

Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland

Hans-Christoph Friederich^{1,2}, Gereon Heuft^{3,2}, Ulrich Cuntz⁴,
Gerhard Hildenbrand⁵, Hans-Martin Rothe⁶, Karl Blum⁷, Claus Krüger⁸,
Achim Hochlehner⁹, Johannes Kruse^{10,11}, Christian Raible^{12,11}

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD), der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen (CPKA) und dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI)

Summary

Staffing level: Survey among psychosomatic-psychotherapeutic institutions in Germany

Objectives: To establish the first nationwide hospital survey to assess the level of staffing for inpatient and daycare treatment in psychosomatic hospitals and specialist departments in Germany.

Methods: Using a standardized written hospital survey from the Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), we invited a total of 218 psychosomatic-psychotherapeutic hospitals and specialist departments to participate. The participation rate of the institutions was 35 %.

Results: In the overall sample, one psychotherapist (physician/clinical psychologist) was responsible for treating a median of 3.9 beds/patients (interquartile range 3.1–5.1) and one nurse a median of 2.9 beds/patients (interquartile range 2.3–3.9). There were significant differences for the nurse-patient ratio depending on the organizational size of the institution. To ensure quality treatment, professional experts saw increased staffing needs of about 12–17 % across both professions. For the professional groups of specialist therapists and social workers, broad variances were observed for the therapist-patient ratio in the overall sample.

¹ Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Düsseldorf.

² Gleichberechtigte Erstautorenschaft.

³ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster.

⁴ Klinik für Psychische und Psychosomatische Erkrankungen, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee.

⁵ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Lüdenscheid.

⁶ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Städtisches Krankenhaus Görlitz.

⁷ Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.

⁸ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kreisklinik Ebersberg.

⁹ Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg.

¹⁰ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen.

¹¹ Gleichberechtigte Letztautorenschaft.

¹² Fachklinik für Psychosomatik, Schön Klinik Bad Arolsen.

Conclusions: The study provides an important and relevant data basis for the further discussion to determine mandatory minimal staffing levels in German psychosomatic-psychotherapeutic institutions.

Z Psychosom Med Psychother 64/2018, 334–349

Keywords

Health Economics and Health Care Research – Psychosomatic Medicine – Psychotherapy – Staffing Level – Staffing Needs – Inpatient and Day Care Treatment

Zusammenfassung

Fragestellung: Das Ziel der Studie war es, eine erste bundesweite Krankenhausbefragung zur Personalausstattung im (teil-)stationären Bereich in Krankenhäusern und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchzuführen.

Methode: Im Rahmen einer standardisierten schriftlichen Krankenhausbefragung wurden durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) insgesamt 218 Krankenhäuser beziehungsweise Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie angeschrieben. Die Teilnahmequote der Kliniken lag bei 35 %.

Ergebnisse: In der Gesamtstichprobe behandelte ein Psychotherapeut¹³ (Arzt/Psychologe) im Median 3.9 Betten/Patienten (Interquartilsabstand 3.1 – 5.1) und eine Pflegekraft im Median 2.9 Betten/Patienten (Interquartilsabstand 2.3 – 3.9). In der Pflege ergaben sich deutliche Unterschiede des Betreuungsverhältnisses in Abhängigkeit von der Organisationsgröße der Einrichtung. Für eine aus fachlicher Sicht qualitätsgesicherte therapeutische Versorgung wurde ein Mehrbedarf von etwa 12 bis 17 % über beide Berufsgruppen hinweg gesehen. Für die Berufsgruppen der Spezialtherapeuten und Sozialarbeiter zeigte sich eine breite Streuung der Behandlungsverhältnisse in der Gesamtstichprobe.

Diskussion: Die Untersuchung stellt eine wichtige und wertvolle Datengrundlage für die weitere Diskussion zur Festlegung von verbindlichen Personalmindestvorgaben in psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen dar.

1. Einleitung

Die Festlegung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung im stationären Bereich wurde im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) Ende 2016 gesetzlich festgeschrieben (Deutscher Bundestag 2016). Mit der Diskussion um Mindestvorgaben geht die Forderung nach Einhaltung dieser Mindestausstattung als *conditio sine qua non* für die Aufrechterhaltung einer ausreichend hohen Versorgungsqualität und Patientensicherheit in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern einher – verbunden sowohl mit Hoffnungen als auch mit Befürchtungen. Die Hoffnungen

¹³ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Folgenden nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets jedoch beide Geschlechter. Die gendergerechte Schreibweise des Manuskripts wird den Vorgaben des Verlags angepasst.

richten sich auf eine „abgesicherte“ personelle Strukturqualität, die Befürchtungen imaginieren denkbare Sanktionen der Kostenträger bei Unterschreiten der Mindestausstattung auch für den Fall, dass passager kein ausreichendes Fachpersonal bei Abgängen gefunden werden kann.

Mit der Festlegung verbindlicher Personalmindestvorgaben bis 2020 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt. Hierfür hat der G-BA erstens eine Studie zur Ist-Erhebung in Auftrag geben, zweitens nimmt der G-BA Experten-Anhörungen zur berufsgruppenspezifischen Personalausstattung vor und führt drittens eine Literaturrecherche zur evidenzbasierten und leitliniengerechten Behandlung durch. Basierend auf dieser Datengrundlage soll in einem zweiten Schritt die Festlegung der Personalmindestvorgaben in Abstimmung mit den Fachgesellschaften erfolgen.

Die vom G-BA erarbeiteten Personalmindestvorgaben sollen 2020 die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV; Kunze et al. 2010) ablösen. Die Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM und PT) waren und sind von den Regelungen der PsychPV ausgenommen. Die Personalbemessung im Fachgebiet PSM und PT hat sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten an den Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) orientiert (Hildenbrand et al. 2011). Es handelt sich bei diesen Personalanhaltszahlen, analog zur PsychPV, um normativ-empirisch ermittelte Minutenwerte, die das Mindestmaß bei der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen (psom.-psychother.) Einrichtungen beschreiben.

