

Das PsychVVG und seine Nachweispflicht

Elemente und Schritte der Psych-PV Berechnung in der Erwachsenenpsychiatrie die Grundlagen für den Nachweis nach §18 Abs. 2 und 3 der Bundespflegesatzverordnung sind

Michael Löhr¹, André Nienaber², Pierre Scholand³, Dorothea Sauter⁴ & Michael Schulz⁵

¹Prof. Dr. rer medic. Dipl.-Kfm. (FH), Lehrstuhl für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld

²M.Sc., Leitung der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh und Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld

³Betriebswirt im Sozial- u. Gesundheitswesen, Dipl. Sozialarbeiter/-pädagoge Mitarbeiter der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung (Medizincontrolling/ärztlicher Direktionsassistent)

⁴B.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld, Stellv. Präsidentin DFPP e.V.

⁵Prof. Dr. rer medic. habil., Lehrstuhl für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld

Im Auftrag der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.



Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung	3
2. Anforderungen zur Nachweispflicht aus dem PsychVVG	4
3. Grundsätze des Nachweises	5
4. Wichtige Elemente der Psych-PV die für einen Nachweis wichtig sind	8
4.1. Teilaspekte, für die es eines Nachweises bedarf	8
4.2. Anforderungen an den Nachweis nach § 18 BpflV durch die Psych-PV	9
4.3. Grundsätze der Psych-PV	9
4.4. Berechnung der einzelnen Psych-PV-Elemente	11
4.5. Strukturdaten der Beispielklinik A	12
4.6. Quartalseinstufung der Psych-PV und Umrechnung auf die Belegung	13
4.7. Berechnung der Minuten pro Woche pro Berufsgruppe	14
4.8. Berechnung der Vollkräfte (VK) pro Berufsgruppe anhand der Minutenwerte pro Woche	16
4.9. Berechnung der Stellenanteile für Oberärzte	18
4.10. Basiszeitwert im Pflegedienst	19
4.11. Regeldienst + Sockelwert	20
4.12. Nachtdienststruktur	21
4.13. Durchschnittliche Verteilung der VK-Stellen auf die Stationen der Klinik	24
4.14. Bereitschaftsdienst der Ärzte (oder anderer Berufsgruppen)	26
4.15. Leitungskräfte laut Psych-PV	28
4.16. Konsiliardienst der Ärzte	28
4.17. Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Krankenpflegehilfeausbildung	29
6. Besonderheiten und Ausnahmeregelungen der Psych-PV	31
7. Fazit	35
8. Literaturverzeichnis	36
Anhang	37

1. Einleitung

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) am 10. November 2016 durch den Deutschen Bundestag wurde nicht nur die Personalausstattung in der stationären Psychiatrie geregelt, sondern auch die Nachweisverpflichtung der Krankenhäuser gegenüber den Vertragsparteien und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über den Einsatz von therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (im folgenden wird nur aufgrund der Lesbarkeit die männliche Schreibweise genutzt) ab 2017 beschlossen (Bundesgesetzblatt, 2016). Mit der verbindlichen Einführung von therapeutischen Personalstandards und der damit verbunden Überprüfung der Umsetzung trägt der Gesetzgeber der Situation Rechnung, dass die Versorgungsqualität „[...] in besonderem Maße von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals [...]“¹ abhängt. Damit wird die personalintensive Kernleistung im Krankenhaus gesichert. Für die hier getroffenen Regelungen gilt bis 2019 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) (für die Psychiatrie) und ab 2020 die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (für die Psychiatrie und Psychosomatik).

Die Politik greift hier weitgehend in die gesetzlich festgeschriebene Selbstverwaltung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG, Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV, Verband der privaten Krankenversicherung – PKV) ein. Dadurch stärkt sie den gesetzlichen Anspruch auf eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitsversorgung, die nicht unbedingt marktwirtschaftlichen Interessen folgt.

Dieser Beitrag setzt sich insbesondere mit der Frage des Nachweises der Personalstellen nach Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie auseinander und geht der Frage nach, wie eine Personalausstattung nach Psych-PV zu berechnen ist. Diese Frage ist vor dem Hintergrund einer Nachweispflicht von besonderer Bedeutung. Das PsychVVG formuliert hier im §18 Abs. 2 : *„Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 müssen insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen.“*

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett/faq-psychvvg.html>: Aufruf am 15.12.2016

Die Berechnung des Nachweises wird transparent dargelegt, damit eine IST und SOLL-Berechnung des Personals auch für das eigene Arbeitsfeld vorgenommen werden kann.

2. Anforderungen zur Nachweispflicht aus dem PsychVVG

Das PsychVVG regelt den Nachweis der therapeutischen Personalstellen über die Veränderung des § 18 Abs. 2 und 3 der Bundespflegesatzverordnung wie folgt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung der von dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 müssen insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 zum 31. März jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 11 und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach §17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4; die Angaben für das Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017 zu übermitteln.

(3) Soweit der Nachweis nach Absatz 2 Satz 2 bei der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2016 eine Unterschreitung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen ausweist, ist der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der entstehenden Kosten für zusätzlich zu besetzende Stellen zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-

Personalverordnung zu erhöhen. Die Begrenzung des Anstiegs des Gesamtbetrags durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 findet keine Anwendung. Eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags ist für die Jahre 2017 bis 2019 nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden. Wurden Personalmittel abweichend von Satz 3 nicht zweckentsprechend verwendet, ist § 3 Absatz 3 Satz 8 entsprechend anzuwenden.

Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Krankenhäuser nach Absatz 1.“

Im Folgenden soll auf der Grundlage dieser zentralen Regelungen dargelegt werden, welche Vorgaben dem Nachweis zu Grunde liegen.

3. Grundsätze des Nachweises

Aus dem PsychVVG ergeben sich im Hinblick auf die Nachweispflicht nun folgende Aspekte:

