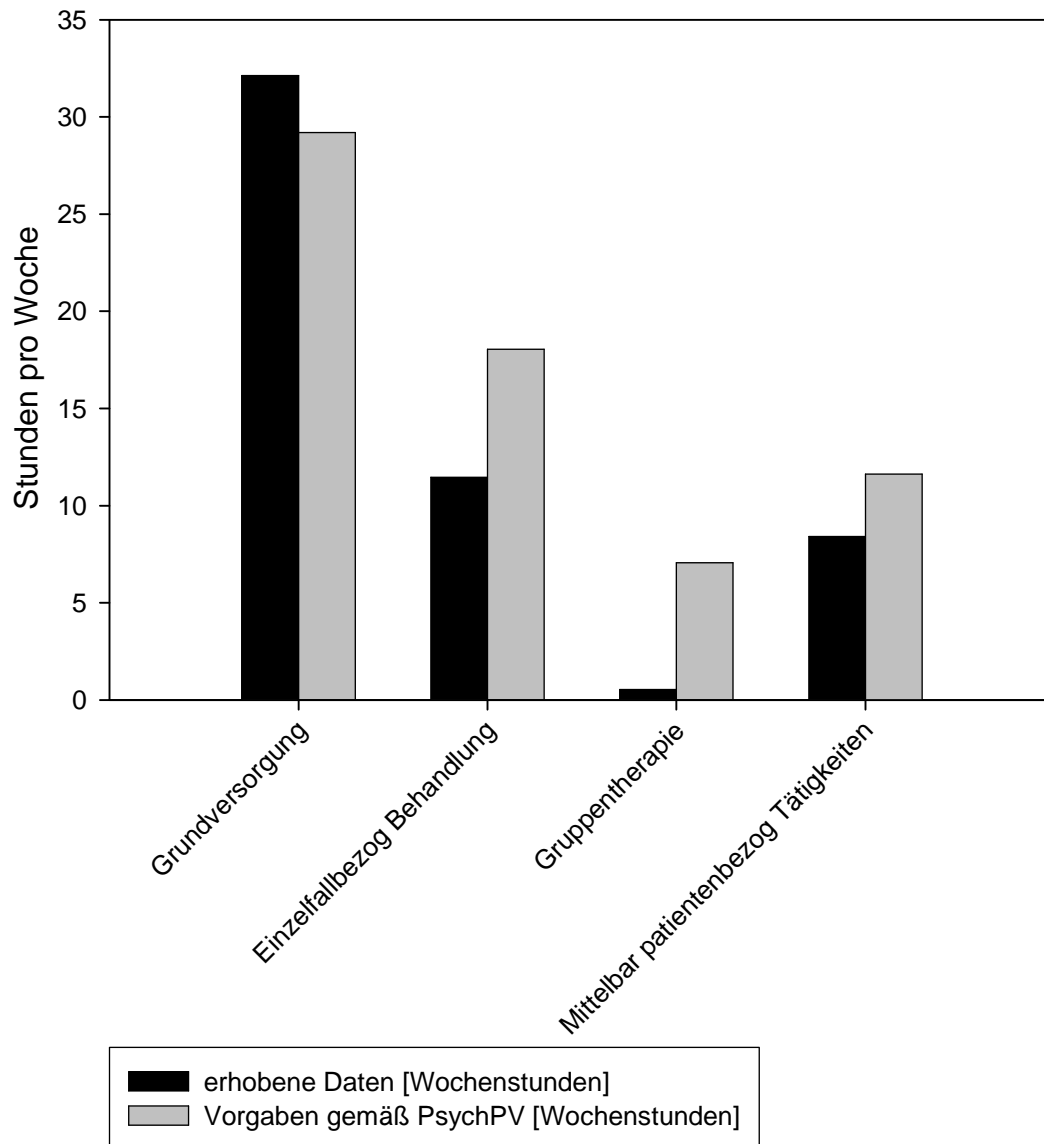


Abbildung 4: Vergleich übergeordnete Kategorien der PsychPV: erhobene Daten vs. Vorgaben der PsychPV: absolute Verteilung der ärztlichen Wochenarbeitszeit

Anhand der Grafiken wird deutlich, dass die Grundversorgung relativ und absolut mehr Zeit in Anspruch nimmt als in der PsychPV vorgesehen, gleichzeitig steht wiederum relativ und absolut weniger Zeit für alle anderen Kategorien zur Verfügung. Besonders deutlich zeigt sich diese Tendenz in der Oberkategorie Gruppentherapie. Betrachtet man nur die Grafiken scheint dieser Trend bei den Relativwerten stärker ausgeprägt als bei den Absolutwerten. Bei der Interpretation der Relativwerte muss allerdings berücksichtigt werden, dass sie Verhältnisse nur anteilmäßig darstellen.

In Abhängigkeit vom Anteil der einzelnen Kategorien an der Gesamtarbeitszeit, über- bzw. unterzeichnen sie also die Realität. Klarer wird die Situation durch die Darstellung der den Grafiken zugrunde liegenden Zeitwerte in Tabelle 9. Grundsätzlich unterschreiten alle übergeordneten Kategorien, mit Ausnahme der Grundversorgung die Vorgaben gemäß PsychPV.

	Erhobene Daten [Prozent der Arbeitszeit]	Vorgaben gemäß PsychPV [Prozent der Arbeitszeit]	Erhobene Daten [Wochenstunden pro Station]	Vorgaben gemäß PsychPV [Wochenstunden pro Station]
Grundversorgung	57,5%	44,2%	32,3h	31,1h
Einzelfallbezogene Behandlung	20,6%	27,4%	11,6h	19,2h
Gruppentherapie	1,0%	10,7%	0,6h	7,5h
Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	15,1%	17,5%	8,5h	12,3h
Nicht kategorisiert	6,0%	0,0%	3,4h	0,0h
Summe	100%	100%	56,4h	70,1h

Tabelle 9: Vergleich übergeordnete Kategorien der PsychPV: erhobene Daten vs. Vorgaben der PsychPV Prozentualer Anteil und Absolutwerte der ärztlichen Arbeitszeit

3.4 Gegenüberstellung der real erhobenen Zeit – vorgegebene Arbeitszeit in PsychPV-Kategorien

Neben den übergeordneten Kategorien der PsychPV wurden aus den erhobenen Daten auch die Relativ- und Absolutwerte der PsychPV Einzelkategorien berechnet. Diese Berechnung erfolgte, um vergleichen zu können in welchen Unterkategorien relativ und absolut mehr bzw. weniger als nach Vorgabe der PsychPV geleistet wird. Für den Vergleich wurden auch die Daten der PsychPV relativ zur veranschlagten Gesamtzeit gesetzt. Die Gegenüberstellung der Relativzeiten umgerechnet in Prozent zeigt Abbildung 5, die Absolutwerte Abbildung 6.

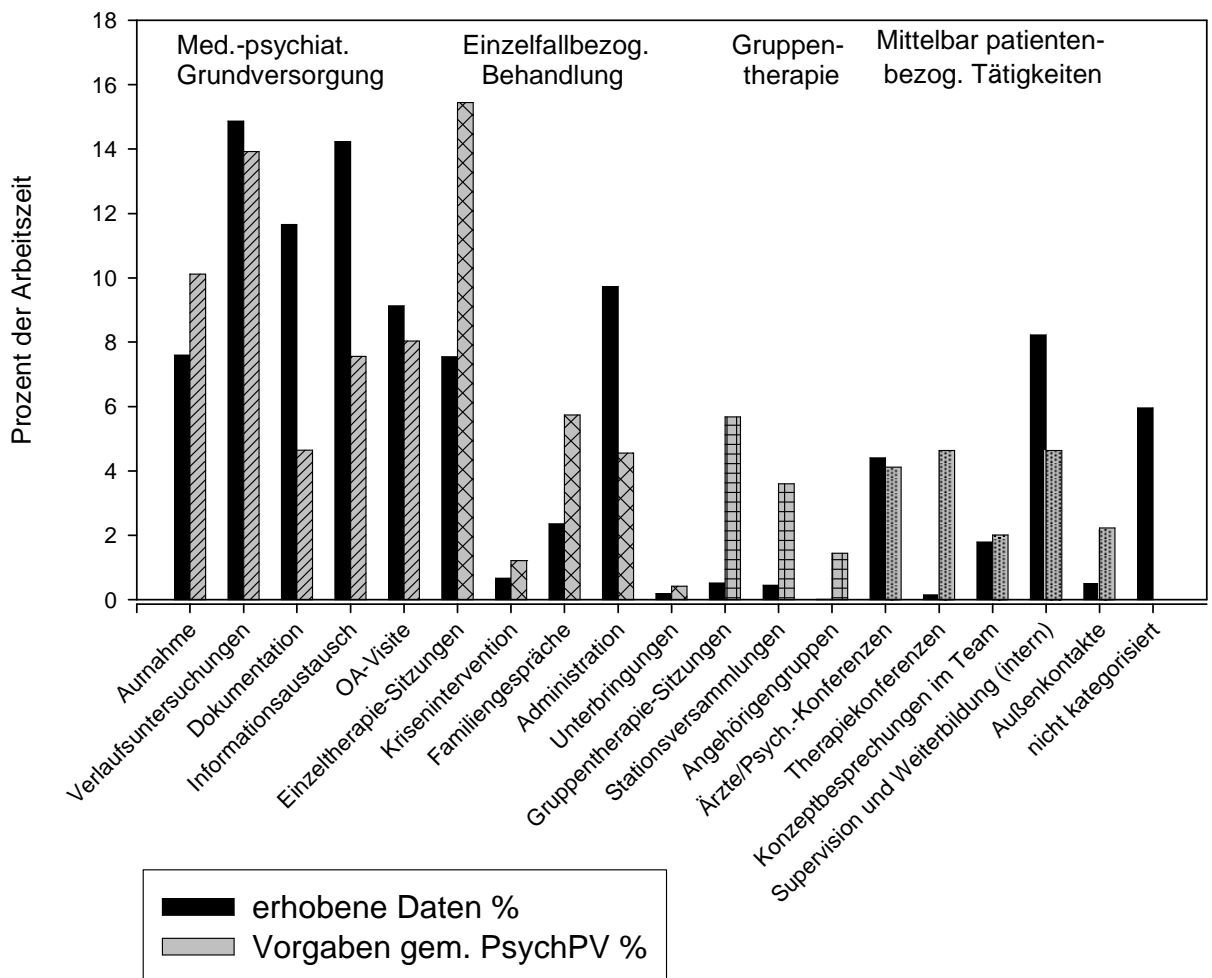


Abbildung 5: Vergleich erhobene Daten vs. Vorgaben der PsychPV Prozentualer Anteil der ärztlichen Arbeitszeit