Die Erfassung der Personalausstattung im Fach PSM und PT wird erschwert durch die unterschiedlichen Konstellationen der Einrichtungen, die psom.-psychother. Leistungen erbringen. Neben großen Kliniken außerhalb von Städten mit spezialisierten Angeboten gibt es kleinere psom.-psychother. Abteilungen, die in somatischen, psychiatrischen oder auch universitären Kliniken mit jeweils unterschiedlichen Therapie- und Versorgungsschwerpunkten integriert sind. Eine Differenzierung der verschiedenen Versorgungskonstellationen sollte bei der Festlegung von Personalmindestvorgaben berücksichtigt werden. Ferner bieten zunehmend mehr Einrichtungen störungsspezifische Therapieprogramme an. Bislang ist nicht bekannt, inwieweit die hochspezialisierten Therapieangebote mit einem höheren personellen Aufwand einhergehen. Des Weiteren bildet der Ist-Zustand insbesondere durch den aktuellen Nachwuchskräftemangel oder auch eine verzögerte Nachbesetzung von kurzfristig freiwerdenden Stellen häufig nicht die Personalausstattung ab, die aus fachlicher Sicht zwingend notwendig ist.

Vor diesem Hintergrund haben der Verband Psychosomatischer Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD), die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und die Chefarzt-Konferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen (CPKA) entschieden, eine eigene bundesweite Vollerhebung zum Personaleinsatz und Personalbedarf in Psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen durchzuführen. Ziel der Erhebung ist es, eine empirische Datengrundlage für die weitere Abstimmung der Personalmindestvorgaben mit dem G-BA zu schaffen. Im Rahmen

der Erhebung soll neben der bestehenden Personalausstattung (Ist-Stand) auch der aus fachlicher Sicht erforderliche Personalbedarf für eine qualitätsgesicherte Behandlung (Soll-Zustand) erfasst werden. Des Weiteren sollen Aspekte wie Organisationsform der psom.-psychother. Versorgung sowie Störungsorientierung der Therapieprogramme in der Auswertung berücksichtigt werden.

2. Methodik

2.1. Ablauf der Befragung

Mit der Durchführung der standardisierten schriftlichen Krankenhausbefragung wurde das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) als unabhängige Institution beauftragt, um eine anonyme Erhebung zu gewährleisten und die Datenschutzbedürfnisse der Kliniken und Abteilungen zu berücksichtigen. Die Erhebungsunterlagen für die erste Erhebungstranche wurden postalisch an die Krankenhäuser versandt. Zur Ermittlung der Grundgesamtheit wurden zum einen die Mitgliederverzeichnisse der drei beteiligten Verbände (VPKD, DGPM, CPKA) herangezogen. Die Stichprobe wurde durch weitere psom.-psychoth. Einrichtungen aus der DKI-Datenbank ergänzt, die nicht in den genannten Verzeichnissen aufgeführt sind. Auf diese Weise konnten insgesamt 218 Krankenhäusern beziehungsweise Abteilungen in Krankenhäusern, die nach § 39 und § 109 SGB V einen Versorgungsauftrag haben, identifiziert und angeschrieben werden. Eine exakte Quantifizierung der Grundgesamtheit der stationären psom.-psychoth. Einrichtungen in Deutschland ist nicht möglich, da keine verlässliche Fachabteilungsstatistik zur Verfügung steht. Über den postalischen Erstversand hinaus wurden insgesamt drei elektronische Nachfassaktionen durchgeführt. Bei diesen Nachfassaktionen haben die beteiligten Verbände ihre Mitglieder direkt und allgemein, also ohne Kenntnis von Response oder Non-Response der einzelnen Mitglieder, per Mail an die Befragung erinnert. Der Rückversand der Fragebögen erfolgte ausschließlich an das DKI, das auch primärer Ansprechpartner für Rückfragen zu der Fragebogenerhebung war. Die Befragung zur Personalausstattung wurde von September 2017 bis Januar 2018 durchgeführt. Als Stichtag für die Erfassung der Struktur- und Personaldaten wurde der 31.12.2016 festgelegt.

2.2. Erhebungsbogen

Der Fragebogen wurde eigens für die Studie konzipiert und in einem kognitiven Pretest durch Fachexperten der drei Verbände zunächst auf seine Inhaltsvalidität, Umfang beziehungsweise Verständlichkeit und Korrektheit der Terminologie hin überprüft.

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden darüber informiert, dass nur der Stellenanteil anzugeben ist, mit dem ein Mitarbeiter auf der Station beziehungsweise in der Tagesklinik arbeitet. Das heißt, Stellenanteile für zusätzliche Tätigkeiten der Mitarbeiter in der Ambulanz, im Konsil- und Liaisondienst oder in der Forschung und Lehre sollten entsprechend der Trennungsrechnungen nicht berücksichtigt werden.

Um den zeitlichen Aufwand für die beteiligten Einrichtungen überschaubar zu halten und die Motivation für die Teilnahme an der Erhebung nicht zu gefährden, beschränkte sich die Erhebung der Behandlungsverhältnisse auf die tarifrechtliche Regelarbeitszeit.

Das Instrument gliederte sich im Wesentlichen in zwei Teile (der vollständige Fragebogen kann als Anhang in der Online-Version des Artikels angesehen werden). Im ersten Teil wurden die Strukturdaten der psom.-psychoth. Einrichtungen (z. B. Infrastruktur zur Abrechnung des Zusatzcodes 9–642) sowie der Personalausstattung (Ist-Zustand) im vollstationären Bereich in der Erwachsenenmedizin erfragt. Die Befragung umfasste die Berufsgruppen der Ärzte, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialarbeiter und die „Restkategorie“ Spezialtherapeuten. In der letztgenannten Kategorie wurde das gesamte Personal zusammengefasst, das therapeutische Leistungen am Patienten erbringt, jedoch keiner der anderen Berufsgruppen zuzuordnen ist (z. B. Körper- und Bewegungstherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten, Physiotherapeuten, Diätassistenten, etc.).