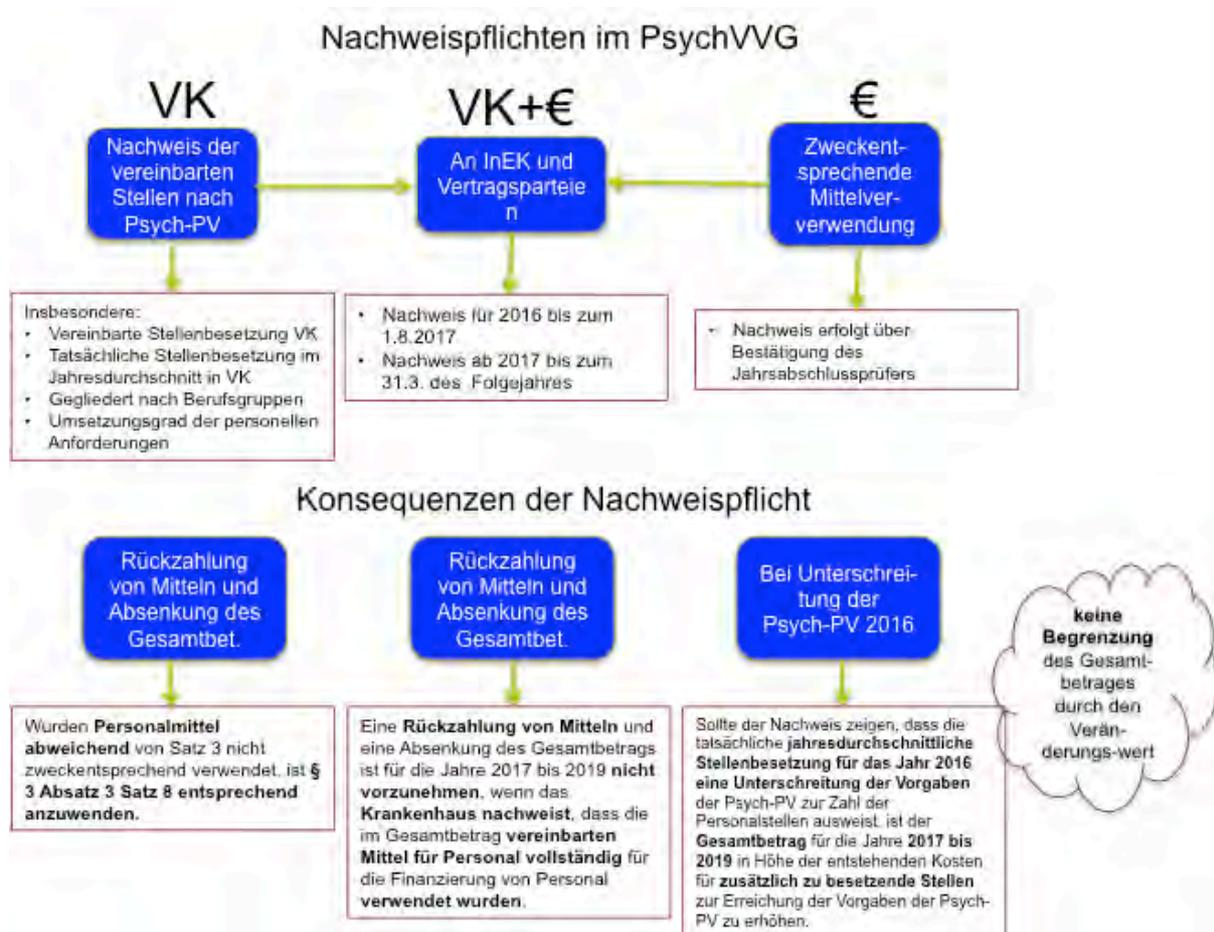
- Es muss ein Nachweis über die **Anzahl der Personalstellen** nach Vorgaben der Psych-PV für die Jahre 2016 – 2019 gegenüber dem InEK und den anderen Vertragsparteien erfolgen.
- Ab dem Jahr 2020 hat das Krankenhaus gegenüber dem InEK und den anderen Vertragsparteien den Nachweis zu erbringen, ob das gemäß den Vorgaben des G-BA **für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal** vorhanden ist.
- Der Jahresabschlussprüfer muss hierzu eine Bestätigung über die **zweckentsprechende Mittelverwendung** vorlegen.
- Der Nachweis umfasst **insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung** in Vollkräften, die **tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung** in Vollkräften, jeweils **gegliedert nach Berufsgruppen**, sowie den **Umsetzungsgrad** der personellen Anforderungen.
- Das Krankenhaus übermittelt den **Nachweis zum 31. März** jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien und an das InEK. Die Angaben für das **Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017** zu übermitteln.

- Sollte der Nachweis zeigen, dass die tatsächliche **jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung für das Jahr 2016 (Ist) eine Unterschreitung der Vorgaben** der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen (Soll) ausweist, ist der **Gesamtbetrag** für die Jahre **2017 bis 2019** um die Höhe der entstehenden Kosten für **zusätzlich zu besetzende Stellen** zur Erreichung der Vorgaben der Psych-PV zu erhöhen.
- Für diese Regelung findet **keine Begrenzung** des Gesamtbetrages durch den [Veränderungswert](#) statt.
- Eine **Rückzahlung von Mitteln** und eine Absenkung des Gesamtbetrags sind für die Jahre 2017 bis 2019 **nicht vorzunehmen**, wenn das **Krankenhaus nachweist**, dass die im Gesamtbetrag **vereinbarten Mittel für Personal vollständig** für die Finanzierung von Personal **verwendet wurden**.
- Wurden **Personalmittel abweichend** von Satz 3 nicht zweckentsprechend verwendet, ist **§ 3 Absatz 3 Satz 8² entsprechend anzuwenden**.

In Abbildung 1 wird die Nachweispflicht nach § 18 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) schematisch dargestellt.

² §3 Abs 3 Satz 8 BPflV „Sofern sich auf Grundlage der Nachweis nach §18 Abs 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.“ (Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016)

Abbildung 1: Nachweispflichten im PsychVVG und seine Konsequenzen (eigene Abbildung)



Wie in Abbildung 1 zu erkennen ist, handelt es sich bei genauer Betrachtung um zwei Nachweise:

1. es muss die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzungen (VK) nachgewiesen werden
2. es muss die die zweckentsprechende Mittelverwendung (€) nachgewiesen werden.

Für diesen Nachweis bedarf es eines Testats des Jahresabschlussprüfers. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Grundlagen der Psych-PV für die Nachweise 2017-2019 dargestellt³. Sollten Personalmittel abweichend vom § 18 BPfV verwendet werden, so tritt § 3 d) Abs. 6 der BPfV in Kraft. Hier ist für einen solchen

³ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Nachweispflicht für Stellen und Mittel der Psychosomatik erst ab 2020 möglich ist, da dieser Fachbereich in der Psych-PV nicht berücksichtigt ist.

Fall geregelt, dass die sich die Vertragsparteien einigen müssen ob der Gesamtbetrag abzusenken ist⁴.

4. Wichtige Elemente der Psych-PV die für einen Nachweis wichtig sind

4.1. Teilaspekte, für die es eines Nachweises bedarf

Die Psych-PV ist nach wie vor gültig und regelt weiterhin die Personalbemessung in psychiatrischen Fachkliniken und psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie dient als Grundlage zur Verhandlung des Personalbudgets für „Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal“⁵. Die Psych-PV beinhaltet verschiedene Teilaspekte, die bei einem Nachweis Berücksichtigung finden sollten. Wahrscheinlich werden sich die Jahresabschlussprüfer auf die Prüfung der vereinbarten Stellen je Berufsgruppe, bewertet mit den durchschnittlichen Personalkosten begrenzen; dennoch werden im Folgenden die Schritte der Berechnung der einzelnen Verhandlungspositionen dargestellt. Diese sind wichtig, um den Gesamtumfang der Personalstellen zu ermitteln und nachzuvollziehen.

Elemente die in die Summe der nachzuweisenden Stellen und Mittel fließen, sind demnach:

1. Minuten pro Patient pro Berufsgruppe (inklusive Sockelminuten des Pflegedienstes)
2. Nachtdienststruktur im Pflegedienst
3. Bereitschaftsdienststruktur
4. Leitungsstruktur der Abteilungen
5. Stellen die über das Ausbildungsbudget hinzukommen (z.B. Praxisanleiter)

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11

⁴ §3 d) Abs. 6 BpflV „[...] Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Eine Absenkung des Gesamtbetrages nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

⁵ § 1 Anwendungsbereich Psych-PV

nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden.“

Hier ist der Grundsatz des Nachweises der Anzahl an Personalstellen nach Psych-PV für die Jahre 2016 – 2019 gegenüber dem InEK und den Vertragsparteien geregelt. Auch wird auf den § 11 BPfIV verwiesen. Dieser steht in Verbindung mit dem § 18 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Hier sind die Vertragsparteien explizit festgelegt. Dazu gehören, neben den Krankenhausträgern auch die Sozialleistungsträger oder Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern. Die Regelung der grundsätzlichen Nachweisverpflichtung bezieht sich explizit auf die noch gültige Psych-PV. Im Folgenden werden die nachweisrelevanten Komponenten der Psych-PV dargestellt.

5.2. Anforderungen an den Nachweis nach § 18 BPfV durch die Psych-PV

Im § 1 regelt die Psych-PV den Anwendungsbereich. Die Verordnung regelt die Maßstäbe und Grundsätze des Personalbedarfs für Fachkräfte der folgenden Berufsgruppen:

- Ärztliches Personal
- Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (alter Terminus der Psych-PV Krankenpflegepersonal)
- sonstiges therapeutisches Fachpersonal

in psychiatrischen Krankenhäusern und selbständig, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Die Verordnung hat Gültigkeit für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen.