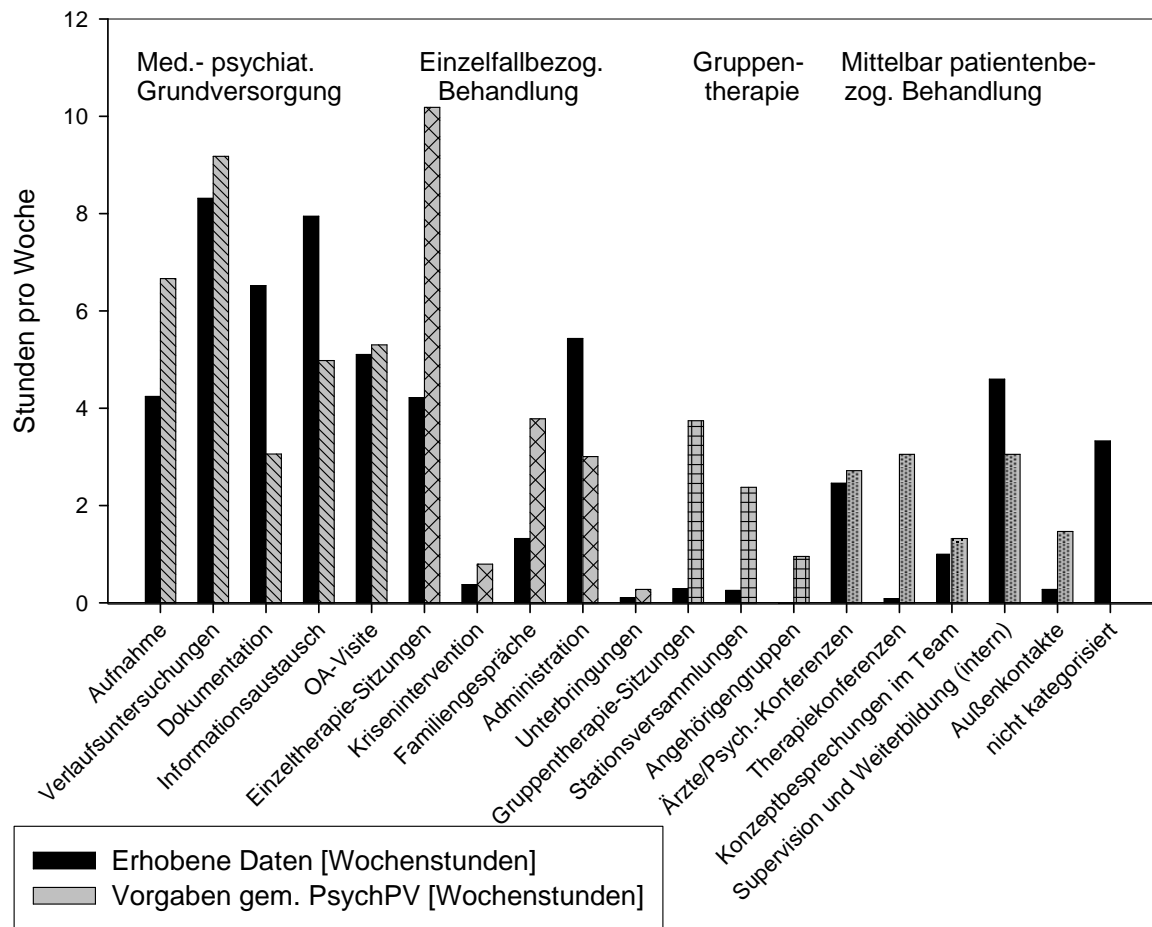


Abbildung 6: Vergleich erhobene Daten vs. Vorgaben der PsychPV Ärztliche Arbeitszeit pro Station (Stunden pro Woche)

Die Grafiken zeigen eine eindeutige Tendenz: sowohl relativ, als auch absolut ist der Anteil an Dokumentation, Administration, Informationsweitergabe sowie Fortbildung höher als in der PsychPV vorgesehen. Andererseits werden auf Station weniger Einzel- und Gruppentherapien durchgeführt und weniger Zeit in Angehörigenarbeit, Teilnahme an Stationsversammlungen, Therapiekonferenzen sowie Außenkontakte investiert, als die PsychPV vorgibt. Bei den Relativwerten muss wiederum berücksichtigt werden, dass sie die Werte in Abhängigkeit vom Anteil der Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit wiedergeben und dementsprechend die Realität über- bzw.

unterzeichnen. Klarer wird dies wiederum anhand der den Grafiken zu Grunde liegenden Werte, siehe Tabelle 10.

	Erhobene Daten [% der Arbeitszeit]	Vorgaben gemäß PsychPV [% der Arbeitszeit]	Erhobene Daten [Wochenstunden pro Station]	Vorgaben gemäß PsychPV [Wochenstunden pro Station]
Aufnahme	7,6%	10,1%	4,3h	7,1h
Verlaufsuntersuchungen	14,9%	13,9%	8,3h	9,8h
Dokumentation	11,7%	4,6%	6,6h	3,3h
Informationsaustausch	14,2%	7,6%	8,0h	5,3h
OA-Visite	9,1%	8,0%	5,1h	5,6h
Einzeltherapie-Sitzungen	7,6%	15,5%	4,3h	10,8h
Krisenintervention	0,7%	1,2%	0,4h	0,9h
Familiengespräche	2,4%	5,7%	1,3h	4,0h
Administration	9,7%	4,6%	5,5h	3,2h
Unterbringungen	0,2%	0,4%	0,1h	0,3h
Gruppentherapie-Sitzungen	0,5%	5,7%	0,3h	4,0h
Stationsversammlungen	0,5%	3,6%	0,3h	2,5h
Angehörigengruppen	0,0%	1,4%	0,1h	1,0h
Ärzte/Psych.-Konferenzen	4,4%	4,1%	2,5h	2,9h
Therapiekonferenzen	0,2%	4,6%	0,1h	3,2h

Konzeptbesprechungen im Team	1,8%	2,0%	1,0h	1,4h
Supervision und Weiterbildung (intern)	8,2%	4,6%	4,6h	3,2h
Außenkontakte	0,5%	2,2%	0,3h	1,6h
Nicht kategorisiert	6,0%	0,0%	3,4h	0,0h
Summe	100%	100%	56,4h	70,1h

Tabelle 10: Vergleich erhobene Daten vs. Vorgaben der PsychPV Prozentualer Anteil und Absolutwerte der ärztlichen Arbeitszeit

3.5 Tätigkeiten die in der PsychPV nicht vorgesehen sind – nicht kategorisiert

Innerhalb der Kategorie "nicht kategorisiert" wurden alle Einzeltätigkeiten zusammengefasst, welche nach unserer Einschätzung nicht den verschiedenen PsychPV-Kategorien zugeordnet werden können. Die folgende Abbildung zeigt, welche Tätigkeiten unter diesem Oberbegriff subsumiert wurden.

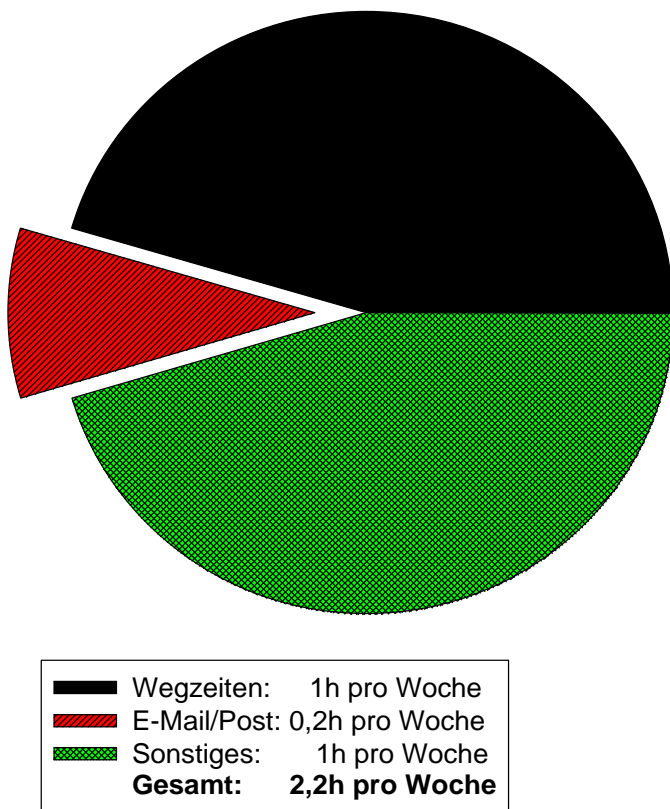


Abbildung 7: Aufteilung der Kategorie: nicht kategorisiert

Wie die Abbildung zeigt entfällt der größte Teil der Zeit in dieser Kategorie auf Wegzeiten wie etwa die Zeit vom Verwaltungsgebäude zurück auf Station, Postfächer sichten usw., sowie Sonstiges. Der Oberbegriff Sonstiges umfasst dabei alle Tätigkeiten, welche nach unserer Ansicht weder einer der PsychPV-Kategorien, noch einer, der von uns zusätzlich entworfenen Oberbegriffe zugeordnet werden kann, wie beispielsweise Suche nach Röntgenbildern, Akten und Befunden, Kopieren von Unterlagen oder Abfrage fehlender Befunde.

3.6 Gegenüberstellung nach Patientenbezug (Aufnahme und Therapieplanung, Behandlung im direkten Patientenkontakt, indirekte Behandlung, Dokumentation und Administration, Fortbildung)

Interessant erscheint auch die Frage, wie viel Zeit der durchschnittliche Arzt überhaupt direkt am Patienten, mit Tätigkeiten, welche den Patienten indirekt betreffen, sowie Aufnahme, Dokumentation und Administration bzw. Fortbildung verbringt. Dazu wurden die Einzeltätigkeiten gemäß Psych-PV neu von uns definierten Kategorien zugeordnet (Zuordnung siehe Methodikteil Tabelle 5). Abbildung 8 und 9 zeigen die erhobenen und errechneten Werte.