Im zweiten Teil des Fragebogens (der vollständige Fragebogen kann als Anhang in der Online-Version des Artikels angesehen werden) erfolgte eine Differenzierung in störungsübergreifende und störungsspezifische Behandlungssettings. Das Instrument ermöglichte Angaben zu maximal drei störungsspezifischen Settings. Im Rahmen der Erhebung wurde ein störungsspezifisches Setting definiert als eine Organisationseinheit (z. B. Station), in der ausschließlich oder überwiegend Patienten einer bestimmten Diagnosegruppe behandelt werden. Des Weiteren wurden Struktur- und Personaldaten zu tagesklinischen Behandlungssettings sowie Settings der Kinder- und Jugendpsychosomatik erfasst. Im zweiten Teil des Fragebogens wurde neben der aktuellen Personalausstattung (Ist-Zustand), auch der aus fachlicher Sicht erforderliche Personalbedarf (Soll-Zustand) in dem jeweiligen Setting erhoben. Die Teilnehmer der Befragung wurden gebeten, die Erfassung des Personalbedarfs der Settings in Rücksprache mit der jeweiligen ärztlich-therapeutischen Leitung einer Station/Tagesklinik vorzunehmen.

2.3. Statistische Auswertung

Der Schwerpunkt der Auswertung liegt auf deskriptiv-statistischen Verfahren. Für die Beschreibung der Häufigkeitsverteilung wurden neben dem Mittelwert (MW) und der Standardabweichung (SD) zusätzlich die Quartile (25. Perzentil, 50. Perzentil (Median), 75. Perzentil) angegeben. Es wurde auf die Quartile als zusätzliches Streuungsmaß zurückgegriffen, da sie den Datensatz für ausgewählte Parameter in vier gleich große Wertebereiche zerlegen und nicht durch Ausreißer beeinflusst sind.

Zur Prüfung von Unterschiedshypothesen (z. B. zwischen Krankenhäusern und Abteilungen) kamen je nach Datenniveau und nicht-normalverteilten Daten der Wilcoxon-Test beziehungsweise Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung. Bei einem p-Wert < 0.05 (zweiseitig) wurde das Ergebnis eines statistischen Tests als signifikant gewertet. Die statistische Analyse erfolgte mit dem Softwarepaket IBM SPSS (Version 22).

Als Kennziffer der Personalausstattung in den teilnehmenden Kliniken und Ab-

teilungen wurde die Anzahl der Betten beziehungsweise tagesklinischen Plätze errechnet, die von einer Vollkraft (VK) einer bestimmten Berufsgruppe behandelt wurde. Die Berechnung war unabhängig von der Auslastung der Behandlungsplätze zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Als Kennziffer der Personalausstattung in den teilnehmenden Kliniken und Fachabteilungen wurde das Verhältnis von Anzahl der Betten beziehungsweise tagesklinischen Plätzen zu Vollkraft (VK) je Berufsgruppe zum Stichtag 31.12.2016 verwendet. Die Berechnung erfolgte jeweils anhand der angegebenen Bettenzahl beziehungsweise Behandlungsplätze und war unabhängig von der Auslastung der Behandlungsplätze zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Im gegenwärtigen Gruppierungsalgorithmus werden die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS 2018) erbrachten Therapieeinheiten (TEs) von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gemeinsam berücksichtigt, so dass diese beiden Berufsgruppen zusätzlich auch zusammengefasst ausgewertet wurden.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben sich $n = 76$ psom.-psychoth. Einrichtungen an der Befragung beteiligt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 35 % ($n = 218$). Jeweils knapp ein Viertel der teilnehmenden Einrichtungen entfielen auf Krankenhäuser ($n = 17$, 22.4 %) sowie Abteilungen an Universitätskliniken ($n = 17$, 22.4 %). Den größten Anteil mit knapp der Hälfte aller teilnehmenden Einrichtungen bildeten die Abteilungen an somatischen Krankenhäusern ($n = 36$, 47.4 %). Der Anteil der Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern lag unter 10 % ($n = 5$, 6.6 %). Als nicht eigenständige Fachabteilung beteiligte sich eine Station (1.3 %) für Psychosomatik und Psychotherapie innerhalb einer Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Erhebung. Von den insgesamt 4343 Betten, die durch die Erhebung berücksichtigt werden konnten, entfielen 57.7 % ($n = 16$, 2506 Betten) auf Krankenhäuser und 42.3 % ($n = 59$, 1837 Betten) auf Abteilungen.

Für den vollstationären Bereich betrug die Anzahl der (Plan-)Betten der beteiligten Kliniken im Median 33 Betten (Interquartilsbereich 20–55 Betten). Die weitere Differenzierung in Krankenhäuser und Abteilungen ergab im Median 118 Betten (Interquartilsbereich 61–239 Betten) für Krankenhäuser ($n = 16$) und im Median 25 Betten (Interquartilsbereich 18–36 Betten) für Abteilungen ($n = 59$). Die durchschnittliche Verweildauer der Kliniken lag im Mittel bei 46.2 Tagen (Standardabweichung 10.9 Tage). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede für die stationäre Verweildauer in Krankenhäusern und Abteilungen ($Z = -0.10$, $p = 0.92$, $n = 72$). Die Auslastung der Betten lag im Median bei 98 % (Interquartilsbereich 90–100 %). Als weiteres Strukturmerkmal wiesen 58.9 % ($n = 43$) der Kliniken eine Infrastruktur entsprechend des OPS-Zusatzcodes 9–642 (OPS 2018) auf. Ausgehend von der insgesamt erfassten Bettenzahl wurde die Infrastruktur des Zusatzcodes 9–642 für ein

Drittel der Betten (33.1 %, 1363 Betten) vorgehalten. Angaben zum OPS-Zusatzcode 9–642 wurden von $n = 73$ Kliniken mit insgesamt 4122 Betten vorgenommen.

Für die Therapiesettings ergaben sich die folgenden Ergebnisse: Obwohl nahezu alle untersuchten Kliniken störungsübergreifende Settings angegeben haben ($n = 71$, 93.7 %), wurden störungsspezifische Settings nur von einem Drittel der Kliniken zum Zeitpunkt der Erhebung angeboten ($n = 26$, 34.2 %). Pro Einrichtung konnten bis zu drei störungsspezifische Settings angegeben werden. Für die Auswertung lagen Daten von insgesamt 50 störungsspezifischen Settings vor. Die vier häufigsten störungsspezifischen Settings waren *F43* Reaktion auf Belastungen* ($n = 12$, 24 %), *F45* Somatoforme Störungen* ($n = 10$, 20 %), *F50* Essstörungen* ($n = 10$, 20 %) und *F6* Persönlichkeitsstörungen* ($n = 6$, 12 %). Alle weiteren Settings zeigten eine Häufigkeit unter 10 %. Des Weiteren verfügten 61 % ($n = 46$) der Einrichtungen über eine Tagesklinik. Eine Kinder- und Jugendpsychosomatik wurde von weniger als 5 % der Einrichtungen angegeben ($n = 3$, 3.9 %).