Der § 2 regelt die Anwendung der Psych-PV in den Pflegesatzvereinbarungen der Vertragspartner. Die Psych-PV ist nach § 2 Abs 1 der BPfV bei den Pflegesatzvereinbarungen „zugrunde zu legen“.

5.3. Grundsätze der Psych-PV

Die Grundsätze der Psych-PV sind in § 3 geregelt. Hier unterscheidet die Verordnung in Personalbemessung im Regeldienst und außerhalb des Regeldienstes.

Tabelle 1: Grundsätze der Psych-PV (eigene Tabelle)

Grundsätze zum Regeldienst	Bedeutung der Grundsätze zum Regeldienst
1. Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, werden bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet (§§ 4 und 8).	Zuordnung der Patienten der Erwachsenenpsychiatrie in die Kategorien A=Allgemeinpsychiatrie, S=Abhängigkeitskranke, G=Gerontopsychiatrie Und der weiteren Zuordnung zu spezifischen Behandlungsbereichen 1=Regelbehandlung, 2=Intensivbehandlung, 3=Rehabilitative Behandlung, 4=Langandauernde Behandlung Schwer- und Merfackkranker, 5=Psychotherapie,
2. Für jeden Behandlungsbereich und für jede Berufsgruppe wird eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche vorgegeben (§ 5 Abs. 1 und § 9 Abs. 1). Die Minutenwerte sind unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags angemessen zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.	Vergleiche Anhang
Die Minutenwerte werden in Personalstellen umgerechnet (§ 6 und § 9 Abs. 3).	<p>Je Berufsgruppe: $(\text{Minutenwerte} \times \text{Anzahl der Patienten je Behandlungsbereich}) / (60 \text{ Minuten} \times (\text{Wochenarbeitszeit} - \text{Ausfallzeit})) = \text{Anzahl der Personalstellen je Berufsgruppe}$</p> <p>Addiert werden 5.000 Minuten Sockelwert im Pflegedienst pro Station in der Erwachsenenpsychiatrie für durchschnittlich 18 Patienten. Bei einer durchschnittlichen Belegung <16 Patienten können die Vertragsparteien eine abweichende Regelung treffen.</p> <p>Addiert werden 5.000 Minuten Sockelwert im Pflege- und Erziehungsdienst pro Station in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für durchschnittlich 10 Patienten. Bei einer durchschnittlichen Belegung <9 Patienten können die Vertragsparteien eine abweichende Regelung treffen.</p> <p>Der Regeldienst umfasst für den Pflegedienst 14 Std. täglich.</p>
Die Zahl der Personalstellen für Leitungskräfte wird nach der Zahl der vereinbarten Stellen für Ärzte und Diplom-Psychologen errechnet (§ 7 und § 9 Abs. 3).	Die Regelungen für leitende Ärzte und leitende Krankenpflegekräfte hat den Faktor 8:1. In der amtlichen Begründung ist formuliert, dass es sich bei dem Begriff der „leitenden Krankenpflegekraft“ nicht um Stationsleitungen handelt, da diese in den Minutenwerten der Station Berücksichtigung finden.

Der in § 3 formulierte Regeldienst hat folgende Aufgaben:

- diagnostische Aufgaben
- therapeutische Aufgaben
- pflegerische Aufgaben

Extra vereinbart werden:

- Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes

- Ärztliche Rufbereitschaftsdienste
- Ärztliche Konsiliardienste anderer Fachbereiche
- Nachtdienste der Pflegefachkräfte (10 Std. täglich)
- Tätigkeiten in Nachtkliniken

Anhand des definierten Regeldienstes sowie der Aspekte, die außerhalb des Regeldienst vereinbart werden, erfolgt im Weiteren eine Darstellung der Berechnung, anhand der Klinikleitungen, Ableitungsleitungen und/oder Stationsleitungen und Oberärzte sowie Jahresabschlussprüfer vorgehen könnten.

5.4. Berechnung der einzelnen Psych-PV-Elemente

Für die Psych-PV Berechnung des Regeldienstes sind folgende Elemente wichtig:

- die verhandelte Belegung,
- die sachgerechte Quartalseinstufung der Patienten,
- die verhandelten Ausfallzeiten der einzelnen Fachkräftegruppen,
- die Stationsstruktur (Sockelwert) und die
- Nachtdienststruktur.

Um die Berechnung auf Grundlage der Psych-PV nachvollziehen zu können, wird dies am Beispiel einer fiktiven Klinik dargestellt. Die folgende Berechnung ist rein modellhaft und orientiert sich an Patienten, die den einzelnen Ebenen bzw. Behandlungsbereichen⁶ (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Psychotherapie und Tagesklinische Behandlung) der Teilgebiete A (Allgemeine Psychiatrie), S (Abhängigkeitserkrankte) und G (Gerontopsychiatrie) zugeordnet sind (Kunze et al. 2010). In der Praxis finden sich z.B. auch Patienten mit einer Einstufung in die Regelbehandlung A1 der Ebene A in der Gerontopsychiatrie. Im Sinne der Nachvollziehbarkeit der Darstellung und der Vereinfachung wurde bei der Darstellung der Modellrechnungen auf solche Mischbelegungen verzichtet.

⁶ „Die Behandlungsbereiche sind definiert durch die „Kranken“ (Zielgruppe), die „Behandlungsziele“ sowie die darauf typischerweise ausgerichteten „Behandlungsmittel“ (Kunze et al. 2010: 28)

5.5. Strukturdaten der Beispielklinik A

Beispielklinik A (Erwachsenenpsychiatrie)

Verhandelte Belegung⁷ und Stationsstrukturen

- Im Behandlungsbereich **A**
= 24.455 vollstationäre + 5.000 teilstationäre Berechnungstage. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 67 Patienten (365 Tage) vollstationär und 20 Patienten (250 Tage) teilstationär.
- Im Behandlungsbereich **G**
= 36.500 vollstationäre + 4.500 teilstationäre Berechnungstage. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 100 Patienten (365 Tage) vollstationär und 18 Patienten (250 Tage) teilstationär.
- Im Behandlungsbereich **S**
= 21.170 vollstationäre + 4.500 teilstationäre Berechnungstage. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 58 Patienten (365 Tage) vollstationär und 18 Patienten (250 Tage) teilstationär.

Die Nachtdienststruktur sieht folgendermaßen aus:

- Im Behandlungsbereich **A**
= 4 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station, davon 2 Stationen mit einer Doppelnachtwache
- Im Behandlungsbereich **G**
= 5 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station, davon 3 Stationen mit einer Doppelnachtwache
- Im Behandlungsbereich **S**
= 4 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station, davon eine Station mit einer Doppelnachtwache

⁷ Die Belegung bezieht sich im vollstationären Rahmen auf 365 Tage pro Jahr. In der teilstationären Belegung auf 250 Tage (abzgl. Feiertage und Wochenenden)

5.6. Quartalseinstufung der Psych-PV und Umrechnung auf die Belegung

Bei der Psych-PV Quartalseinstufung⁸ wird im Jahresdurchschnitt die prozentuale Verteilung der Patienten in die jeweiligen Psych-PV Behandlungsbereiche expliziert. Grundsätzlich spielt die faktische Belegung an diesen Tagen bei der prozentualen Verteilung keine Rolle. Auch werden die Berechnungstage für die stationäre und teilstationäre Behandlung gesondert verhandelt. Somit wird auch die relative Verteilung der Patienten zu den Behandlungsbereichen im stationären Kontext ohne die tagesklinische Struktur (Behandlungsbereiche A6, S6 und G6) durchgeführt (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Quartalseinstufungen und Umrechnung auf die Belegung⁹ (eigene Tabelle)