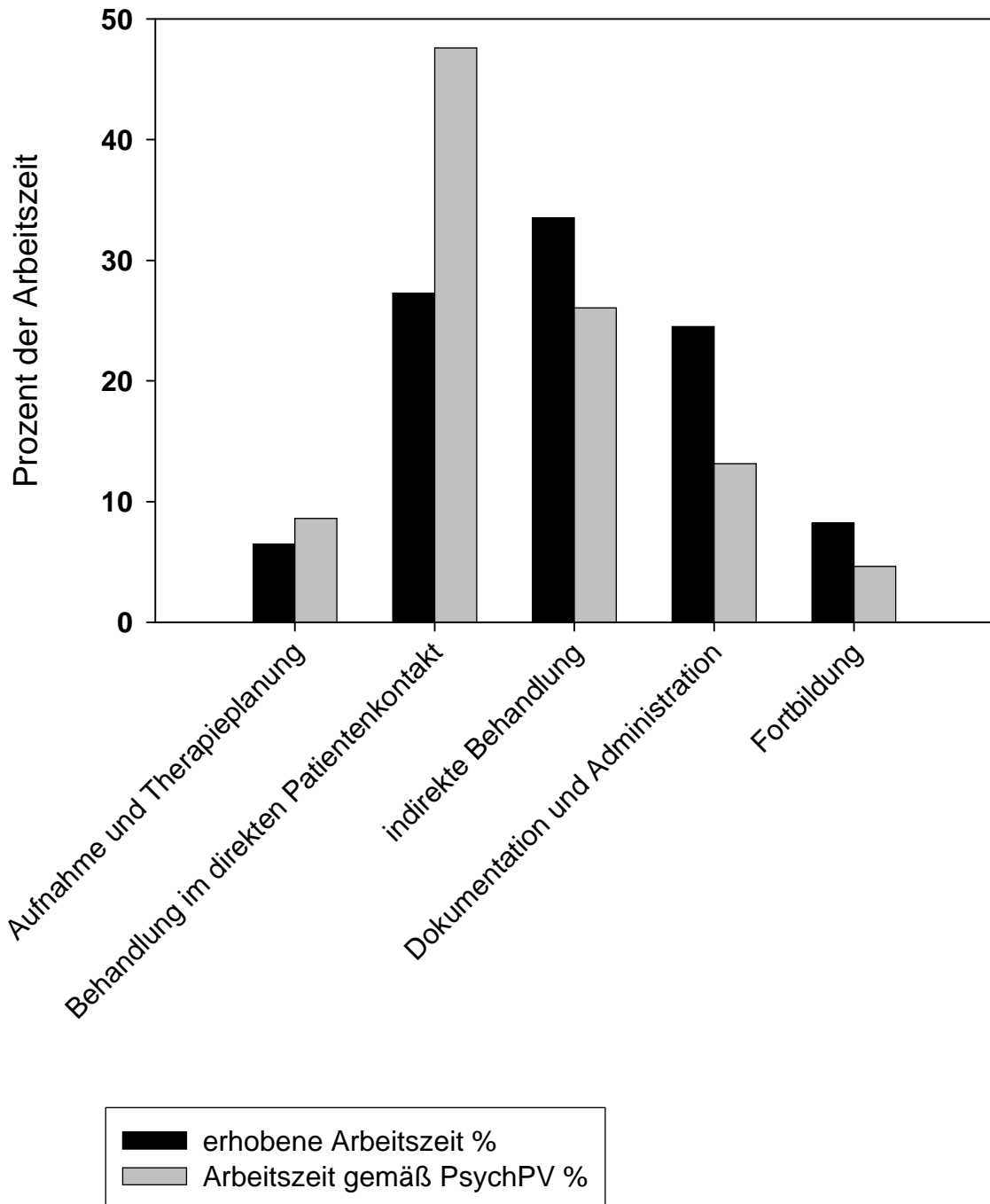


Abbildung 8: Relative Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit hinsichtlich Tätigkeiten mit direktem bzw. indirektem Patientenkontakt

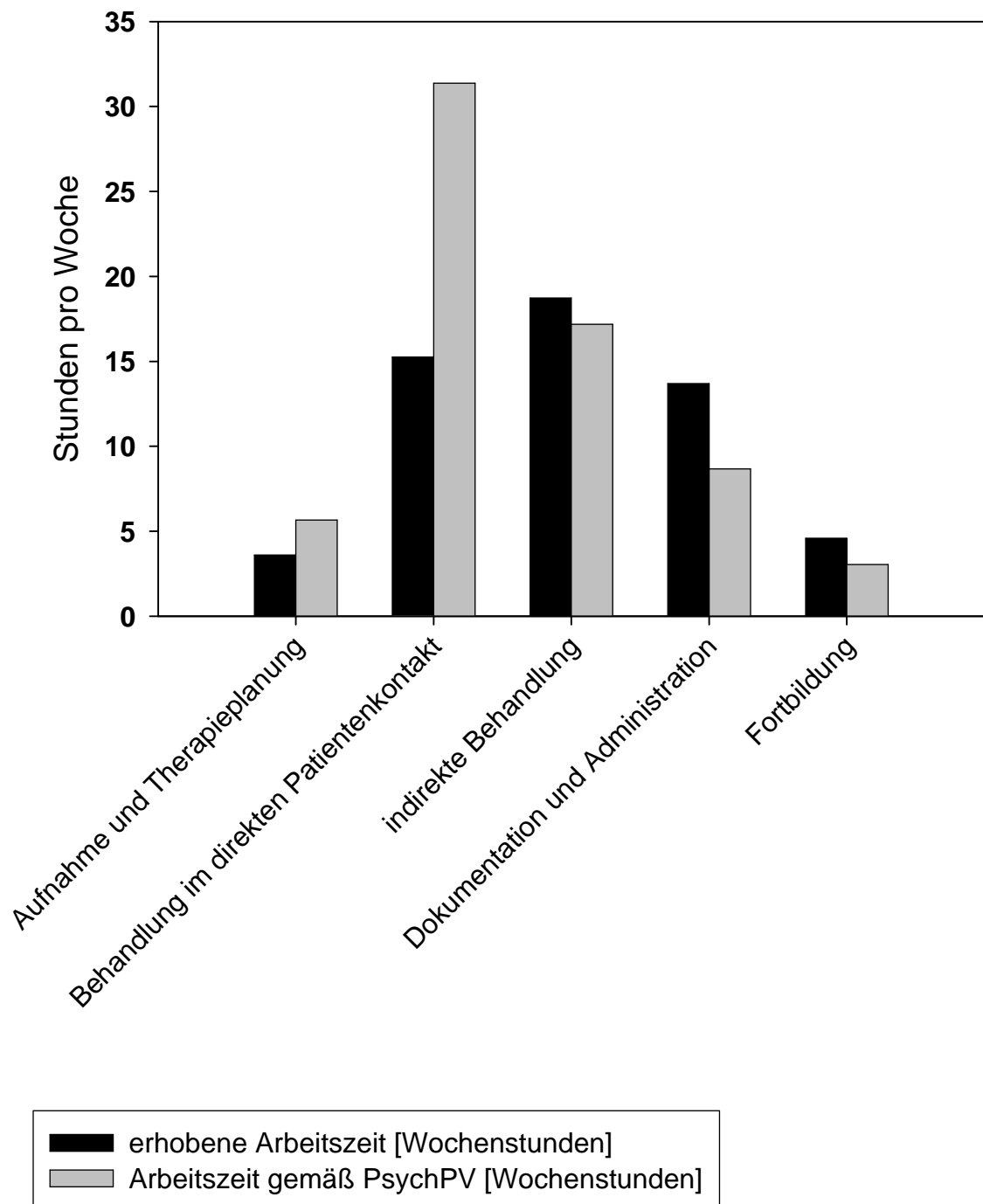


Abbildung 9: Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit hinsichtlich Tätigkeiten mit direktem bzw. indirektem Patientenkontakt

Besonders hinsichtlich der Behandlungen mit direktem Patientenkontakt waren die Vorgaben der PsychPV bei den beobachteten Stationsärzten in geringem Grad erfüllt. So sollte laut PsychPV nahezu der doppelte Anteil der Arbeitszeit direkt für

den Patienten aufgewendet werden. Weniger Zeit als laut PsychPV wird auch für Aufnahme und Therapieplanung aufgewendet. Dagegen wird mehr Zeit als von der PsychPV veranschlagt mit Dokumentation und Administration sowie indirekter Behandlung und Fortbildung verbracht.

Zum besseren Verständnis stellt Tabelle 11 die den Abbildungen 8 und 9 zugrunde liegenden Anteile der einzelnen Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit dar.

	Erhobene Daten [% der Arbeitszeit]	Vorgaben gemäß PsychPV [% der Arbeitszeit]	Erhobene Daten [Wochenstunden pro Station]	Vorgaben gemäß PsychPV [Wochenstunden pro Station]
Aufnahme/ Therapieplanung	6,6%	8,6%	3,7h	6,0h
Behandlung direkt am Patienten	27,0%	47,6%	15,2h	33,4h
indirekte Behandlung	33,5%	26,1%	18,9h	18,3h
Doku/Administration	24,5%	13,0%	13,8h	9,1h
Fortbildung	8,5%	4,6%	4,8h	3,2h
Summe	100%	100%	56,4h	70,1h

Tabelle 11: Relative und absolute Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit hinsichtlich Tätigkeiten mit direktem bzw. indirektem Patientenkontakt

3.7 Perspektive: Der einzelne Arzt

Um die Zeitwerte insgesamt anschaulicher zu gestalten, wurde anhand der erhobenen Daten noch errechnet, wie sich bei einem durchschnittlichen Arzt die Wochenarbeitszeit auf die einzelnen Tätigkeiten verteilt. Auch in dieser Analyse wurden die Einzelkategorien gemäß PsychPV nach Patientenbezug zusammengefasst. Das Ergebnis dieser Berechnungen zeigt Abbildung 10.

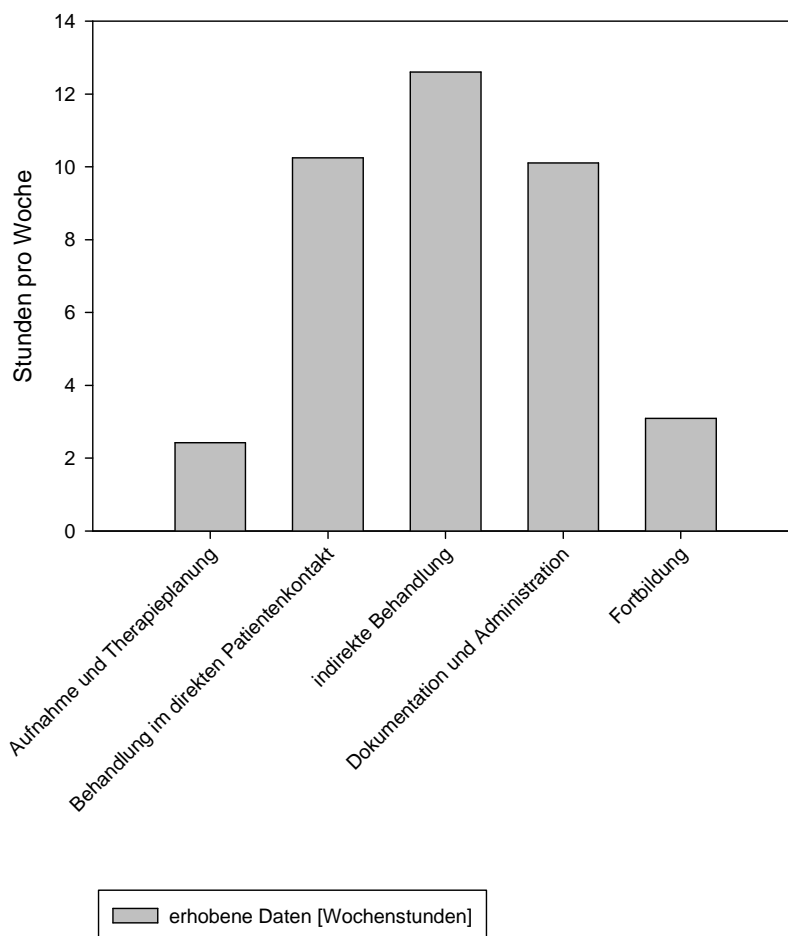


Abbildung 10: Verteilung der Wochenarbeitszeit eines durchschnittlichen Arztes in Stunden

Die meiste Zeit verbringt der durchschnittliche Arzt mit der indirekten Behandlung, diese Oberkategorie umfasst Befundauswertungen, Kurvenvisiten, Informationsaustausch mit Kollegen, Ärzte- und Psychologenkonferenzen, Therapiekonferenzen, Außenkontakte (siehe Tabelle 5). Für die indirekte

Behandlung wurde im Rahmen unserer Studie ein Zeitaufwand für den einzelnen Arzt von über 12 Stunden pro Woche erhoben. Der durchschnittliche Arzt wendet 10,3h pro Woche für die Behandlung im direkten Patientenkontakt (Visiten/Verlaufsuntersuchungen, Einzeltherapiesitzungen, Krisenintervention, Familiengespräche, Gruppentherapiesitzungen, Stationsversammlungen, Angehörigengruppen), sowie 10,1h für Dokumentation und Administration auf. Für Fortbildungen, sowie Aufnahme und Therapieplanung wird nur ein geringer Anteil der ärztlichen Arbeitszeit aufgewendet. Eine Aufschlüsselung der einzelnen Zeitwerte zeigt Tabelle 12.