Die Zahl der Betten in störungsspezifischen Settings (Median 14 Betten, Interquartilsbereich 8.0–21.5 Betten) lag signifikant niedriger als in störungsübergreifenden Settings (Median 25 Betten, Interquartilsbereich 17.9–44.3 Betten; $Z = -4.5$, $p < 0.001$, $n = 115$). Umgekehrt verhält es sich mit der Verweildauer: Die durchschnittliche Verweildauer war in störungsspezifischen Settings (52.8 Tage, SD 12.5 Tage) signifikant länger als in störungsübergreifenden Settings (46.6 Tage, SD 11.1 Tage; $Z = -2.3$, $p = 0.022$, $n = 104$). Innerhalb der störungsspezifischen Settings zeigte das Essstörungssetting die höchste Verweildauer mit durchschnittlich 60.0 Tagen (SD 4.6 Tage).

Die Zahl der Behandlungsplätze in den Tageskliniken lag im Median bei 15 Plätzen (Interquartilsbereich 8.8–22 Plätze, $n = 46$). Die durchschnittliche Verweildauer lag im Mittel mit 28.7 Tagen (SD 11.1 Tage, $n = 42$) deutlich niedriger als im vollstationären Bereich (siehe oben).

Aufgrund der geringen Zahl für Einrichtungen mit einer Kinder- und Jugendpsychosomatik erfolgte keine weitere Auswertung für dieses Setting.

3.2. Personalbestand für vollstationäre Versorgung

Die Behandlungsverhältnisse für die verschiedenen Berufsgruppen fasst Tabelle 1 zusammen. Für die Berufsgruppen der Pflege, Sozialarbeit und Spezialtherapie zeigte sich eine breitere Streuung (Standardabweichung) sowie schiefe Verteilung (Mittelwert versus Median) im Vergleich zur Gruppe der Psychotherapeuten (Ärzte/Psychologen). Innerhalb einer Einrichtung verfügten nahezu alle Pflegekräfte (Median: 100 %, Interquartilsbereich: 93–100 %) über eine abgeschlossene dreijährige Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger, während die Fachweiterbildung Psychiatriepflege sehr selten angegeben wurde (Median 0 %, Interquartilsbereich 0–19 %). Die Hälfte der Ärzte innerhalb einer Einrichtung verfügte über eine Facharztqualifikation (Median 50 %, Interquartilsbereich 38–67 %). Der Anteil der approbierten Psychologen unter allen Psychologen einer Einrichtung lag im Median bei über einem Drittel mit jedoch deutlichen Unterschieden zwischen den Einrichtun-

Tabelle 1: Anzahl der Betten, die pro Vollkraft (VK) einer Berufsgruppe versorgt werden

Anzahl Betten pro	MW	SD	25. Perz.	50. Perz.	75. Perz.
VK Arzt (n = 75 Kliniken)	6.8	3.4	4.4	6.1	8.0
VK Psychologe (n = 70 Kliniken)	15.1	9.9	7.1	12.4	20.0
VK Arzt/Psychologe (n = 73 Kliniken)	4.1	1.5	3.1	3.9	5.1
VK Pflege (n = 68 Kliniken)	3.6	2.1	2.3	2.9	3.9
VK Sozialarbeiter (n = 66 Kliniken)	79.7	68.4	32.0	61.5	100.3
VK Spezialtherapeut (n = 70 Kliniken)	15.2	7.1	11.1	13.7	19.0

Anmerkungen: n: Anzahl der Einrichtungen, MW: Mittelwert Betten, SD: Standardabweichung Betten, Perz.: Perzentil Betten.

gen (Median 39 %, Interquartilsbereich 25–75 %). Ärzte und Psychologen waren im vollstationären Bereich in einem Verhältnis von zwei zu eins (Interquartilsbereich 1:1–4:1) vertreten.

Über achtzig Prozent (n = 61) der Einrichtungen beschäftigten Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiAs). In der Stichprobe zeigte sich ein Verhältnis von einer VK PPiA auf im Median 15.7 Betten, bei jedoch deutlichen Unterschieden zwischen den Einrichtungen (Interquartilsbereich 8.4–28.4 Betten). Knapp die Hälfte der PPiAs (45.9 %) waren mit einem zusätzlichen Stellenanteil als Psychologen an den Kliniken angestellt.

3.3. Personalbestand für vollstationäre Versorgung in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen

Die Differenzierung der Personalausstattung in Abhängigkeit von der Art der psom.-psychoth. Einrichtung ergab signifikante Unterschiede für die Berufsgruppen der Ärzte und der Pflege. Die höchste Personaldichte für Ärzte zeigte sich in Abteilungen an Universitätskliniken, mit einer stufenweisen Abnahme über somatische Krankenhäuser hin zu psom.-psychoth. Kliniken. Für die psychologischen Psychotherapeuten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, so dass für die Gesamtgruppe der ärztlichen und psychologischen Therapeuten ebenfalls das Signifikanzniveau nicht mehr erreicht wurde. Für die Berufsgruppe der Pflegekräfte zeigten sich die erwarteten Unterschiede, dass eine VK Pflege in kleineren Abteilungen für deutlich weniger Betten verantwortlich war, als in großen Krankenhäusern (s. Tab. 2 und Abb. 1).