Quartals- einstufung der Behandlungs- bereiche	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4	Durch- schnittliche Einstufungs- ergebnisse	Verhältnis im Behandlungs- bereich
A1	37	33	39	36	36,25	52,16%
A2	22	26	25	23	24	34,53%
A3					0	0,00%
A4					0	0,00%
A5	10	10	8	9	9,25	13,31%
A6	20	23	18	20	20,25	100,00%
S1	30	25	40	36	32,75	57,96%
S2	20	17	17	18	18	31,86%

⁸ Erl. 2.3 und 2.7 zu § 4 Psych-PV (Kunze et al. 2010: 159 u. 160-161) „2.3 Die durch die Vertragsparteien zu vereinbarenden durchschnittliche Anzahl an Patienten in den Behandlungsbereichen wird in drei Stufen ermittelt:

1. Stufe: **Erhebung** der Patientenzahlen je Behandlungsbereich zu den Stichtagen
2. Stufe: **Umrechnung** auf die durchschnittliche Jahresbelegung

Die Stichtagserhebungen finden jeweils mittwochs statt, weil dieser Wochentag am ehesten repräsentativ ist. Die gleichmäßig auf das Jahr verteilten vier Stichtagserhebungen sollen saisonale Schwankungen möglichst gering halten. Dennoch ist eine Umrechnung auf die durchschnittliche jährliche Belegung vorgesehen. Die Umrechnung der Differenz zwischen dem Durchschnitt der Stichtagserhebung und der tatsächlichen jährlichen Ist-belegung umfasst alle Behandlungsbereiche.

3. Stufe: **Prospektive** Entwicklung

Ausgehend vom IST wird die zukünftige, durchschnittliche Zahl der Patienten je Behandlungsbereich vereinbart. [...].

2.7 Die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen muss wegen der Komplexität und der zentralen Bedeutung für das Personalbudget den Rang einer Chefsache haben. Die leitenden Ärzte können die Stichtagserhebungen an nachgeordnete Ärzte delegieren, bleiben aber dennoch **verantwortlich**. Das Krankenpflegepersonal und andere Therapeuten sollen einbezogen werden.“

⁹ Die folgende Rechnung muss für jeden Behandlungsbereich (A1-5, S1-5, G1-5) erfolgen. Die Rechnung für den teilstationären Bereich ist nicht notwendig, da das 6er Kriterium extra betrachtet wird. Beispiel für den Bereich A1:

$$\text{Durchschnittliches Einstufungsergebnis} = \frac{(\text{Quartal 1 A1} + \text{Quartal 2 A1} + \text{Quartal 3 A1} + \text{Quartal 4 A1})}{4}$$

$$\text{Verhältnis im Behandlungsbereich} = \frac{(\text{Durchs. A1} + \text{Durchs. A2} + \text{Durchs. A3} + \text{Durchs. A4} + \text{Durchs. A5})}{\text{A1}}$$

S3					0	0,00%
S4					0	0,00%
S5	8	6	3	6	5,75	10,18%
S6	19	18	15	20	18	100,00%
G1	55	59	56	57	56,75	56,05%
G2	31	30	29	32	30,5	30,12%
G3					0	0,00%
G4					0	0,00%
G5	13	15	14	14	14	13,83%
G6	17	20	18	18	18,25	100,00%

Aus Gründen der Vereinfachung werden Anpassungen aufgrund der prospektiven Entwicklung der Belegung auf das Folgejahr nicht berücksichtigt.

Im nächsten Schritt werden die verhandelten Berechnungstage (vgl. Kapitel Strukturdaten der Beispielklinik A) der Psych-PV-Bereiche mit den Verhältniszahlen der durchschnittlichen Quartalseinstufung multipliziert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 abzulesen.

Tabelle 3: Umrechnung der Quartalseinstufung auf die verhandelte Belegung (eigene Tabelle)

Allgemeinpsychiatrie	Suchtkrankenbehandlung	Gerontopsychiatrie
A1 = 34,95	S1 = 33,61	G1 = 56,05
A2 = 23,14	S2 = 18,48	G2 = 30,12
A5 = 8,92	S5 = 5,90	G5 = 13,83
A6 = 20	S6 = 18	G6 = 18

5.7. Berechnung der Minuten pro Woche pro Berufsgruppe

Der folgende Schritt berechnet die Minuten und Stellen für die therapeutischen¹⁰ Mitarbeiter im Regeldienst. Hierfür wird zuerst für jede Berufsgruppe, anhand der Zuordnung der Belegung aus Tabelle 3 multipliziert mit den Minutenwerten aus der Tabelle „§ 5 Psych-PV Minutenwerte Erwachsenenpsychiatrie“ aus dem Anhang, die Minutenwerte pro Woche berechnet. In der Tabelle 4 können die Minutenwerte für die errechnete durchschnittliche Belegung pro Woche abgelesen werden.

¹⁰ Hierunter versteht die Psych-PV die Berufsgruppen, die in der Psych-PV erfasst sind

Der Berechnungsschritt wird anhand der Berechnung des ärztlichen Dienstes in der Allgemeinpsychiatrie für vollstationäre Patienten dargestellt.

Beispiel der Berechnung für den ärztlichen Dienst

Belegung A1 x Minutenwerte Ärzte A1
 + Belegung A2 x Minutenwerte Ärzte A2
 + Belegung A3 x Minutenwerte Ärzte A3
 + Belegung A4 x Minutenwerte Ärzte A4
 + Belegung A5 x Minutenwerte Ärzte A5
 = Minuten im ärztlichen Dienst pro Woche

Tabelle 4: Minuten pro Berufsgruppe pro Woche anhand der zugeordneten Belegung aus Tabelle 3 (eigene Tabelle)

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	7233,83	20198,81	1013,44	4263,42	978,49	2655,90
A2	5946,13	25866,82	277,64	2706,99	670,96	1712,12
A3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A5	1373,26	1765,62	954,15	918,48	276,44	124,84
A6	2280,00	1020,00	1660,00	3520,00	340,00	1340,00
S1	7598,00	18726,04	1445,64	2420,60	1176,68	3664,52
S2	4730,34	21101,73	1016,28	942,37	628,25	2827,12
S3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S5	773,25	1174,63	590,27	596,17	182,98	283,33
S6	2070,00	720,00	1458,00	2772,00	288,00	1818,00
G1	10257,04	55600,99	1457,28	5717,04	1961,73	4203,70
G2	6356,05	36780,74	0,00	2349,63	1204,94	1536,30
G3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
G4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
G5	1645,43	3332,35	1120,00	1050,86	428,64	179,75
G6	2070,00	1692,00	1494,00	3006,00	468,00	1224,00

5.8. Berechnung der Vollkräfte (VK) pro Berufsgruppe anhand der Minutenwerte pro Woche

Nachdem die Minutenwerte pro Berufsgruppe pro Patient pro Woche errechnet wurden, müssen diese in Stellen (VK) umgerechnet werden. Diese Umrechnung erfolgt mit folgender Formel:

$$\frac{\text{Minutenwerte} \times \text{Anzahl der Patienten je Behandlungsbereich (Ergebnisse siehe Tabelle 3)}}{60 \text{ Minuten} \times (\text{Wochenarbeitszeit} - \text{Ausfallzeit})} = \text{Anzahl der Personalstellen der Berufsgruppen}$$

Im Weiteren wurden für die Behandlungsbereiche A, S und G die Minuten addiert, um den Personalbedarf für den stationären und anteilstationären Bereich zu errechnen. Damit die Ergebnisse in Tabelle 5 nachzuvollziehen sind, werden die Rechenschritte kurz dargestellt. Beispielrechnung für die Ärzte in Klinik A im Bereich der Allgemeinpsychiatrie (A):

$$\frac{(\text{Minuten A1} + \text{Minuten A2} + \text{Minuten A5})}{60 \text{ Minuten} \times (\text{tarifliche Arbeitszeit} - \text{Ausfallzeit})} = \text{Anzahl der Personalstellen}$$

$$\frac{(7233,83 \text{ Minuten} + 5946,13 \text{ Minuten} + 1373,26 \text{ Minuten})}{60 \text{ Minuten} \times (40 \text{ Std} - 15\% \text{ Ausfallzeit})} = \text{Anzahl der Personalstellen}$$

$$\frac{(14.553,22 \text{ Minuten})}{60 \text{ Minuten} \times 34 \text{ Std}} = \text{Anzahl der Personalstellen}$$

$$\frac{14.553,22 \text{ Minuten}}{2.040 \text{ Minuten}} = \text{Anzahl der Personalstellen}$$

$$7,13 = \text{Anzahl der Personalstellen}$$

In der Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Rechenoperationen für die entsprechenden Personalstellen abzulesen. Wichtig ist, dass für diese Rechenoperationen Prämissen angenommen wurden. So wird die Ausfallzeit¹¹ zwischen den Vertragspartner verhandelt und die Arbeitszeit richtet sich nach Tarifgegebenheiten.