	Erhobene Daten durchschnittliche Wochenarbeitszeit einzelner Arzt [h]
Aufnahme/Therapieplanung	2,4h
Behandlung direkt am Patienten	10,3h
Indirekte Behandlung	12,6h
Dokumentation/Administration	10,1h
Fortbildung	3,1h
Summe	38,5h

Tabelle 12: Verteilung der Wochenarbeitszeit eines durchschnittlichen Arztes in Stunden (normiert auf 38,5h)

3.8 Perspektive: der Patient

Umgekehrt lässt sich natürlich die zeitliche Verteilung auch aus der Sicht des Patienten darstellen. Wie oft sieht der durchschnittliche Patient pro Woche seinen Stationsarzt, wie viel Minuten Einzeltherapie erhält er? Dies zeigt Abbildung 11.

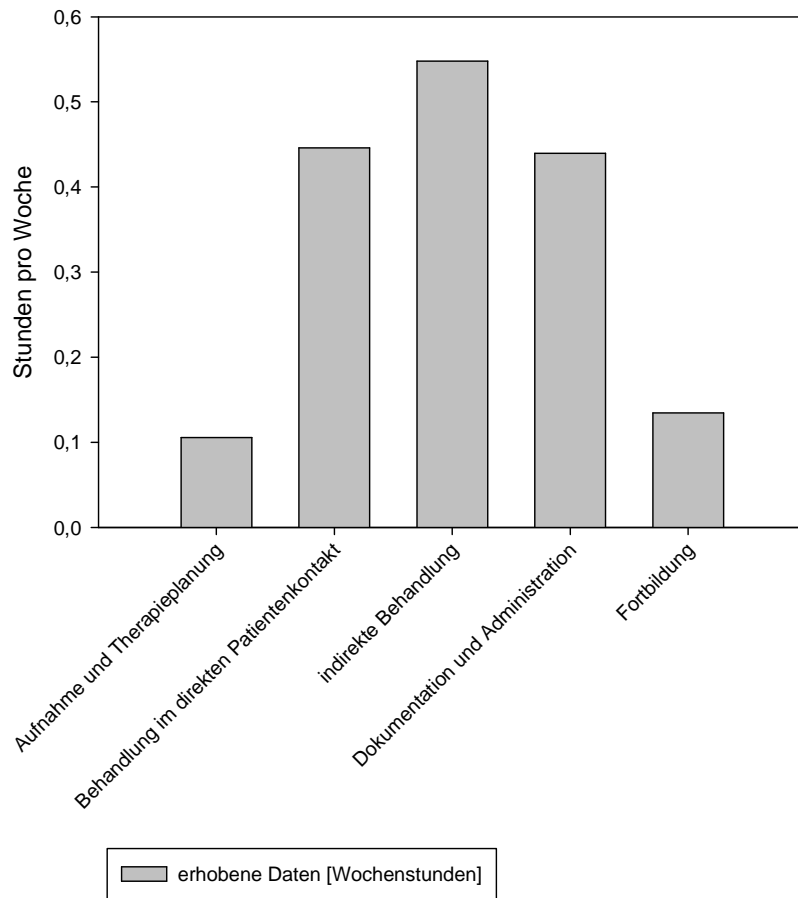


Abbildung 11: Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit pro Patient und pro Woche

Der einzelne Patient steht etwa 0,63h pro Woche in direktem Kontakt mit dem behandelnden Arzt, die Tätigkeiten mit indirektem Patientenkontakt nehmen dagegen 0,79h in Anspruch. Dokumentation und Administration nehmen beim einzelnen Patienten in etwa genauso viel Zeit in Anspruch, wie die Behandlung mit direktem Patientenkontakt. Tabelle 13 zeigt die der Grafik zugrunde liegenden Zeitwerte.

Kategorie	Erhobene Daten [h]
Aufnahme und Therapieplanung	0,15h
Behandlung im direkten Patientenkontakt	0,63h
Tätigkeiten im indirekten Patientenkontakt	0,79h
Dokumentation/Administration	0,58h
Fortbildung	0,20h

Tabelle 13: Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit pro Patient und pro Woche

4. Diskussion

4.1. Allgemeines

Vorliegende Untersuchung erfasste systematisch die von Stationsärzten auf allgemeinpsychiatrischen Akutstationen erbrachten Tätigkeiten. Diese wurden anschließend mit anhand der Vorgaben der PsychPV berechneten Zeitwerten verglichen. Bei diesem Vergleich muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Zeitvorgaben der PsychPV, wie bereits beschrieben, im Wesentlichen auf dem Konsens einer Kommission sehr erfahrener und ausgewiesener Experten beruhen. Gleichwohl liegen den Vorgaben der PsychPV neben den umfangreichen Erfahrungen der Expertenkommission auch mehrere Erhebungen in modellhaften Stationen zu Grunde (Beine und Mirbach, 1991).

Nach wie vor besteht ein allgemeiner Konsens zwischen Betroffenen, klinisch tätigen Psychiatern, Kostenträgern sowie Vertretern der Gesundheitspolitik, dass die Vorgaben der PsychPV weiterhin eine wichtige Grundlage für eine qualitativ angemessene Behandlung psychisch Kranker darstellen. Dies findet nicht zuletzt darin Ausdruck, dass die PsychPV in der GKV-Gesundheitsreform 2000 durch Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und ein neues Gesetz gestärkt wurde. Darin wird die Erfüllung der Vorgaben der PsychPV als eine der wenigen Ausnahmetatbestände für eine Budgeterhöhung über die maßgebliche Rate hinaus formuliert (§6, Abs.1, Satz 3, Nr. 4; BPfIVO).

In vorliegender Untersuchung war zu erkennen, dass die gemäß PsychPV für die durchschnittliche Modellstation mit 23,9 Patienten berechnete ärztliche Wochenarbeitszeit von 70,1 Stunden deutlich von den tatsächlich erhobenen Zeitwerten abweicht. Für genannte Durchschnittsstation wurde bei einer zu Grunde gelegten Abwesenheitsquote von 22% eine reale ärztliche Wochenarbeitszeit von

56,4 Stunden erhoben. Diese Abwesenheitsquote spiegelte sich auch in den von uns erhobenen Daten wieder (Abwesenheit von 21,8% im Beobachtungszeitraum).

Tatsächlich zeigte vorliegende Studie jedoch, dass insgesamt noch weniger ärztliche Arbeitszeit für die Stationsarbeit zur Verfügung steht, dies lässt sich auf verschiedene im Folgenden aufgeführte Gründe zurückführen.

Zunächst ist bei einer idealen zum Zeitpunkt der Erhebung zu Grunde liegenden tariflichen Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden und einer Abwesenheitsquote von 22% von der PsychPV eine ärztliche Stationsbesetzung von 2,33 Stellen vorgesehen. Da die beobachteten Stationen im Erhebungszeitraum nur mit 1,91 Stellen besetzt waren, ergibt sich diesbezüglich ein PsychPV-Erfüllungsgrad von 82%. Vorliegende Studie zeigt also, dass ein Teil der Differenz zwischen Vorgaben der PsychPV und tatsächlich erhobener Wochenarbeitszeit aus der mangelhaften Besetzung (1,91 statt 2,33 Stationsärzte) der einzelnen Stationen resultiert.

Ein Teil der ärztlichen Arbeitszeit wird darüber hinaus mit PsychPV-fremden Tätigkeiten, wie Ambulanz oder Wissenschaft und Lehre verbracht, damit fällt auch die Arbeitszeit in PsychPV-Kategorien absolut geringer aus als 38,5h. Unter Berücksichtigung der realen Arbeitszeit ergibt sich bei 22% Abwesenheit ein Erfüllungsgrad von lediglich 79%.

Im Rahmen der Untersuchung wurde darüber hinaus klar, dass unter Berücksichtigung von Urlaub, Krankheitstagen, Diensten sowie des Weiterbildungskataloges zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die tatsächliche Abwesenheit von Station für die beobachteten Stationsärzte noch höher ausfällt. Bei einer im Rahmen der Studie für das Jahr 2005 errechneten Abwesenheit von 93 Tagen (Urlaub, Krankheitstage, Dienste, Weiterbildungskatalog zum Facharzt für Psychiatrie) bleibt ein PsychPV-Erfüllungsgrad von 64%. Dies zeigt, dass die Ergebnisse der Berechnung des so genannten PsychPV-Erfüllungsgrades, der in der

Psych-PV selbst nicht definiert ist, wesentlich von der Berechnungsmethodik und den Grundannahmen abhängig ist.

Hinsichtlich der Arbeit auf Station konnte gezeigt werden, dass die Arbeit eines Arztes im Stationsdienst sich anders verteilt als von der PsychPV veranschlagt. Entsprechend ihrem Patientenbezug erfolgte in vorliegender Studie eine Zuordnung der Psych-PV-Unterkategorien zu fünf Oberkategorien: Aufnahme und Therapieplanung, direkter Patientenkontakt, indirekter Patientenkontakt, Dokumentation und Administration, sowie Fortbildung.

Die erhobenen Daten zeigen für die erste Oberkategorie, dass der durchschnittliche Arzt 3,7h pro Woche für Aufnahme und Therapieplanung aufwendet, von der PsychPV sind hier 6,0h vorgesehen. Ebenso wird weniger Zeit als von der PsychPV veranschlagt – real 15,2h, von der PsychPV vorgesehen 33,4h, mit der Behandlung im direkten Patientenkontakt (Einzelgespräche, Gruppentherapien, Angehörigengruppen) verbracht.