3.4. Personalbestand in störungsspezifischen und –unspezifischen Settings

Störungsspezifische Settings wurden in etwa der Hälfte der Krankenhäuser sowie Abteilungen an Universitätskliniken vorgehalten (jeweils 47.1 %). Deutlich seltener waren störungsspezifische Settings in Abteilungen an somatischen Krankenhäusern zu finden (22.8 %). Der Anteil der Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern, die ein störungsspezifisches Setting eingerichtet hatten, betrug 40 %. Beim Vergleich der

Tabelle 2: Anzahl der Betten, die pro Vollkraft (VK) einer Berufsgruppe versorgt werden, differenziert für Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen

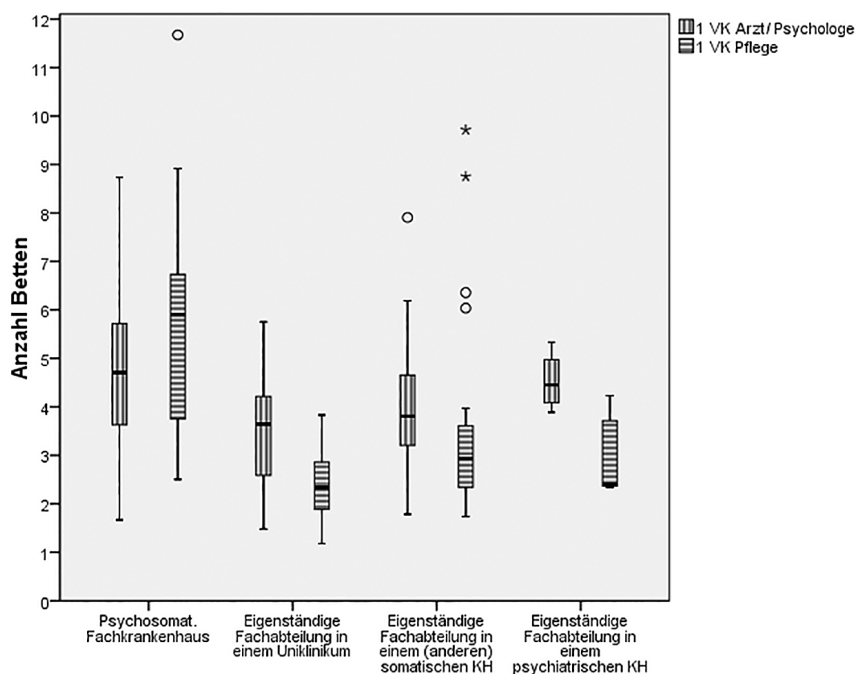
Anzahl Betten pro	MW	SD	25. Perz.	50. Perz.	75. Perz.	Kruskal-Wallis-Test
VK Arzt						
Psychosom.-psychoth. Fachkrankenhaus (n = 16)	9.5	4.1	7.3	8.2	10.6	
FA am Universitätsklinikum (n = 17)	4.5	1.6	3.3	4.5	5.9	$\chi^2 = 22.9$
FA am somatischen Krankenhaus (n = 36)	6.6	3.1	4.5	6.0	7.6	P < 0.001
FA am psychiatrischen Krankenhaus (n = 5)	7.6	1.6	6.0	8.0	9.0	
VK Psychologe						
Psychosom.-psychoth. Fachkrankenhaus (n = 16)	13.7	11.6	7.0	10.7	15.9	
FA am Universitätsklinikum (n = 14)	17.9	10.1	8.7	15.7	26.0	$\chi^2 = 2.1$
FA am somatischen Krankenhaus (n = 35)	14.8	9.7	6.8	12.0	20.0	P = 0.55
FA am psychiatrischen Krankenhaus (n = 4)	12.8	5.7	7.6	12.6	18.4	
VK Arzt/Psychologe						
Psychosom.-psychoth. Fachkrankenhaus (n = 16)	4.9	1.9	3.6	4.7	5.8	
FA am Universitätsklinikum (n = 16)	3.6	1.2	2.5	3.6	4.3	$\chi^2 = 6.8$
FA am somatischen Krankenhaus (n = 36)	4.0	1.3	3.1	3.8	4.7	P = 0.08
FA am psychiatrischen Krankenhaus (n = 4)	4.5	0.6	4.0	4.5	5.2	
VK Pflegekraft						
Psychosom.-psychoth. Fachkrankenhaus (n = 15)	5.7	2.5	3.4	5.9	7.0	
FA am Universitätsklinikum (n = 17)	2.4	0.8	1.8	2.3	3.0	$\chi^2 = 20.2$
FA am somatischen Krankenhaus (n = 31)	3.4	1.9	2.3	2.9	3.6	P < 0.001
FA am psychiatrischen Krankenhaus (n = 5)	3.0	0.9	2.4	2.4	4.0	

Anmerkungen: Fachkrankenhaus: alleinstehend, FA: eigenständig geleitete Fachabteilung an einem Krankenhaus, n: Anzahl der Einrichtungen, MW: Mittelwert Betten, SD: Standardabweichung Betten, Perz.: Perzentil Betten.

Verfügbarkeit von störungsspezifischen Settings zwischen Krankenhäusern sowie Abteilungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 4.43$, $p = 0.20$, $n = 70$).

Tabelle 3 fasst die Personalausstattung in störungsspezifischen und –unspezifischen Settings zusammen. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede für die Personalausstattung in störungsspezifischen und –unspezifischen Settings.

Tagesklinische Behandlungssettings waren am häufigsten in Fachabteilungen an Universitätsklinikum (76.5 %), gefolgt von Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern (66.7 %) und psychiatrischen Krankenhäusern (60.0 %) vertreten. Deutlich seltener (35.3 %) wurden tagesklinische Settings an Fachkrankenhäusern betrieben.



Legende: Box: umfasst 50 % der Werte zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil (Interquartilsbereich), Querstrich im Kasten: Mittelwert, Whisker: kleinste bzw. größte Beobachtung ohne Ausreißer/ Extremwerte, o: Ausreißer (1.5 – 3 Interquartilweiten), *Extremwerte (> 3 Interquartilweiten).

Abbildung 1: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Anzahl der Betten, die pro VK Arzt/ Psychologe beziehungsweise Pflege in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen versorgt werden

Die Versorgung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten war in den tagesklinischen Settings dem vollstationären Bereich vergleichbar, während die Zahl der Pflegekräfte erwartungsgemäß deutlich niedriger war (s. Tab. 4).

3.5. Personalbedarf

Angaben zum aus fachlicher Sicht notwendigen Personalbedarf fanden sich für den vollstationären Bereich in 52–56 % der Fälle und für den tagesklinischen Bereich in 48–57 % der Fälle. Der Mehrbedarf für die vollstationäre Behandlung wurde im Median mit 16.7 % (Interquartilsbereich 0–29 %) für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und im Median mit 7.8 % (Interquartilsbereich 0–24 %) für die Pflege angegeben.