¹¹ Nach den Erläuterungen von Kunze et al. (2010: 176) „Abzugsfähig ist nicht jede Höhe der Ausfallzeiten. Auch für Ausfallzeiten gilt das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (s. Erl. 3 zu § 1). Dazu gehört auch eine „angemessene Arbeitsorganisation“. Darunter ist vor allem die Anwendung moderner Führungsstile zu verstehen; sie führen tendenziell zu geringeren Ausfallzeiten.

2.1 Ausfallzeiten können entstehen z.B. für:

Erholungsurlaub, Sonderurlaub, Arbeitsbefreiung, Freistellungstage, Zusatzurlaub, Zusatzurlaub für Schwerbehinderte, Bildungsurlaub, Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit, Arbeitsunfall (soweit Anspruch auf Krankenbezüge besteht; ist der erloschen, liegen keine Ausfallzeiten vor), Kur- und Heilverfahren, Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind in den „Regelaufgaben“ enthalten), Tätigkeiten als Personalrat, Betriebsrat, Angehöriger der Mitarbeitervertretung, Angehöriger der Werkfeuerwehr, Sicherheitsbeauftragter, Beauftragter für die Arbeitssicherheit, Suchthelfer für eigne Mitarbeiter, Vertrauensmann der Schwerbehinderten, Vertreter der ausländischen Beschäftigten, Wochenfeiertage (s. Erl. 2.3), Schutzfristen und Mutterschutzzeiten, ausgenommen Erziehungsurlaub, Wehrübungen.

Tabelle 5: Minutenwerte und VK-Stellen der Berufsgruppen in Beispiel Klinik A (ohne Sockelbetrag) (eigene Tabelle)

Rechenoperatoren	Ärzte	Krankenpflege-personal	Diplom-Psychologen	Ergo-therapeuten	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozial-arbeiter, Sozial-pädagogen
Minuten stationär Gesamt Kategorie A	14553,22	47831,25	2245,22	7888,89	1925,89	4492,86
Minuten teilstationär Gesamt Kategorie A	2280,00	1020,00	1660,00	3520,00	340,00	1340,00
wöchentliche AZ	40,00	38,50	38,50	38,50	38,50	38,50
Ausfallzeit	0,15	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Anzahl der Stellen stationär	7,13	25,25	1,19	4,16	1,02	2,37
Anzahl der Stellen teilstationär	1,12	0,45	0,73	1,56	0,15	0,59
Minuten stationär Gesamt Kategorie S	13101,58	41002,41	3052,19	3959,14	1987,91	6774,96
Minuten teilstationär Gesamt Kategorie S	2070,00	720,00	1458,00	2772,00	288,00	1818,00
wöchentliche AZ	40,00	38,50	38,50	38,50	38,50	38,50
Ausfallzeit	0,15	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Anzahl der Stellen stationär	6,42	21,65	1,61	2,09	1,05	3,58
Anzahl der Stellen teilstationär	1,01	0,32	0,64	1,23	0,13	0,80
Minuten stationär Gesamt Kategorie G	18258,52	95714,07	2577,28	9117,53	3595,31	5919,75
Minuten teilstationär Gesamt Kategorie G	2070,00	1692,00	1494,00	3006,00	468,00	1224,00
wöchentliche AZ	40,00	38,50	38,50	38,50	38,50	38,50
Ausfallzeit	0,15	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Anzahl der Stellen stationär	8,95	50,53	1,36	4,81	1,90	3,13
Anzahl der Stellen teilstationär	1,01	0,75	0,66	1,33	0,21	0,54

5.9. Berechnung der Stellenanteile für Oberärzte

Die Minutenwerte im ärztlichen Dienst beinhalten die Minutenwerte für Oberärzte. Um eine korrekte und spezifische Aufstellung der jeweiligen Stellen und Personalkosten in den einzelnen Berufsgruppen abzubilden, sollten diese Stellen separat ausgewiesen werden. In der Tabelle 6 sind die Ergebnisse der einzelnen Rechenschritte ablesbar.

Tabelle 6: Berechnung der VK-Anteile der Oberärzte an den Gesamt VK-Stellen der Ärzte (eigene Abbildung)

Behandlungs- bereiche	Minuten Oberärzte pro Woche pro Patient ¹²	Minutenwerte x Belegung nach Quartalsein- stufung	Summe der vollstationären und teilstationären Minuten der Behandlungs- bereiche	Anzahl der VK Oberärzte
A1	33	1153,22	2357,05	1,16
A2	37	856,06		
A3	27	0,00		
A4	24	0,00		
A5	39	347,77		
A6	27	540,00	540,00	0,26
S1	34	1143,06	2056,95	1,01
S2	37	683,68		
S3	27	0,00		
S4	24	0,00		
S5	39	230,20		
S6	27	486,00	486,00	0,24
G1	28	1569,38	3019,75	1,48
G2	33	994,07		
G3	27	0,00		
G4	27	0,00		
G5	33	456,30		
G6	27	486,00	486,00	0,24

Damit ergibt sich im ärztlichen Dienst folgendes Bild:

Behandlungsbereich **A** vollstationär: 7,13 VK Ärzte, davon 1,16 VK Oberärzte

Behandlungsbereich **A** teilstationär: 1,12 VK Ärzte, davon 0,26 VK Oberärzte

Behandlungsbereich **S** vollstationär: 6,42 VK Ärzte, davon 1,01 VK Oberärzte

Behandlungsbereich **S** teilstationär: 1,01 VK Ärzte, davon 0,24 VK Oberärzte

Behandlungsbereich **G** vollstationär: 8,95 VK Ärzte, davon 1,48 VK Oberärzte

Behandlungsbereich **G** teilstationär: 1,01 VK Ärzte, davon 0,24 VK Oberärzte

¹² Die Zeitwerte für Oberärzte sind in der Gesamtzeit der Ärzte pro Woche pro Patient (vgl. § 5 Psych-PV Minutenwerte) inkludiert.