Der Mehraufwand für die indirekte Behandlung, sowie die Dokumentation und Administration muss bei gleichzeitig schlechterer Besetzung der Station, in anderen Bereichen kompensiert werden muss. Da eine Einsparung von Arbeitszeit bei der indirekten Behandlung, sowie im Bereich Administration und Dokumentation wie oben beschrieben kaum bis gar nicht möglich ist, kann nur bei Aufnahme und Therapieplanung, sowie bei Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt Zeit gespart werden.

Darüber hinaus lässt sich spekulieren, dass durch eine zunehmende Digitalisierung von Aufnahme und Therapieplanung, für diesen Bereich weniger Zeit aufgewendet werden muss.

Die Zeiteinsparung im direkten Patientenkontakt widerspricht den Grundlagen der psychiatrischen Therapie, wonach gerade das ärztliche, personenzentrierte Gespräch Basis der psychiatrischen Therapie sein sollte.

Auch der in den letzten Jahren so häufige gebrauchte Begriff der Drehtürpsychiatrie, die sehr schnelle Aufeinanderfolge von Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme bestimmter Patientengruppen, kann mit der Veränderung der Grundlagen psychiatrischer Therapie bzw. daraus resultierend geringerem Therapieerfolg in Verbindung gebracht werden.

In wie weit Gruppentherapien, Einzelgespräche und ähnliches von anderen Berufsgruppen, wie z.B. geschultem Pflegepersonal übernommen werden, wurde nicht untersucht. Aus den Therapieplänen der untersuchten Stationen geht aber durchaus hervor, dass Gruppentherapien und auch Stationsversammlungen von Pflegepersonal oder Psychologen alleine geleitet werden. Gerade beim Pflegepersonal ist auf Grund von Personalkürzungen bzw. Einsparungen (Deutsches Krankenhausinstitut, 2004) jedoch ebenfalls davon auszugehen, dass die Vorgaben der PsychPV nur schlecht erfüllt werden.

Ein zeitlicher Mehraufwand lässt sich bei Tätigkeiten mit indirektem Patientenkontakt sowie bei Dokumentation und Administration nachweisen. So veranschlagt die PsychPV 18,3h pro Woche für die indirekte Behandlung der Patienten, der Arzt der Durchschnittstation wendete jedoch für diese Tätigkeit 18,9h pro Woche auf. Unter der Oberkategorie indirekte Behandlung wurden viele so genannte Basistätigkeiten wie Befundauswertung, Kurvenvisiten, Informationsaustausch, Ärzte/Psych.-Konferenzen usw. (siehe Tabelle 5) subsumiert. Basistätigkeiten bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Einsparung von ärztlicher Arbeitszeit bei den meisten dieser Tätigkeiten nur schwer und unter deutlicher Verschlechterung der Arbeitsqualität möglich ist. So zeigt vorliegende Studie auch, dass die PsychPV-

Vorgaben bei vielen dieser Basistätigkeiten (Befundauswertung, Kurvenvisiten, Ärzte/Psych.-Konferenzen) erfüllt sind.

Deutlich mehr Zeit als von der PsychPV vorgegeben wird im Bereich der indirekten Behandlung jedoch für den direkten Informationsaustausch aufgewendet. Auf Grund von Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes, häufig wechselnden Diensten und daraus resultierendem Freizeitausgleich, der vermehrten Abwesenheit auf Grund von erhöhten Anforderungen an die Weiterbildung, sowie schlechterer Stationsbesetzung als von der PsychPV vorgegeben ist eine therapeutische Kontinuität nur mehr eingeschränkt gegeben. Meist sind mehrere verschiedene Stationsärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt.

Nur mittels einer umfangreichen Informationsweitergabe zwischen den behandelnden Ärzten, lässt sich dieser Bruch in der therapeutischen Kontinuität überbrücken.

Auf Grund der oben angeführten unterschiedlichen Arbeitszeiten verschiedener behandelnder Ärzte wird diese Informationsweitergabe darüber hinaus nicht mehr im Rahmen großer Therapiekonferenzen, sondern meist im direkten Kontakt mit dem den Patienten weiterbehandelnden Kollegen vorgenommen. Dies erklärt möglicherweise die Zunahme der für den Informationsaustausch, sowie die Abnahme der für (große berufsgruppenübergreifende) Therapiekonferenzen aufgewendeten Wochenarbeitszeit.

Neben der indirekten Behandlung zeigt vorliegende Studie auch im Bereich der Dokumentation und Administration einen höheren Anteil an der Wochenarbeitszeit als von der PsychPV veranschlagt. Die PsychPV gibt hier 9,1h pro Woche vor, erhoben wurde jedoch ein Zeitbedarf des durchschnittlichen Arztes von 13,8h pro Woche.

Dies lässt sich durch die gestiegenen rechtlichen Anforderungen an die Dokumentation, den zunehmenden administrativen Druck durch Kostenträger und Behörden und die generell zunehmende Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit in den administrativen Bereich erklären. Zudem führt die seit Einführung der PsychPV drastische Fallzahlerhöhung und Verweildauerreduktion zu einem deutlichen Mehraufwand für Administration und Dokumentation, da viele derartige Prozesse fallabhängig sind (Aufnahme- und Entlassdokumentation, Arztbriefe).

Nachdem mittels vorliegender Studie die Differenzen zwischen Vorgaben der PsychPV und realem Tätigkeitsprofil herausgearbeitet wurden, stellt sich die Frage nach den Konsequenzen dieser Entwicklung für Patienten und ihre Angehörigen einerseits, andererseits für Ärzte, Kliniken und Gesellschaft.

4.2 Konsequenzen für Patienten und Angehörige

In einer Studie von Schmid et al. (2005) über den Zusammenhang zwischen Lebensqualität an Schizophrenie Erkrankter, Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten finden sich als Prädiktoren der Lebensqualität neben physischem Wohlbefinden, sozialer und beruflicher Integration auch eine hohe Behandlungszufriedenheit sowie eine geringe Belastung der Angehörigen. Laut Spießl et al. (1999) hängt die Behandlungszufriedenheit unter anderem wesentlich von Empathie in der Arzt-Patientenbeziehung ab, diese Beziehung wiederum kann nur durch direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient aufgebaut werden.

Da für den Arzt weniger Zeit für das direkte Patientengespräch zur Verfügung steht – einem der Hauptwirkfaktoren der psychiatrischen Therapie, lässt sich folgern dass sich die Qualität der Therapie des einzelnen Patienten verschlechtert. Hier lässt sich spekulieren, dass dies für den Betroffenen neben einer Abnahme der

Behandlungszufriedenheit auch zu einem schlechteren Outcome und schließlich zu häufigeren Wiederaufnahmen führt.

Neben der Behandlungszufriedenheit gibt die Studie von Schmid et al. (2005) auch die Belastung der Angehörigen als wesentlichen Faktor der Lebensqualität an Schizophrenie Erkrankter an. Über die Behandlungszufriedenheit des einzelnen Patienten hinaus hat laut Spießl et al. (2005) die Zufriedenheit der Angehörigen einen wesentlichen Effekt auf den kurz- bzw. langfristigen Therapieerfolg. Unzufriedene und zufriedene Angehörige unterscheiden sich nach Angaben von Spießl et al. (2005) vor allem in der Beurteilung folgender Aspekte psychiatrischer Arbeit:

- Unterstützung der Angehörigen im offenen Umgang mit der Erkrankung
- Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit den Patienten
- individuelles Eingehen auf Probleme der Angehörigen
- Zeit der Ärzte für Gespräche mit den Angehörigen.

Die Ergebnisse zeigen, dass gerade Angehörigengespräche auf Grund der erhobenen Minderbesetzung der Stationen, des Mehraufwandes für Dokumentation und Administration, sowie der indirekten Behandlung und der damit verbundenen geringeren Zeitressourcen für die direkte Behandlung kaum stattfinden. Auch über die Folgen der mangelnder Angehörigenzufriedenheit bzw. Angehörigenarbeit machen Spießl et al. Angaben. Sie beschreiben das Unterbleiben von Angehörigenarbeit als Behandlungsfehler vergleichbar mit dem Unterlassen der Psychoedukation oder Psychotherapie des Patienten. Die Einbeziehung von Angehörigen führt nach Angaben der Autoren nachweislich zu einer kurz- und langfristigen Senkung der stationären Wiederaufnahmerate und damit auch zu einer Kostensenkung. Die Zeiteinsparungen im Bereich der Angehörigenarbeit führen also langfristig nicht nur zu einer größeren Unzufriedenheit der Angehörigen und damit zu

einer geringeren Behandlungszufriedenheit der Patienten, sondern verschlechtern auch die Prognose der psychisch Kranken. Daraus wiederum resultieren höhere Wiederaufnahmeraten und höhere Kosten für den einzelnen Patienten.

4.3. Konsequenzen für die Ärzte

Spießl und Hübner-Liebermann (2003) beschäftigten sich in einer Studie mit den Voraussetzungen von Berufszufriedenheit und deren Übertragbarkeit auf den psychiatrischen Bereich. Dabei geben sie an, dass sich Arbeitsmotive und Ansprüche der Hochschulabsolventen an den Beruf verändert hätten. Demnach solle die Tätigkeit interessant, abwechslungsreich und verantwortungsvoll sein, Kontakt zu anderen Menschen mit sich bringen, das Einbringen eigener Ideen ermöglichen, in einem guten Berufsklima erfolgen und konstruktive Zusammenarbeit mit Kollegen ermöglichen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass diese Wünsche im Bereich der Psychiatrie nur zum Teil erfüllt werden können. So war der durchschnittliche Arzt im Erhebungszeitraum vermehrt mit Basistätigkeiten (Befundauswertung, Kurvenvisiten, Ärzte/Psych.-Konferenzen), also Tätigkeiten im lediglich indirekten Patientenkontakt beschäftigt. Dies führte gleichzeitig auch zu einer Reduktion des direkten Patientenkontaktes. Der direkte Patientenkontakt beschränkte sich oft auf Kurzkontakte meist in den Visiten, Einzeltherapiegespräche fanden kaum statt. Die Studie zeigte eine deutliche Zunahme der für die Dokumentation und Administration aufgewendeten Zeit. Aus der Zunahme der indirekten Behandlung (Basistätigkeiten), der Dokumentation und Administration sowie der Abnahme der Behandlung im direkten Patientenkontakt ergibt sich insgesamt ein patientenferneres Arbeiten des Einzelnen. Gleichzeitig kommt es durch den seit Einführung der PsychPV zunehmenden Anstieg der Fallzahlen und

die Abnahme der Verweildauern verbunden mit einer Minderbesetzung der Stationen zu erheblicher Mehrarbeit.

Zusammenfassend sind diese Entwicklungen nicht konform mit den von Spießl et al. postulierten Ansprüchen an die Berufszufriedenheit und bergen ein erhebliches Demotivationspotential für den einzelnen Arzt. Laut Spießl & Hübner-Liebermann (2003) führen diese Faktoren auf Grund der Demotivierung des Personals sekundär langfristig zu einer Verschlechterung der Qualität der psychiatrischen Behandlung.