Für den tagesklinischen Bereich wurde ein Mehrbedarf von im Median 16.7 % (Interquartilsbereich 2–41 %) für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und von im Median 12.7 % (Interquartilsbereich 0–32 %) für die Pflege gesehen.

Tabelle 3: Anzahl der Betten, die pro Vollkraft (VK) einer Berufsgruppe versorgt wurden, differenziert in störungsspezifische und –unspezifische Settings

Anzahl Betten pro	MW	SD	25. Perz.	50. Perz.	75. Perz.	Wilcoxon-Test
VK Arzt						
Störungsspezifisches Setting (n = 42)	8.1	5.6	4.2	5.9	10.9	Z = -0.62
Störungsunspezifisches Setting (n = 68)	7.0	3.4	4.4	6.2	8.0	P = 0.56
VK Psychologe						
Störungsspezifisches Setting (n = 36)	14.7	11.4	7.8	10.2	16.0	Z = -1.13
Störungsunspezifisches Setting (n = 60)	17.4	12.8	7.7	14.0	22.5	P = 0.26
VK Arzt/Psychologe						
Störungsspezifisches Setting (n = 38)	4.4	1.4	3.3	4.2	5.1	Z = -0.40
Störungsunspezifisches Setting (n = 62)	4.5	1.6	3.5	4.3	5.3	P = 0.69
VK Pflege						
Störungsspezifisches Setting (n = 37)	3.9	1.7	2.4	3.6	4.3	Z = -1.06
Störungsunspezifisches Setting (n = 63)	4.2	3.0	2.4	3.1	5.3	P = 0.29

Anmerkungen: n: Anzahl der Settings, MW: Mittelwert Betten, SD: Standardabweichung Betten, Perz.: Perzentil Betten.

Tabelle 4: Anzahl der tagesklinischen Behandlungsplätze, die pro Vollkraft (VK) einer Berufsgruppe versorgt werden

Anzahl Betten pro	MW	SD	25. Perz.	50. Perz.	75. Perz.
VK Arzt (n = 39 Tageskl.)	7.1	3.3	4.8	6.2	9.3
VK Psychologe (n = 34 Tageskl.)	13.7	9.4	8.1	10.0	20.0
VK Arzt/Psychologe (n = 36 Tageskl.)	4.1	1.3	3.3	3.9	4.9
VK Pflege (n = 33 Tageskl.)	6.3	3.2	4.5	5.8	7.5

Anmerkungen: n: Anzahl der Tageskliniken, MW: Mittelwert Behandlungsplätze, SD: Standardabweichung Behandlungsplätze, Perz.: Perzentil Behandlungsplätze.

Im Vergleich zu den Abteilungen wurde der zusätzliche Personalbedarf in den Krankenhäusern sowohl für die ärztlichen und psychologischen Therapeuten als auch die Pflege signifikant höher eingestuft (Therapeuten: $\chi^2 = 13.9$, $p = 0.003$, $n = 68$; Pflege: $\chi^2 = 12.0$, $p = 0.008$, $n = 62$).

Für den Personalbedarf in störungsspezifischen versus –unspezifischen Settings ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Therapeuten: $\chi^2 = 0.7$, $p = 0.4$, $n = 68$; Pflege: $\chi^2 = 0.6$, $p = 0.5$, $n = 62$).

4. Diskussion

Aufgrund der Beteiligung von insgesamt 76 psom.-psychoth. Fachkrankenhäusern beziehungsweise Fachabteilungen ist die vorliegende Untersuchung die bislang größte Erhebung zur Personalausstattung für das Fachgebiet PSM und PT. Bei einer angestrebten Vollerhebung ist die Rücklaufquote von 35 % als sehr zufriedenstellend einzustufen und entspricht den Erwartungen aus Befragungen zur Personalsituation in Krankenhäusern (Blum u. Löffert 2010; Blum 2017). Die verschiedenen Krankenhaus-Konstellationen für PSM und PT sind in ausreichender Anzahl in der Stichprobe vertreten mit Ausnahme der Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern, die in der vorliegenden Untersuchung unterrepräsentiert sind.

Bei einer medianen Auslastung der Betten und Behandlungsplätze von 98 % kann deren Anzahl nahezu gleichgesetzt werden mit der Anzahl der versorgten Patienten.

Für die Personalausstattung der ärztlichen und psychologischen Therapeuten zeigte sich in der Gesamtstichprobe die geringste Streuung unter den Berufsgruppen. Über alle Krankentypen hinweg liegt die Anzahl zu versorgender Behandlungsplätze im vollstationären als auch im teilstationären Bereich je Therapeut (Arzt/Psychologe) im Median bei 4 mit einer engen Quartilweite (Interquartilsbereich 2).

Über achtzig Prozent der Kliniken beschäftigten zusätzlich Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiAs), die in der Therapeut-Patient-Relation nur berücksichtigt wurden, wenn sie mit einem zusätzlichen Stellenanteil als Psychologie angestellt waren. Die Ausbildungstätigkeit der PPiAs wurde in der Erhebung der Personalausstattung gemäß Vorgabe im OPS-Katalog nicht erfasst und trägt somit zu einer Unterschätzung der Therapeut-Patient-Relation bei.

Die Hälfte der Ärzte an den untersuchten Kliniken beziehungsweise Abteilungen wies eine Facharztqualifikation auf. Somit zeigte sich eine gute Übereinstimmung mit der durchschnittlichen Facharztquote in deutschen Krankenhäusern, die über die verschiedenen Facharzt Disziplinen hinweg bei durchschnittlich 54 % liegt (Statistisches Bundesamt 2015). Der Anteil der approbierten Psychologen unter allen Psychologen einer Einrichtung lag im Median bei über einem Drittel mit jedoch deutlichen Unterschieden zwischen den Einrichtungen (Median 39 %, Interquartilsbereich 25–75 %).