5.10. Basiszeitwert im Pflegedienst

Nachdem nun die Stellen für den Regeldienst berechnet sind, fehlen noch die Sockelminuten¹³ im Pflegedienst für die Stationseinheiten:

A = 4 Stationen vollstationäre Versorgung und eine Tagesklinik

4 x 5000 Minuten = 20.000 Minuten

$$\frac{(20.000 \text{ Minuten})}{60 \text{ Minuten} \times (38,5 \text{ Std} - 18\% \text{ Ausfallzeit})} = \text{Anzahl der Personalstellen}$$

$$\frac{(20.000 \text{ Minuten})}{1894,2 \text{ Minuten}} = 10,56 \text{ Stellen}$$

Der Rechnung folgend sind die Stellen für den Sockelanteil hinzuzufügen:

Tabelle 7: Berechnung des Basiswertes

Behandlungsbereich	Anzahl der Stationen	Entsprechende Sockelminuten Pflegedienst	Stellen Gesamt
Stationär (A)	4	20000	10,56
Teilstationär (A)	1	5000	2,64
Stationär (S)	4	20000	10,56
Teilstationär (S)	1	5000	2,64
Stationär (G)	5	25000	13,20
Teilstationär (G)	1	5000	2,64

Durch die amtliche Begründung zum Basiswert¹³ wird deutlich, dass dieser keinen zusätzlichen Bonus im Pflegedienst darstellt. Die Minutenwerte für das Pflegepersonal wurden pro Stationseinheit um 5000 Minuten reduziert. Diese Reduktion wird als

¹³ Amtliche Begründung zu § 5 Minutenwerte zu Absatz 2 „[...]Die mit Hilfe der Tätigkeitsprofile ermittelten Zeitwerte für den Pflegedienst wurden um einen „Basiswert“ von 5000 Minuten verringert; dieser Basiswert wird dem Pflegedienst nicht in Abhängigkeit von der Patientenzahl, sondern jeweils pro tatsächlich betriebener Station gutgeschrieben. Abs. 2 bestimmt daher, dass jede Station einen Wert von 5000 Minuten zu den sich an der Zahl der Patienten errechnenden Minutenwerte hinzuzurechnen ist. Für Stationen, die mit weniger als 16 Patienten im Jahresdurchschnitt belegt sind, prüfen die Vertragsparteien, ob dieser Wert noch sachgerecht ist. Satz 2 definiert den Begriff der Station. Der Basiswert bewirkt einen flacheren Anstieg der Personalbemessung bei zunehmender Stationsgröße. Hierdurch wird ein Anreiz zu einer gewünschten und erforderlichen Verkleinerung der heute vielfach noch zu großen Stationen geschaffen.“ (Kunze et al. 2010: 165)

Sockelwert zu den Zeiten der Regelbehandlung addiert. Auch wird deutlich, dass die Schaffung von großen Stationen durch fehlenden Basissockel zu Lasten der Patientenversorgung geht. Mit dieser Malusregel wurde ausschließlich das Pflegepersonal für Strukturentscheidungen zugunsten großer Stationen reduziert (bei einer Belegung von 30 Patienten entspricht dies gegenüber dem Ausgangswert von 18 Patienten nur 88% des notwendigen Personalbedarfs in der Pflege). Folgendes Rechenbeispiel soll dies kurz belegen.

Tabelle 8: Auswirkungen des Stationssockels (Kunze et al. 2010: 171)

Durchschnittlich belegte Betten je Station	Personalbemessung in Stellen		Differenz in Personalstellen
	a) Sockel gem. § 5 Abs. 2 Psych-PV	b) ohne Sockel ¹⁾	
12 ²⁾	6,69	6,04	+ 0,92
15 ²⁾	8,01	7,55	+ 0,46
18	9,06	9,06	0,00
21	10,10	10,57	- 0,47
24	11,15	12,07	- 0,92
27	12,20	13,58	- 1,38
30	13,24	15,09	-1,85

¹⁾ Zu Grunde liegt die Annahme, dass die sich aus den Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) ergebenden Minuten Werte nicht in einen Basiswert und restliche Minuten Werte aufgeteilt werden.

²⁾ Aus Gründen der Darstellung wurde außeracht gelassen, inwieweit der Basis Zeitwert gemäß Abs. 2 zu vermindern ist. Als Ausfallzeit wurden 22 % angenommen.

5.11. Regeldienst + Sockelwert

Addiert man nun die Stellen, die sich aus den Sockelwerten der Tabelle 7 ableiten, mit den Stellen aus der Tabelle 5, ergibt dies das in Tabelle 9 dargestellte Bild.

Tabelle 9: Stellenverteilung in VK Regeldienst + Sockeldienst

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
Anzahl der Stellen stationär (A)	7,13	35,81	1,19	4,16	1,02	2,37
Anzahl der Stellen teilstationär (A)	1,12	3,09	0,73	1,56	0,15	0,59
Anzahl der Stellen stationär (S)	6,42	32,20	1,61	2,09	1,05	3,58
Anzahl der Stellen teilstationär (S)	1,01	2,96	0,64	1,23	0,13	0,80
Anzahl der Stellen stationär (G)	8,95	63,73	1,36	4,81	1,90	3,13
Anzahl der Stellen teilstationär (G)	1,01	3,39	0,66	1,33	0,21	0,54

Die in der Tabelle 9 dargestellten Stellen sind das Ergebnis der Berechnung des Regeldienstes inklusive des Sockelwertes für den Pflegedienst. Nun fehlen noch die Stellen für die Nachtdienststruktur, des Konsiliardienstes der Ärzte, die Leitungsstellen im ärztlichen und im Pflegedienst sowie die Stellen zur Durchführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

5.12. Nachtdienststruktur

Wir erinnern uns an die auf der Seite 8 dargestellten Strukturen der Beispielklinik A, die folgende Strukturen verhandelt hat:

- Behandlungsbereich A
= 4 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station, davon 2 Stationen mit einer Doppelnachtwache

- Behandlungsbereich G
= 5 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station, davon 3 Stationen mit einer Doppelnachtwache
- Behandlungsbereich S
= 4 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station, davon eine Station mit einer Doppelnachtwache

Die Berechnung des Nachdienstes erfolgt anhand der Beispielsrechnung zur Erläuterung der Psych-PV von Kunze et al. (2010: 179).

1 Nachtdienst = 70 Std/Woche (7 Nächte x 10 Std.)

$$\frac{70 \text{ Std.}}{31,57 \text{ Std. (Nettowochen AZ einer Pflegekraft bei 18\% AFZ)}} = 2,22 \text{ Stellen}$$

Damit ergibt sich folgende Nachtdienststruktur der Behandlungsbereiche:

Tabelle 10: Nachtdienststruktur der Behandlungsbereiche

Nachtdienststruktur Behandlungsbereich (A)	Nachtdienststruktur Behandlungsbereich (G)	Nachtdienststruktur Behandlungsbereich (S)
4 Stationen, davon 2 Stationen mit Doppelnachtwache	5 Stationen, davon 3 Stationen mit Doppelnachtwache	4 Stationen, davon 1 Stationen mit Doppelnachtwache
2,22 Stellen x 6 = 13,32 Stellen	2,22 Stellen x 8 = 17,76 Stellen	2,22 Stellen x 5 = 11,1 Stellen

Addiert man die Ergebnisse der Tabelle 9 mit den Ergebnissen der Tabelle 10, so erhält man für die direkte Patientenversorgung auf der Stationsebene ein umfassendes Bild (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: VK der Berufsgruppen nach Berücksichtigung des Regeldienst + des Sockelwert + der Nachtdienststruktur

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergo-therapeuten	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physio-therapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
Anzahl der Stellen stationär (A)	7,13	49,13	1,19	4,16	1,02	2,37
Anzahl der Stellen teilstationär (A)	1,12	3,09	0,73	1,56	0,15	0,59
Anzahl der Stellen stationär (S)	6,42	43,3	1,61	2,09	1,05	3,58
Anzahl der Stellen teilstationär (S)	1,01	2,96	0,64	1,23	0,13	0,80
Anzahl der Stellen stationär (G)	8,95	81,49	1,36	4,81	1,90	3,13
Anzahl der Stellen teilstationär (G)	1,01	3,39	0,66	1,33	0,21	0,54

5.13. Durchschnittliche Verteilung der VK-Stellen auf die Stationen der Klinik

Im nächsten Schritt erfolgt eine durchschnittliche Betrachtung der Belegung und Stellenverteilung auf Stationsebene. Zu diesem Zweck werden die verhandelten Strukturen genutzt.