Die beschriebenen Veränderungen in der ärztlichen Tätigkeit mit resultierendem Demotivationspotential bilden sich auch im gesamten Krankenhaussektor ab.

Eine 2007 vom Marburger Bund durchgeführte Mitgliederbefragung, zeigte die genannten Demotivationsfaktoren ärztlicher Tätigkeit. Auf die Frage, was sie an ihrer Tätigkeit als Arzt am meisten stören würde, antworteten 22% der Befragten Bürokratie, 20% gaben Nacht/ Wochend-/Ruf-/Bereitschaftsdienste, Arbeitszeit, Überstunden sowie zu wenig Urlaub an und jeweils 19% sahen Leistungsverdichtung/Ökonomisierung/Personalmangel/ Arbeitsüberlastung bzw. inadäquate Vergütung als störende Faktoren (Marburger Bund, 2007). Neben der geringeren Motivation für den einzelnen Arzt führt die dargestellte Situation auch zu einer Abnahme der Attraktivität des Arztberufes, so hat sich die Zahl der Approbationen von 1995 bis 2000 um etwa 25% verringert (Spießl, Hübner-Liebermann, 2003). Die Frage, ob sie den Arztberuf ein zweites Mal ergreifen würden, beantworteten in der genannten Marburger Bund Studie immerhin 31% mit Nein (Marburger Bund, 2007). Wie vorliegende Studie zeigt, sind die genannten Demotivationsfaktoren auch in der psychiatrischen Tätigkeit gegeben.

Im gesamten medizinischen Bereich besteht nicht zuletzt auf Grund oben genannter Demotivationsfaktoren zudem eine Abwanderungstendenz in das Ausland, hier vor allem die USA, Großbritannien, Norwegen oder die Schweiz. Die Zahl der im

Ausland arbeitenden deutschen Ärzte hat im Jahr 2005 mit 12000 einen neuen Höchststand erreicht, Tendenz weiterhin steigend (KBV.de, 2005).

Gleichzeitig besteht eine Abwanderungstendenz psychiatrischer Fachärzte in den Bereich der Psychotherapeutischen Medizin, nicht zuletzt auf Grund besserer Arbeitsbedingungen und Karrierechancen (Berger et al., 2005). Diese Entwicklungen könnten langfristig die Pflichtversorgung psychisch Kranker in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern bedrohen (Berger et al., 2005).

4.3. Gesundheitsökonomische und gesellschaftliche Konsequenzen, sowie Konsequenzen für die Klinik

Die oben beschriebene Verschlechterung der psychiatrischen Behandlungsqualität führt langfristig zu einer Zunahme der gesundheitsökonomischen Kosten. Diese Kostenzunahme ergibt sich erstens aus der bereits beschriebenen Abnahme der Wirksamkeit psychiatrischer Therapie, da gerade in der psychiatrischen Akutbehandlung der direkte Patientenkontakt einen wesentlichen Wirk- und Qualitätsfaktor darstellt (Möller et al., 1996). Zweitens spielt auch die bereits beschriebene Abnahme der Behandlungszufriedenheit beim einzelnen Patienten (Schmid et al., 2005) sowie drittens eine zunehmende Unzufriedenheit bei den Angehörigen jeweils auf Grund häufigerer Wiederaufnahmen zu höheren gesundheitsökonomischen Kosten (Spießl et al., 2005).

Gesellschaftlich gesehen nehmen psychisch Kranke - wie es Kunze 2003 formulierte - eine Sonderstellung im Gesundheitswesen ein. Diese gründet auf den zum Teil bereits angesprochenen Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen: Je schwerer die Erkrankung, desto geringer ist oft der Wunsch des Kranken nach psychiatrischer Behandlung. Demnach hat die Gesellschaft eine besondere Verantwortung für psychisch kranke Menschen. Eine Verschlechterung der ärztlichen Versorgung

psychisch Kranker stellt nicht zuletzt aus diesem Grunde langfristig auch ein enormes gesellschaftliches Problem dar.

Da viele psychisch Kranke auch nicht in der Lage sind, ihre Behandlungskosten dauerhaft und langfristig selbst aufzubringen, steht auch hier die Gesellschaft als Ganzes in der Pflicht. Die oben beschriebene Verschlechterung der Behandlungsqualität mit häufigeren Wiederaufnahmen führt also auch zu einer Zunahme der Kosten für die Gesellschaft (Ernst, 2001).

Welche Folgen ein zu geringer Zeitaufwand für den einzelnen Patienten und das Gesundheitssystem hat, wurde nicht zuletzt anhand der Diskussion zur Einführung von fallpauschalierten Entgeltsystemen in der Psychiatrie deutlich. Um höhere Fallzahlen zu erreichen muss bei fallpauschalierten Entgeltsystemen die Verweildauer verkürzt werden, was in der Konsequenz ebenfalls zu weniger Therapiezeit für den einzelnen Patienten führt. Als Folge dieses schlechteren Fallmanagements werden unter anderem eine Induzierung von Mehrkosten durch Wiederaufnahmen auf Grund instabiler Entlassungssituation beschrieben (Kruckenberg et al., 2001). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie in den USA. Die Veterans Administration, eine Klinikette, führte 1984 in ihren psychiatrischen Kliniken die DRGs ein, gab sie aber bereits 1988 wegen enormer Fallzahlsteigerungen und unverantwortlicher Qualitätsmängel wieder auf (Roseneck & Massari, 1991).

Betriebswirtschaftlich betrachtet stellt sich darüber hinaus die Frage, ob es für die Kliniken sinnvoll ist, dass von den Stationsärzten mehr Zeit als von der PsychPV veranschlagt für die indirekte Behandlung, sowie Dokumentation und Administration und dagegen weniger Zeit für den direkten Patientenkontakt aufgewandt wird. Dabei sollte aus ökonomischer Sicht berücksichtigt werden, dass die Ärzte die teuerste Berufsgruppe innerhalb des Teams der psychiatrischen Kliniken darstellen.

Zusätzlich sollte dabei beachtet werden, dass viele der zeitintensiven Tätigkeiten in der indirekten Behandlung sowie bei der Dokumentation und Administration auch von anderen Berufsgruppen wie Stationssekretärinnen und Kodierassistentinnen mit kürzerer Ausbildung und damit niedrigeren Kosten übernommen werden könnten (Schöffski & v. d. Schulenberg, 2007).

4.4 Konsequenzen für die PsychPV

Ein Weiterbestand der PsychPV als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument erscheint trotz der in vorliegender Studie erhobenen Probleme möglich. Um die PsychPV aber auch weiterhin als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument einsetzen zu können, müssen verschieden Gestaltungs- und Veränderungsvorschläge berücksichtigt werden. Die PsychPV ist revisionsbedürftig in folgenden Punkten: Erstens müssen die der PsychPV zugrunde liegenden Zeitwerte an die höheren Fallzahlen und die kürzere Verweildauer angepasst werden. Zweitens erscheint auch eine Berücksichtigung des gestiegenen Aufwandes für Dokumentation und Administration sowie Behandlung im indirekten Patientenkontakt essentiell. Drittens sollten auch die Veränderungen in der Stationsbesetzung, d.h. die grundsätzlich schlechtere Stationsbesetzung, sowie die vermehrte Abwesenheit von Station auf Grund von z.B. Fortbildung berücksichtigt werden.

Neben den Veränderungen der Zeitwerte und der Anpassung der Stationsbesetzung erscheint auch eine Veränderung der Patientenkategorien wichtig. Nicht zuletzt seit Einführung der PsychPV kam es zu einer deutlichen Veränderung auch der Patientenstruktur der psychiatrischen Stationen, weg von chronisch Kranken hin zu akut psychiatrisch Kranken. Auch der zunehmende Aufbau psychosomatischer Einrichtungen hat zu einer Veränderung der Patientenstruktur in psychiatrischen

Kliniken geführt, der in der PsychPV Rechnung getragen werden sollte. Nur durch eine Anpassung der PsychPV kann die durch ihre Einführung bewirkte, positive Entwicklung für den psychiatrischen Stationsbetrieb fortgeführt werden.

4.5. Mögliche Abhilfen

4.5.1 Klare Zuordnung der Tätigkeiten innerhalb und außerhalb der PsychPV mit Anpassung des Stellenschlüssels

Bei einer eventuellen Neuordnung der Einzelkategorien der PsychPV sollte besonders darauf geachtet werden, dass die Tätigkeiten bzw. Kategorien innerhalb der PsychPV sauber voneinander abgrenzbar sind, um zeitliche Unklarheiten mit den daraus resultierenden Folgen für den Stellenschlüssel zu vermeiden. Gleichzeitig erscheint es sinnvoll, Tätigkeiten innerhalb und außerhalb der PsychPV besser voneinander abzugrenzen. Eine sinnvolle und vor allem logische Abgrenzung der einzelnen Tätigkeiten voneinander erleichtert im ersten Schritt die Berechnung des Stellenschlüssels und damit das Aufzeigen von Personalmangel. Durch eine Anpassung des Stellenschlüssels in den von einander unabhängigen Bereichen könnte dann, bei gleichzeitiger Umverlagerung von Behandlung in den ambulanten bzw. teilstationären Bereich, der Erfüllungsgrad der PsychPV wieder erheblich verbessert werden (Kunze, 2001).

4.5.2 Verbesserung der Personalausstattung

Hinsichtlich einer Aufstockung der Personalausstattung ergeben sich zwei wesentliche Probleme, der Kostendruck durch die Sozialleistungsträger einerseits sowie der Mangel an qualifizierten Ärzten andererseits.

Durch die Deckelung der Budgets sowie der Budgetzuwächse der Kliniken gibt es für die meisten Krankenhäuser eine Deckungslücke zwischen den realen Gehältern, welche an die Mitarbeiter gezahlt werden und den tatsächlich von den Sozialleistungsträgern finanzierten Stellen. Um diese Differenz auszugleichen, müssen entweder Abstriche in der Umsetzung der PsychPV in Kauf genommen werden oder zusätzliche Erlöse in anderen Bereichen erwirtschaftet werden (Reker, 2001).

Doch auch wenn Personaleinsparungen durch zusätzliche Gewinne verhindert werden können, wird es auf Grund des anhaltenden Ärztemangels für die einzelnen Kliniken immer schwieriger fachlich qualifizierte Ärzte anzuwerben. So wollten trotz der Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ und dem damit verbundenen Anreiz für die ärztlich Berufslaufbahn im Jahre 2003 nur durchschnittlich 45% eines Studienjahrgangs auch tatsächlich als Arzt arbeiten. Als Gründe für diese Entscheidung werden neben unattraktiven Arbeitszeiten auch der hohe Arbeitsaufwand zur Erfüllung bürokratischer Vorschriften – also die auch in der psychiatrischen Tätigkeit immer mehr Zeit fordernde Dokumentation und Administration - angegeben. Auch wird der ärztlich Beruf auf Grund der sich ständig ändernden gesetzlichen und kassenärztlichen Bestimmungen als nicht mehr sicher angesehen. Dies erklärt, warum so viele Medizinstudenten nach ihrem Abschluss eine Tätigkeit in anderen, weniger arbeitsintensiven und sichereren Berufsfelder, wie

der Unternehmensberatung, der Krankenversicherung oder der Pharmazie anstreben (Marburger Bund, 2007).