Für die Personalausstattung der Pflege zeigte sich eine heterogene (schiefe) Verteilung, die auf unterschiedliche strukturelle Merkmale der Einrichtungen zurückzuführen ist. In großen Krankenhäusern ist die personelle Abdeckung des Dreischicht-Systems in der Pflege effektiver zu gestalten als in kleinen Abteilungen. Somit zeigten sich insbesondere für die Berufsgruppe der Pflege in Abhängigkeit von der Organisationsgröße deutliche Skaleneffekte, die bei der Festlegung von Personalmindestvorgaben zu berücksichtigen sind.

Für die beiden verbleibenden Berufsgruppen der Sozialarbeit sowie der Spezialtherapien war eine große Streuung in der Personalausstattung beobachtbar, so dass eine Ableitung von Personalanhaltszahlen aus der vorliegenden Erhebung nur schwer möglich ist.

Der Vergleich der vorliegenden Ist-Stand-Erhebung mit den normativ-empirisch festgelegten Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) zeigt eine gute Übereinstimmung sowohl für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten als auch das Pflegepersonal. Deutliche Unterschiede lassen sich für die Berufsgruppe Sozialarbeit und die Kategorie Spezialtherapeuten beobachten. In der vorliegenden Ist-Erhebung zeigte sich eine deutlich geringere Personalausstattung für diese beiden Gruppen im Vergleich zu den Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993). Die Unterschiede in der Personalausstattung sind vermutlich auf unterschiedliche Therapiekonzepte und –programme als auch strukturell-organisatorische Unterschiede der Einrichtungen zurückzuführen. Es ist zum Beispiel davon auszugehen, dass insbesondere in der regionalen und wohnortnahen Versorgung durch Abteilungen die Klärung von sozialen Problemen (Finanzen, Wohnen, Arbeit, etc.) einen größeren Stellenwert einnimmt, der in der Gesamterhebung über die verschiedenen Krankenhauskonstellationen hinweg nicht angemessen abgebildet ist. Bei der Gegenüberstellung der vorliegenden Ergebnisse mit den Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) sind Unterschiede in der Einbeziehung der Leitungsebene sowie des Nachtdienstes in der Pflege zu beachten.

Im Vergleich zu Psychosomatischen Rehabilitationskliniken zeigen sich aufgrund der unterschiedlichen Indikationen, Behandlungsschwerpunkte und Therapieprogramme deutliche Unterschiede im Stellenschlüssel. In Psychosomatischen Rehabilitationskliniken behandelt ein Therapeut (Arzt/Psychologe) durchschnittlich 7.7 Patienten und eine Pflegekraft durchschnittlich 11.8 Patienten (Köllner et al. 2018).

Die differenzierte Auswertung der Personalausstattung für Krankenhäuser und Abteilungen zeigt für die Abteilungen an Universitätskliniken und an somatischen Krankenhäusern einem höheren Anteil an Ärzten und einem geringen Anteil an Psychologen als in den Krankenhäusern. Dieser Befund legt nahe, dass die Behandlung in Abteilungen an Universitätskliniken und an somatischen Krankenhäusern in stärkerem Umfang eine ärztlich-medizinische Diagnostik und Therapie erfordert. Des Weiteren lassen sich auch Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen Abteilungen an Universitätskliniken und somatischen Krankenhäusern beobachten, die am ehesten auf die Ausbildungsfunktion (höherer Anteil an Ärzten in Facharztweiterbildung), die Möglichkeit zur wissenschaftlichen Qualifikation sowie die geringere ärztliche Nachwuchsproblematik an Universitätskliniken zurückzuführen sind. Die vorliegenden Daten weisen somit darauf hin, dass in einem gewissen Rahmen Verschiebungen der ärztlichen und psychologischen Stellenanteile nachweisbar waren, die nicht nur durch unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte der Abteilungen und Krankenhäuser erklärbar sind.

Entgegen den Erwartungen ergaben sich für den Vergleich der störungsspezifischen und -unspezifischen Settings keine signifikanten Unterschiede in der Personalausstattung. Für die störungsspezifischen Settings konnte im Vergleich zu den –unspezifischen Settings auch kein Personalmehrbedarf nachgewiesen werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass für die Behandlung eines breiten Spektrums an Störungen eine ähnliche VK-Ausstattung notwendig ist, wie für aufwändige hochspezialisierte Therapieprogramme, die auf einzelne Störungsbilder zugeschnitten sind. Darüber hinaus ist es

auch denkbar, dass die Therapiedichte in unspezifischen Settings bereits so hoch ist, dass sich ein Unterschied zu den störungsspezifischen Settings nicht (mehr) nachweisen lässt. Diese These wird auch durch Ergebnisse der jährlichen InEK-Analysen gestützt, in denen der Therapieaufwand bislang kaum als zusätzliche Möglichkeit zur Kostentrennung identifiziert werden konnte (Heimig et al. 2017). Andererseits konnte für störungsspezifische im Vergleich zu den –unspezifischen Settings eine Verlängerung der Verweildauer nachgewiesen werden. Somit ist alternativ auch denkbar, dass das vorhandene Personal in diesen Settings nicht ausgereicht hat und die erforderliche Therapiedosis über eine Verlängerung der Verweildauer realisiert wurde.

Die vorliegende Stichprobe war leider zu klein, um die verschiedenen störungsspezifischen Settings untereinander zu vergleichen. Dennoch legen die Ergebnisse nahe, dass weniger die Diagnose, sondern in erster Linie das Therapieprogramm den personellen Aufwand determiniert. Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch angemerkt werden, dass die Patientenmerkmale und insbesondere die Erkrankungsschwere, die im klinischen Alltag die Planung der individuellen Therapieziele sowie die spezifischen Therapieangebote oftmals zentral beeinflussen, in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst wurden, so dass eine direkte Aussage zum Einfluss von Patientenmerkmalen nicht möglich ist. Bei Anorexie-Patienten zum Beispiel ist in erster Linie der Body-Mass-Index das Kriterium für die Auswahl eines geeigneten Behandlungssettings und weniger die ICD-10-Diagnose. Es sind weitere Untersuchungen wünschenswert, die neben der Diagnose auch Patientenmerkmale wie zum Beispiel individuelle Symptomkonstellationen, den Grad der Gefährdung sowie Funktionseinschränkungen berücksichtigen.