Beispielklinik A (Erwachsenenpsychiatrie)

Verhandelte Belegung im Behandlungsbereich A

Im Behandlungsbereich A = 24.455 vollstationäre + 5.000 teilstationäre Berechnungstage. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 67 (365 Tage) Patienten vollstationär und 20 (250 Tage) teilstationär.

Die Stationsstruktur sieht folgendermaßen aus:

Im Behandlungsbereich A = 4 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station

- davon 2 Stationen mit einer Doppelnachtwache

Tabelle 12: Durchschnittliche Verteilung der VK-Stellen im Behandlungsbereich A

Station	Durchschnittliche Belegung	Nachtdienststruktur	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergo-therapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	16,75	2	1,78	13,39	0,30	1,04	0,26	0,59
A2	16,75	2	1,78	13,39	0,30	1,04	0,26	0,59
A3	16,75	1	1,78	11,17	0,30	1,04	0,26	0,59
A4	16,75	1	1,78	11,17	0,30	1,04	0,26	0,59
TK (A)	20	0	1,12	3,09	0,73	1,56	0,15	0,59

Verhandelte Belegung im Behandlungsbereich S

Im Behandlungsbereich S = 21.170 vollstationäre + 4.500 teilstationäre Berechnungstage. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 58 (365 Tage) Patienten vollstationär und 18 (250 Tage) teilstationäre.

Im Behandlungsbereich S = 4 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station

- davon eine Station mit einer Doppelnachtwache

Tabelle 13: Durchschnittliche Verteilung der VK-Stellen im Behandlungsbereich S

Station	Durchschnittliche Belegung	Nachtwachen	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplompsychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
S1	14,5	2	1,61	12,49	0,40	0,52	0,26	0,90
S2	14,5	1	1,61	10,27	0,40	0,52	0,26	0,90
S3	14,5	1	1,61	10,27	0,40	0,52	0,26	0,90
S4	14,5	1	1,61	10,27	0,40	0,52	0,26	0,90
TK (S)	20	0	1,01	2,96	0,64	1,23	0,13	0,80

Verhandelte Belegung im Behandlungsbereich G

Im Behandlungsbereich G = 36.500 vollstationäre + 4.500 teilstationäre Berechnungstage. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 100 (365 Tage) Patienten vollstationär und 18 (250 Tage) teilstationär.

Die Stationsstruktur sieht folgendermaßen aus:

Im Behandlungsbereich G = 5 Stationen (vollstationär) + 1 tagesklinische Station

- davon 3 Stationen mit einer Doppelnachtwache besetzt.

Tabelle 14: Durchschnittliche Verteilung der VK-Stellen im Behandlungsbereich G

Station	Durchschnittliche Belegung	Nachtwachen	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplompsychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
G1	20	2	1,79	17,19	0,27	0,96	0,38	0,63
G2	20	2	1,79	17,19	0,27	0,96	0,38	0,63
G3	20	2	1,79	17,19	0,27	0,96	0,38	0,63
G4	20	1	1,79	14,97	0,27	0,96	0,38	0,63
G5	20	1	1,79	14,97	0,27	0,96	0,38	0,63
TK (G)	18	0	1,01	3,39	0,66	1,33	0,21	0,54

Bei der durchschnittlichen Verteilung der Stellen über die Stationen muss berücksichtigt werden, dass es durchaus Verschiebungen im Hinblick auf die Belegung und differenter Behandlungsbereiche geben kann. Der endgültige Personaleinsatz obliegt der Institution.

5.14. Bereitschaftsdienst der Ärzte (oder anderer Berufsgruppen)

Für die Berechnung der Stellenanteile für den Bereitschaftsdienst der Ärzte gibt die Psych-PV keine expliziten Vorgaben. Daher wird an dieser Stelle eine Empfehlung zur Berechnung geben, um eine Orientierung für den erforderlichen Nachweis zu geben. Grundsätzlich lassen sich zwei Formen des Bereitschaftsdienstes unterscheiden:

- Anwesenheitsbereitschaft
- Rufbereitschaft

Zuerst wird eine Modelrechnung für die Anwesenheitsbereitschaft dargestellt. Für diese sind zugrunde liegende Prämissen erforderlich.

- Bereitschaftsdienststufe
- Nettoarbeitszeit = Wochenarbeitszeit – Ausfallzeit
- Anzahl der Stunden pro Bereitschaftsdienst

Bei der Berücksichtigung der Bereitschaftsdienststufen für den ärztlichen Dienst orientiert sich diese Modellrechnung an der Stufentabelle des Marburger Bundes¹⁴.

Tabelle 15: Bereitschaftsdienststufen nach dem Tarifvertrag des Marburger Bundes¹⁴

Bereitschaftsdienststufe	Arbeitsleistung innerhalb des Bereitschaftsdienstes	Bewertung als Arbeitszeit
I	bis zu 25 v. H.	60 v. H.
II	mehr als 25 bis 40 v. H.	75 v. H.
III	mehr als 40 bis 49 v. H.	90 v. H.

Für das Rechenbeispiel gehen wir wieder von einer Bruttoarbeitszeit von 40 Std und einer Ausfallzeit von 15% aus. Dies ergibt 34 Std/Woche.

Für unser Beispiel wird eine Bereitschaftsdienstzeit von 15,5 Stunden (16:30 Uhr – 8:00 Uhr) an Wochentagen angenommen (Regelarbeitszeit bei einer 5 Tage-Woche = 40Std. Dies entspricht 8 Std. tägl. + 30 Minuten Pause). Für Wochenenden und Feiertage ist von einem 24 Std. Ansatz auszugehen.

¹⁴ Marburger Bund (2013) Merkblatt Abgeltung - Bereitschaftsdienst, November 2013 <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/landesverbaende/baden-wuerttemberg/2013/10-bonus-regelung-ansprueche-verfallen-erstmal-zum-31.12.2013/abgeltung-bereitschaftsdienst-tv-aerzte-vka.pdf>; Zugriff am 31.01.2017

Damit kommt man zu folgenden Ergebnissen:

((Bereitschaftsdienstzeit an Wochentagen x Anzahl der Tage pro Jahr =
Bereitschaftsdienststunden pro Jahr an Wochentagen)

+

(Bereitschaftsdienstzeit an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen x Anzahl der Tage pro
Jahr = Bereitschaftsdienststunden pro Jahr an Wochentagen))

x

prozentualer Anteil an Arbeitszeit nach Tabelle 13

=

Bereitschaftsdienststunden pro Jahr

$$\frac{\text{Bereitschaftsdienststunden pro Jahr}}{\text{Nettoarbeitszeit pro Woche} \times \text{Anzahl der Jahreswochen}} = \text{Anzahl der benötigten VK Netto für die Anwesenheitsbereitschaft}$$

((15,5 Std. x 250 Tage) + (24 x 115)) x 90% =

(3.875 Stunden + 2.760 Stunden) x 90 % = 6.635 Std. pro Jahr x 90 % = 5.971,5 Std. pro Jahr

$$\frac{5.971,5 \text{ Std. pro Jahr}}{(34 \text{ Std.} \times 52 \text{ Wochen})} = \frac{5.971,5 \text{ Std. pro Jahr}}{1768 \text{ Std. pro Jahr /VK}} = 3,38 \text{ VK}$$

Das Ergebnis bildet die VK für die Anwesenheitsbereitschaft im ärztlichen Dienst ab. Der Rufbereitschaftsdienst kann analog der oben dargestellten Formelbestandteile berechnet werden. Hier müssen dann die entsprechenden Parameter angepasst werden. So werden, in der Regel, nur 12,5% der Rufbereitschaftszeit als Arbeitszeit anerkannt. Neben den Rufbereitschaftsdiensten im ärztlichen Dienst, gibt es auch andere Formen der Rufbereitschaft. So sind in manchen Kliniken Rufbereitschaften im Pflegedienst zu finden. Auch diese können analog berechnet werden.