Weiter eingeschränkt wird der Nachwuchs an medizinischen Fachkräften auch durch die Abwanderung von deutschen Medizinern ins Ausland, da ihnen dort meist bessere Arbeitsbedingungen bei gleichzeitig besserer Bezahlung geboten werden. Ende 2004 arbeiteten allein 650 deutsche Ärzte in Norwegen und 2600 in Großbritannien (medizin.de, 2004).

Gleichzeitig wird versucht, den immer mehr zunehmenden Ärztemangel auch durch Anwerben von Ärzten aus dem Ausland vor allem aus Osteuropa, wo das Lohnniveau häufig noch deutlich unter dem in Deutschland liegt, auszugleichen. So waren Ende des Jahres 2003 insgesamt 9.360 ausländische Ärzte an deutschen Krankenhäusern tätig (medizin.de, 2004). Gerade diese Alternative ist jedoch in psychiatrischen Kliniken auf Grund der enormen Bedeutung der psychiatrischen Anamnese bzw. von Arzt-Patientengesprächen für den Erfolg der psychiatrischen Therapie und der bei ausländischen Ärzten häufig auftretenden Sprachbarriere oft nicht umsetzbar.

So wäre es für den Personalbereich essentiell, die Attraktivität der medizinisch-psychiatrischen Tätigkeit wieder zu steigern (Spießl & Hübner-Liebermann, 2003). Doch dies erscheint nicht zuletzt aufgrund der Zunahme von indirekter Behandlung, sowie Dokumentation und Administration bei personeller Minderbesetzung und unzureichender Bezahlung nur durch eine deutliche Umstrukturierung der PsychPV bzw. der psychiatrischen Tätigkeit realisierbar (Spießl & Hübner-Liebermann, 2003).

4.5.3 Umstrukturierung und Rationalisierung des ärztlich-psychiatrischen Tätigkeitsbereichs

Bei einer möglichen Umstrukturierung der PsychPV bzw. des Tätigkeitsbereichs eines klinischen Psychiaters sollte versucht werden die Anforderungen an Dokumentation und Administration zu verringern. Diese Tätigkeiten beanspruchen, wie vorliegende Studie zeigt, einen großen Anteil der ärztlichen Arbeitszeit, gleichzeitig muss auf Grund ihrer Ausweitung gegenüber der Vorgaben der PsychPV, ärztliche Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt eingespart werden. So könnte ein Großteil der erhobenen administrativen und Dokumentationsaufgaben von anderen, letztendlich auch kostengünstigeren Berufsgruppen übernommen werden. Hier wären unter anderem die Case-Manager und das Stationssekretariat zu nennen. Auch die Einführung neuer Berufsgruppen, wie etwa eines Doku-Assistenten wäre denkbar. Dieser Assistent, könnte nach entsprechender Ausbildung oder auch Weiterbildung, einen Grossteil der ärztlichen Dokumentation auf Station übernehmen und dadurch für den Arzt zusätzliche Zeitkontingente für den direkten Patientenkontakt schaffen.

Allgemein erscheint es auch wichtig über den Sinn einzelner Dokumentations- bzw. Administrationstätigkeiten nachzudenken. Eine Überarbeitung im Sinne einer Prozessanalyse einzelner Teilschritte auch bei Tätigkeiten außerhalb der Dokumentation und Administration, könnte zum einen helfen, überflüssige Tätigkeiten, wie das wiederholte dokumentieren derselben Information, abzubauen und zum anderen bestehende Prozesse zu optimieren. Insgesamt wäre dieses Vorgehen geeignet zu einer Reduktion der Anforderungen an Dokumentation und Administration und könnte möglicherweise auch zu einer Prozessoptimierung im Bereich der indirekten Behandlung zu führen.

4.6. Ausblick

Die ursprüngliche Intention der PsychPV, eine Verbesserung der Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken und damit auch eine Verbesserung der Patientenversorgung, wird unter den gegebenen Umständen nur unzureichend erreicht. Vorliegende Untersuchung zeigt dass die von der PsychPV vorgegebenen Zeitwerte zwar in vielen Punkten mit der Realität übereinstimmen, die zeitlichen Vorgaben aber in einigen Bereichen auch deutlich vom Alltag eines Stationsarztes abweichen. Dennoch bleibt die Verwirklichung PsychPV als Instrument der Personalbemessung einer der größten Erfolge in der psychiatrischen Versorgung der letzten 20 Jahre. Es erscheint durchaus möglich und vor allem auch sinnvoll, die PsychPV nach Anpassung an den veränderten Arbeitsalltag eines klinischen Psychiaters als Instrument der Personalbemessung beizubehalten. Auch eine Weiterentwicklung der PsychPV als Instrument der Finanzierung wäre gerade angesichts der derzeitigen Diskussion über die Einführung fallpauschalierter Entgeltsysteme in der Psychiatrie denkbar. Eine Zunahme der Anforderungen an Dokumentation und Administration auch in somatischen Bereichen der Medizin lässt vermuten, dass gerade die Einführung eines DRG-Systems zu einer weiteren Ausweitung von Dokumentation und Administration und damit einer zusätzlichen Verkürzung des Patientenkontaktes im psychiatrischen Bereich führen könnte.

Hinsichtlich vorliegender Studie wären weitere Untersuchungen in den anderen Bereichen der PsychPV wie Sucht, Geriatrie usw. wichtig, um zu klären, ob sich auch dort ähnliche Probleme in der Umsetzung der PsychPV ergeben. Darüber hinaus könnten dann auch sich möglicherweise ergebende zusätzliche Aspekte und Problemfelder in die aktuelle Diskussion mit einbezogen werden. Um die Kenntnisse über Vor- und Nachteile der PsychPV abzurunden, sollten neben der Tätigkeit der

Stationsärzte auch der Arbeitsalltag anderer Berufsgruppen wie der Pflege, Diplompsychologen, Sozialarbeiter, letztendlich aller von der PsychPV betroffenen Berufsgruppen, analysiert werden. In diesem Zusammenhang ließe sich auch die von vorliegender Studie aufgeworfene Frage klären, ob und in welchem Ausmaß Tätigkeiten im direkten Patientenkontakt von anderen Berufsgruppen auf Station übernommen werden.

Insgesamt ergibt sich also ein großer Bereich für zusätzliche Forschungstätigkeit, weitere Analysen sind dringend notwendig um die politische Diskussion über die PsychPV und letztendlich auch die PsychPV selbst am Leben zu erhalten.

4.7. Zusatz und Schlussbemerkung:

Die vorgelegte Untersuchung wurde im Jahr 2005 durchgeführt, also noch vor Abschluss des Tarifvertrags Ärzte/VKA. Mit dem Tarifabschluss im Jahr 2006 wurde die Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in kommunalen Kliniken von 38,5 auf 40 Stunden pro Woche erhöht. Gleichzeitig wurden die Gehälter von Ärztinnen und Ärzten erheblich angehoben. Da dies nicht durch eine entsprechende Anhebung der Krankenhausbudgets gegenfinanziert war, ist davon auszugehen, dass parallel zur Erhöhung der Arbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte eine Verringerung der Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen Dienst in zahlreichen Kliniken notwendig war und auch durchgeführt wurde. Es ist deshalb zu vermuten, dass die in der Studie erhobenen Daten und daraus abgeleiteten Ergebnisse auch nicht durch die Ausweitung der ärztlichen Wochenarbeitszeit von 38,5 auf 40 Stunden grundlegend verändert wurden. Insofern haben die Ergebnisse unverändert Gültigkeit.

Im Jahr 2008 entstand aufgrund der zunehmenden Verschlechterung der Versorgung psychisch Kranker in psychiatrischen Kliniken, die auch in der vorliegenden Studie beschrieben ist, eine breite politische Diskussion über die reale Umsetzung der Vorgaben der PsychPV. Dabei war die in der Bundespflegesatzverordnung vorgesehene Personalbemessung nach PsychPV zwar nie formal außer Kraft gesetzt, sie war jedoch durch die im Gesetzesrang definierte Priorität der Beitragsstabilität der Krankenkassenbeiträge faktisch außer Kraft gesetzt. Die Bundesregierung hatte die Aktion Psychisch Kranke mit der Durchführung einer groß angelegten deutschlandweiten Umfrage zur realen Umsetzung der PsychPV beauftragt. Die Ergebnisse zeigten, dass aufgrund der Unterfinanzierung psychiatrischer Kliniken in zahlreichen Kliniken die Vorgaben der PsychPV bei weitem nicht umgesetzt waren.

Im Jahr 2008 und 2009 kam es zu einem Konsens von Fachgesellschaften, Vertretern von Interessensgruppen aus der Psychiatrie und Aktionsbündnissen, wie z. B. der Aktion psychisch Kranker, der DGPPN, den Verbänden der Lehrstuhlinhaber und der Bundesdirektorenkonferenz sowie den Krankenhausverbänden und vielen anderen Verbänden, die gemeinsam den Gesetzgeber drängten, hier akut Abhilfe zu schaffen. Diese Bemühungen waren erfolgreich. Mit einer Änderung des KHGs und der Bundespflegesatzverordnung im März 2009 fügte der Gesetzgeber in den § 6 Bundespflegesatzverordnung den Absatz 4 ein mit folgendem Text: „Soweit die Vorgaben der PsychPV zur Zahl der Personalstellen bei einem Krankenhaus bis zum 31.12.2008 nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden, sollen nach Aufforderung einer Vertragspartei die zu diesem Stichtag fehlenden Personalstellen nach Maßgabe der folgenden Sätze verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden:

1. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 unterhalb von 90 % ist ab dem 01.01.2009 eine Umsetzung zu 90 % zu vereinbaren, darüber hinaus kann eine Vereinbarung nach Nr. 2 geschlossen werden
2. Bei einer Umsetzung nach Satz 1 zwischen 90 und 100 % ist bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs nach der PsychPV eine höhere Personalbesetzung zu vereinbaren.“

Diese Regelung wurde schiedsstellenfähig und auch im Lauf der nachfolgenden Verhandlungen mehrfach durch Schreiben des BMG in der Zielsetzung einer besseren Finanzierung psychiatrischer Kliniken bekräftigt, so dass es in zahlreichen Kliniken zu substantziellen Budgetsteigerungen kam.

Gleichzeitig beauftragte der Gesetzgeber mit einer Novellierung des § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz die Selbstverwaltungsparteien und das INEK mit der Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten in allen Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik und dessen Einführung bis zum Jahr 2013.