Die Angaben zu den VKs in der vorliegenden Untersuchung beziehen sich auf die tarifliche Regelarbeitszeit, also ohne Berücksichtigung von Überstunden, Ruf- und Bereitschaftsdiensten auf der einen und Ausfallzeiten für Krankheit, Fortbildungen, Urlaub etc. auf der anderen Seite. Die Kennziffer erfasst also nur das durchschnittliche Verhältnis von vorgehaltenen Betten und Vollkräften, nicht die tagesdurchschnittliche Betreuung je Fall und Berufsgruppe. Für Letztere sind zusätzlich die Auslastung der Behandlungsplätze, Überstunden sowie die Bereitschaftsdienst- und Ausfallzeiten zu berücksichtigen.

Die Befragung zum Personalbedarf ergab über den erhobenen Ist-Zustand hinaus einen Mehrbedarf bei Ärzten/Psychologen von 17 % und im pflegerischen Bereich von acht bis 15 % für die voll- beziehungsweise teilstationäre Versorgung. Die Interpretation der Befunde sollte zurückhaltend erfolgen, da nur etwa die Hälfte der psom.-psychoth. Einrichtungen Angaben zum Personalbedarf gemacht hat. Ferner wurde empfohlen, den Personalbedarf in Rücksprache mit der ärztlich-therapeutischen Leitung einer Station/Tagesklinik anzugeben, so dass unklar bleibt, inwieweit die Pflege in der Ermittlung des Personalbedarfs einbezogen wurde. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass für eine aus fachlicher Sicht qualitätsgesicherte therapeutische Versorgung in der Gesamtstichprobe ein Mehrbedarf von etwa 12 bis 17 % über beide Berufsgruppen hinweg gesehen wurde. Für die Validität der Ergebnisse spricht, dass in erster Linie Kliniken mit einer geringen Personalausstattung einen höheren Personalbedarf angegeben haben.

Seit der Publikation der normativ-empirischen Personalanhaltszahlen 1993 (Heuft et al. 1993) haben zahlreiche Entwicklungen stattgefunden, die einen zusätzlichen Personalbedarf unterstreichen. In den letzten drei Jahrzehnten haben gesetzliche Anforderungen zur Qualitätssicherung und eine Verschärfung von Schutzvorschriften, wie zum Beispiel regelmäßige Hygiene-, Reanimations- und Brandschutzübungen, zu einem zusätzlichen Zeitaufwand geführt. Ferner haben Dokumentations-, Kodierungs- sowie Zertifizierungsaufgaben in einem erheblichen Umfang zugenommen (Blume et al. 2018; Wolff et al. 2017). Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Personalbedarf für Tätigkeiten ohne direkten Patientenkontakt über die Berufsgruppen hinweg in den letzten Jahren stetig gestiegen ist (Blume et al. 2018; Wolff et al. 2017). Ferner ist es in den Kliniken für PSM und PT in den letzten Jahren zu einer Leistungsverdichtung durch eine Intensivierung des Therapieangebotes sowie eine Verkürzung der Verweildauern gekommen. Alle diese Entwicklungen haben in ihrem Kostenaufwand keine Auswirkungen auf die Personalbesetzungen in den Kliniken gehabt (Löhr et al. 2015).

In der Summe stellen die vorliegenden Ergebnisse eine wichtige Datenbasis für die Festlegung von verbindlichen Personalmindestvorgaben dar. Ferner bestätigt die zusätzliche Erhebung zum fachlich notwendigen Personalbedarf, dass eine Erhebung des Ist-Zustands in den Kliniken nicht mit dem Personalbedarf gleichgesetzt werden kann.

Literatur

- Blum, K., Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online unter: www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf. Zugriff: 23.07.2018
- Blum, K. (2017): Personalsituation in der Intensivmedizin und Intensivpflege. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online unter: www.dkgev.de/media/file/55651.2017-07-15_PM_Anlage_Langfassung_DKI-Gutachten_Personalsituation_Intensivpflege_und_Intensivmedizin.pdf. Zugriff: 23.07.2018.
- Blume, A., Brückner-Bozetti, P., Steinert, T. (2018): Tätigkeiten ohne Patientenkontakt. Zeitaufwandsschätzungen aus Telefoninterviews in acht psychiatrischen Kliniken. *Der Nervenarzt* 89, 814–820.
- Deutscher Bundestag (2016): Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Teil 1 Nr. 63. Online unter: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl116s2986.pdf. Zugriff: 23.07.2018
- Heimig, F., Jacobs, C., Rabenschlag, M., Rusert, M. (2017): InEK Abschlussbericht für das Jahr 2018. Online unter: https://www.g-rg.de/content/download/7625/57185/version/1/file/abschlussbericht_PEPP-System_2018.pdf. Zugriff: 30.07.2018.
- Heuft, G., Senf, W., Janssen, P. L., Pontzen, W., Streeck, U. (1993): Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 262–270.

- Hildenbrand, G., Senf, W., Heuft, G. (2011): Richtlinien der Fachgesellschaft zur Struktur- und Prozessqualität von Kliniken oder Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In *Z Psychosom Med Psychother* 57, 399–406.
- Köllner, V., Hildenbrand, G., Gündel, H. (2018): Psychosomatische Rehabilitation – Unterschiede zur Krankenhausbehandlung und Differentialindikation. *Ärztliche Psychotherapie* 13, 6–16.
- Kunze, H., Kaltenbach, L., Kupfer, K. (2010): *Psychiatrie-Personalverordnung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Löhr, M., Liekenbrock, A., Vilsmeier, F., Hemkendreis, B., Nienaber, A., Klessmann, R., Wabnitz, P., Schindler, C., Sauter, D., Oppermann, G., Ludowisy-Dehl, S., Schulz, M., Heuft, G. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. *Z Psychosom Med Psychother* 62, 150–166.
- OPS, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018): Codes 9–60_9-64: Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen. Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2018/>. Zugriff: 23.07.2018.
- Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser 2015. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff: 26.07.2018.
- Wolff, J., Auber, G., Schober, T., Schwär, F., Hoffmann, K., Metzger, M., Heinzmann, A., Krüger, M., Normann, C., Gitsch, G., Südkamp, N., Reinhard, T., Berger, M. (2017): Work-time distribution of physicians at a German university hospital. *Deutsches Ärzteblatt international* 114, 705–711.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 410, 69121 Heidelberg,
E-Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de