Gegenwärtig befinden sich die psychiatrischen Kliniken in einer Phase der Umstellung auf das für 2013 angekündigte neue pauschalierte Entgeltsystem. Als bedenklich in dieser Entwicklung ist anzumerken, dass nach gegenwärtigem Ermessen mit der Einführung des neuen Entgeltsystems ein erheblicher Zuwachs an administrativen Aufgaben sowie Dokumentationsaufgaben auf die Kliniken zukommen wird – also einem wesentlichen Grund für die Reduktion der in der direkten Patientenversorgung verbrachten Zeit, wie die vorliegende Untersuchung aufzeigen konnte. Gerade durch diese Entwicklung werden die in der Diskussion der

Dissertation angeführten Vorschläge zu einer Entlastung des therapeutischen Personals im Bereich von Dokumentation und Administration umso wichtiger. Insofern hat die vorliegende Arbeit nichts von ihrer Aktualität verloren und könnte Grundlage sein für die wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen der Einführung des neuen Entgeltsystems auf die Abläufe in psychiatrischen Kliniken sowie die daraus resultierenden Konsequenzen für die Patientenversorgung.

5. Literaturverzeichnis

AOK (2005). AOK-Wahlspezial-Reformgeschichte 1993: Gesundheitsstrukturgesetz, AOK-Bundesverband. **2005**.

Auerbach P., B. D., Graf H., Kaltenbach L., Kunze H., Rotthaus W. (1996).

Psychiatrie-Personalverordnung Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart, Kohlhammer.

Beine, KH. (1991). „Personalbedarf in der stationären Psychiatrie.“ Psychiatrische Praxis.

Berger M. (2005). Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Heidelberg, Springer.

Betschel C. (2001). Maßstäbe für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Fachhochschule Giessen-Friedberg.

Bundesministerium der Justiz (2000). Bundespfllegesatzverordnung.

Burgmer M., F. H. (2002). "DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin." Psychiatrische Praxis **29**: 240-244.

Carlsson A., L. M. (1963). "Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3-methosytyramine and normetanephine in mouse brains." Acta Pharmacologica et Toxicologica **20**: 140-144.

Ernst K. (2001). Psychiatrische Versorgung heute. Sternenfels, Wissenschaft & Praxis.

ess-europe (2005). Reformen und Entwicklungen im Gesundheitswesen - private Krankenversicherung. **2005**.

Finzen, A. S.-D., H. (1979). "Unter elenden menschenunwürdigen Umständen" Die Psychiatrie-Enquete. Rehburg-Loccum, Psychiatrie Verlag Wunstorf.

Gerlinger T. (2003). "Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003." Das Parlament **B33-34/2003**: 6-13.

Häfner, H. (2000). "Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts." Krankenhauspsychiatrie **11**: 145-157.

Jeschke H. A., H. B. (1994). Gesundheitsstrukturgesetz 1993. Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb. Basel, Aesopus Verlag.

Krankenhausgesellschaft, B. (2004). Die bayerischen Krankenhäuser als Wirtschaftsfaktor, Bayerische Krankenhausgesellschaft. **2005**.

Krankenhausgesellschaft, D. (2003). Personalkosten im Krankenhaus, Deutsche Krankenhausgesellschaft. **2005**.

Krankenhausinstitut, D. (2000). Krankenhaus Barometer, Deutsches

Krankenhausinstitut. **2005.**

Krankenhausinstitut, D. (2004). Krankenhaus Barometer, Deutsches

Krankenhausinstitut. **2005.**

Kruckenberg P., W. M., Bauer M., Kunze H., Fritze J., Schmauß M. (2001).

"Vergütung psychiatrischer Leistungen im neuen Krankenhaus-Entgeltsystem (DRG-System)." Der Nervenarzt **11**(72): 894-896.

Kunze, H. (1995). Funktionswandel des psychiatrischen Krankenhauses. Berlin, Springer.

Kunze, H. (2002). "Leserbrief." Psychiatrische Praxis **29**.

Kunze, H. (2003). "Die Sonderstellung von psychisch kranken Menschen im Gesundheitswesen." Der Nervenarzt **12** (74): 1163-1166.

Marburger Bund (2007). Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. **2007**

Marktwirtschaft, I. (2003). Reform-Chronik 2003, INS Marktwirtschaft. **2005.**

medizin.de (2004). Krankenhäuser geplagt von Kostendruck und Personalmangel. **2006.**

Möller H.-J., L. G., Deister A., (1996). Psychiatrie. Stuttgart, Hippokrates Verlag.

Möller H.-J., L. G., Kapfhammer H.-P. (2000). Psychiatrie. Berlin, Springer.

Rosenheck R., M. L. (1991). "Psychiatric Inpatient Care in the VA: Before, During, and After DRG-Based Budgeting." American Journal of Psychiatry(148): 888-891.

Schmidt Ch. (2001). "Chronik der Gesundheitspolitik 1989-2001." Frankfurter Allgemeine Zeitung Archiv.

Schmid R., Neuner T., Cording C., Spießl H. (2005). "Lebensqualität schizophrener Erkrankter und ihr Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten." Psychiatrische Praxis(32): (272-280).

Schöffski O., v. d. Schulenberg J.-M. (2007). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Springer.

Spießl H., Schmid R., Wiedemann G., Cording C.(2005). "Unzufriedene Angehörige- Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit?" Psychiatrische Praxis(32): (215-217).

Spießl H., H.-L. B. (2003). "Great Jobs"- auch in der Psychiatrie?" Der Nervenarzt **9**(74): 775-778.

Spießl H., Spießl A., Cording C. (1999). " "Ideal" inpatient psychiatric treatment from the viewpoint of the patients." Psychiatrische Praxis(26)1: (3-8).

SPSS (2003). SPSS Users Manual. Mahwah, New Jersey, McGraw-Hill Book

Company & SPSS Inc.

World health organization, W. (1991). Tenth revision of the international classification of diseases. Clinical description and diagnostic guidelines. Genf, WHO.

6. Abkürzungsverzeichnis

- DRGs: Diagnosis related groups
- PsychPV: Psychiatrie Personal Verordnung
- BRD: Bundesrepublik Deutschland
- DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft
- GSG: Gesundheitsstrukturgesetz
- GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
- RSA: Risikostrukturausgleich
- NOGs: Neuordnungsgesetze zur gesetzlichen Krankenversicherung
- GKV: Gesetzliche Krankenversicherung-Gesundheitsreformgesetze
- DMPs: „Disease-Management“- Programme
- WHO: World Health Organisation
- YLLs: Years of live lifed with disability
- ICD-10: International classification of diseases 10th edition
- BpflV: Bundespflegegesetzverordnung
- DGCH: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- USA: United States of America

7. Anhang

Für vorliegende Studie verwendete Ratingbögen

8. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Iris Sabine Meißner geb. Senft
Geburtsdatum	10.01.1977
Geburtsort	Regensburg
Konfession	Römisch-katholisch
Familienstand	verheiratet

Schulbildung

1983 – 1987	Grundschule Maxhütte-Haidhof Rappenbügl
1987 – 1988	Sophie-Scholl-Hauptschule Burglengenfeld
1988 – 1997	Johann-Michael-Fischer Gymnasium Burglengenfeld, Abschluss Abitur, Note 1,8

Hochschulausbildung

1997 – 2004	Diplomstudiengang Psychologie Universität Regensburg
2000 – 2008	Studium der Humanmedizin Universität Regensburg
April 2003	Physikum, Gesamtnote „ausreichend“
April 2004	Diplomprüfung Psychologie, Gesamtnote „gut“
April – Juni 2008	Zweite ärztliche Prüfung , Gesamtnote „gut“

Promotion

„Tätigkeitsanalyse des ärztlichen Dienstes
psychiatrischer Kliniken“,
Betreuer: Prof. Dr. med. H. Klein, PD Dr. med. G.
Hajak, PD Dr. med. A. Putzhammer,
Universitätsklinik für Psychiatrie Regensburg;

Praktikas

08/00 – 10/00	Psychologisches Praktikum Postakut- und Rehabilitationszentrum für Neurologie und Geriatric Lenggries
---------------	---

08/02 – 10/02

Psychologisches Praktikum Arbeitsgruppe
kognitive Psychophysiologie Prof. Dr. phil. B.
Röder Universität Marburg

Famulaturen

08/03

Prof. Dr. med. E. Martin - Fiori, Abteilung Magnet-
resonanz Universitätskinderklinik Zürich

09/03

Dr. med. H.–J Füssl, Praxis für Allgemeinmedizin,
Regensburg

08/04 – 09/04

Dr. med. B. Schiessl, Innere Medizin I,
Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg

08/05

Prof. Dr. med. H. Klein, Klinik- und Poliklinik für
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universität Regensburg

02/06 – 03/06

Dr. med. Th. Bosse, Praxis für Neurologie und
Psychiatrie, Regensburg

09/07

Dr. med. B. Schiessl, Innere Medizin I, Caritas
Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Praktisches Jahr

02/07 – 06/07

Prof. Dr. med. W. Strik, Universitäre psychiatrische
Dienste Kriseninterventionszentrum,
Universitätsklinik für Psychiatrie Bern, Schweiz

06/07 – 08/07

Dr. med. U. Zellweger, Klinik für Innere Medizin,
Regionalspital Surselva Ilanz, Schweiz

08/07 – 10/07

Prof. Dr. med. R. Andreesen & Prof Dr. med. J.
Schölmerich, Klinik für Hämatologie/Onkologie,
Klinik für Innere Medizin I, Universität Regensburg

10/07 – 01/08

Prof. Dr. med. R. P. Wirsching, Klinik für
Chirurgie, Caritaskrankenhaus St. Josef

berufliche Erfahrungen

03/06 – 12/06

Studentische Hilfskraft, PD Dr. med. A.
Putzhammer, MBA, Klinik- und Poliklinik für
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,
Universität Regensburg

08/08-08/09

Assistenzärztin, Chefarzt Dr. H.-L. Kolmann, Klinik für Neurologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg

08/09-10/09

Assistenzärztin, Chefarzt Dr. C. Balzer, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, St. Barbara KH Schwandorf

Seit 12/09

Assistenzärztin, Chefarzt Dr. F. Rockmann, Notfallzentrum, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg

Besondere Kenntnisse

Sprachen

Englisch in Wort und Schrift

EDV

Word, Excel, SPSS

9. Danksagung

Die Autorin möchte allen Personen danken die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, insbesondere aber

Herrn Prof. Dr. H. Klein und Herrn Prof. Dr. G. Hajak für die Betreuung der vorliegenden Arbeit.

PD Dr. A. Putzhammer für die Betreuung und Korrektur der Arbeit sowie die stets freundschaftliche Unterstützung.

Katrin Fischer, Luzia Fink, Sandra Schlegl und Michaela Stiegeler für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Tobias Meißner und meiner Familie für Korrekturvorschläge und alles weitere.

10. Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Regensburg, den 09.11.2010

Iris Meißner