5.15. Leitungskräfte laut Psych-PV

In § 7 Leistungskräfte regelt die Psych-PV die Personalbemessung wie folgt:

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

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

(3) § 3 Abs. 4 gilt entsprechend.

Die amtliche Begründung definiert als Leitungskräfte leitende Abteilungsärzte (Chefärzte). Es wird den unterschiedlichen Abteilungsgrößen Rechnung getragen, da auch anteilige Personalstellen berücksichtigt werden. **Oberarztstellen** werden durch den §7 nicht definiert oder ausgewiesen, da diese schon in den Minutenwerten der Psych-PV Regelversorgung berücksichtigt wurden. Für die Vertretung der Ärzte in der Krankenhausleitung ist keine zusätzliche Personalstelle vorgesehen. In Absatz 2 ist beschrieben, dass die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte der Zahl der leitenden Ärzte entspricht. Auch sind hiermit **keine pflegerischen oder ärztlichen Stationsleitungen** gemeint, da auch diese durch die Minutenwerte der Psych-PV bereits berücksichtigt sind.

In Absatz 3 wird auf § 3 Abs. 4 verwiesen. Hier ist geregelt, dass von den Vorgaben der Psych-PV abgewichen werden kann. Allerdings muss dies in der Vereinbarung schriftlich fixiert werden¹⁵.

5.16. Konsiliardienst der Ärzte

Die Konsiliardienste sind den Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes zuzuordnen. In den Erläuterungen von Kunze et al. (2010) werden 3 Arten von Konsiliardiensten unterschieden.

1. Die Einrichtung bezieht Konsiliardienste von außen, die sie nicht selbst erbringen kann. Diese Konsiliarleistungen werden als Sachkosten betrachtet.

¹⁵ Amtliche Begründung zu § 3 Absatz 4 „Die Vorschrift eröffnet den Vertragsparteien die Möglichkeit, von den Vorgaben der Verordnung abzuweichen, wenn diese aufgrund der besonderen Verhältnisse einer psychiatrischen Einrichtung erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung schriftlich festzuhalten, damit für die Genehmigung der Pflegesätze zuständigen Landesbehörde die Rechtmäßigkeit der Abweichung überprüfen kann.“ (Kunze et al. 2010: 141)

2. Die Einrichtung erbringt Konsiliarleistungen an andere Krankenhäuser. Diese Leistungen werden als Sachkosten berechnet.
3. Die Einrichtung erbringt Konsiliarleistungen in eigenen Abteilungen, z.B. in einer Abteilung für Innere Medizin. Der Zeitbedarf ist in den Minuten des Regeldienstes nicht vorhanden. Die Leistungen werden durch Leistungsaufschriebe gesondert ermittelt und gem. § 3 Abs. 4¹⁶ zum internen Budget der psychiatrischen Abteilung hinzugerechnet.

5.17. Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und Krankenpflegehilfeausbildung

Kosten für die Ausbildung sind nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz durch Zuschläge zu finanzieren. Diese Regelung gilt ebenfalls für die Mehrkosten, die durch das Krankenpflegegesetz entstehen. Es sind pflegesatzfähige Kosten, die nicht durch andere Vorschriften geregelt sind¹⁷.

In diesem Kapitel werden nicht alle Aspekte der Ausbildungsfinanzierung dargestellt. Vielmehr werden die Stellenanteile des Ausbildungsbudgets für die Finanzierung von Auszubildenden und die Finanzierung der Praxisanleitung in psychiatrischen Kliniken herausgearbeitet. Insgesamt wird mit den Krankenkassen in den Budgetverhandlungen ein Ausbildungsbudget vereinbart. Der Anrechnungsschlüssel für Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege beträgt 9,5 Auszubildende zu einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. In der Krankenpflegehilfe beträgt der Schlüssel 6 Auszubildende zu einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Die unterschiedlichen Anrechnungsschlüssel haben etwas mit der Summe an Stunden in der theoretischen Ausbildung zu tun. Da Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege deutlich mehr Theoriestunden haben, kommt es zu einem höheren Verhältnis. Es wird davon ausgegangen, dass 9,5 Auszubildende eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson ersetzen können.

In der Finanzierung der Ausbildung sind auch die Kosten für die Praxisanleitung berücksichtigt. Darunter fallen:

- Praktische Anleitung durch Praxisanleiter zzgl. Reisekosten
- Freistellung während der Anleitung ([Urteil Verwaltungsgericht Braunschweig](#))

¹⁶ „(4) Die Zahl der Personalstellen nach Absatz 1 Nr. 3 kann von den Vertragsparteien abweichend vereinbart werden, wenn dies auf Grund besonderer Verhältnisse einer Einrichtung zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich oder ausreichend ist. Die Notwendigkeit einer Abweichung ist in der Pflegesatzvereinbarung zu begründen.“ (Kunze et al. 2010: 40)

¹⁷ AOK-Bund (o.J.) <http://www.bv-aok.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/ausbildung/index.html>: Aufruf am 8.1.2017

- Arbeitsausfallkosten für die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum Praxisanleiter
 - Kosten für die Qualifikation von Praxisanleitern:
Lehrgangsgebühren, Reisekosten, Arbeitsausfallkosten
 - Kosten der Auszubildenden während der Praxiseinsätze, z.B. Fahrtkosten (außer Ausbildungsvergütung)

An dieser Stelle wird explizit auf das Urteil des Verwaltungsgerichtes Braunschweig eingegangen. Hier wurde klargestellt, dass auch die Freistellung der Praxisanleiter für die Anleitungssituationen über das Ausbildungsbudget zu verhandeln von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Es wird kurz dargestellt wie die Rechnung aussieht, die der Urteilsfindung zugrunde liegt. Die Kostenträger haben versucht die Kosten für die Praxisanleitung abzuweisen. Es handelte sich in diesem Fall um 58 Auszubildende.

„Schließlich greift auch der Einwand der Kläger nicht, die niedersächsische Schiedsstelle habe in nicht nachvollziehbarer Weise einen Bedarf an Praxisanleitung von 104 Stunden je Schüler und Jahr festgesetzt und komme deshalb zu Unrecht auf 3,78 Vollkräfte. In ihrem Beschluss vom 28.4.2009 hat die Schiedsstelle unter II.1.B. (Bl. 166 BA) ausdrücklich auf ihren Beschluss vom 18.10.2007 (SK 4/2007) berufen, in dem sie durch das KrPflG veranlasst jährliche Mehrbelastung je Schüler in 84 Stunden in die Praxisanleitung und 20 Stunden für zusätzliche Tätigkeiten aufgeschlüsselt hat. Die Schiedsstelle ist bei der Ermittlung der 84 Stunden von der Anlage 1, Buchstabe B zur KrPflAPrV aufgeführten Gesamtstundenzahl von 2.500 ausgegangen (2.500:3x10%). Bei dem so errechneten Gesamtbedarf eines Praxisanleiters von 104 Stunden pro Schüler ergibt sich hier eine Gesamtstundenzahl von 6032. Dividiert man diese durch die auch von den Klägern angesetzte Nettoarbeitszeit eines Praxisanleiters von 1.594 Std./Jahr, ergibt sich eine Zahl von 3,78 Vollkräften –VK-.“¹⁸

Mit diesem Urteil wird deutlich, dass nicht nur die Ausbildung von Praxisanleitern sondern auch die Praxisanleitung selbst zu finanzieren ist. Dies sind Stellen, die über das Ausbildungsbudget verhandelt werden und sich dann in den Stellenausweisung wiederfinden müssen.

¹⁸ Verwaltungsgericht Braunschweig (2010) http://www.medizinrecht-ra-mohr.de/pdfs/Urteil_VGBraunschweig_5A134.09.pdf
Aufruf am 27.1.2017. Seite 18 -19.

6. Besonderheiten und Ausnahmeregelungen der Psych-PV

Laut Erläuterungen zum § 3 Psych-PV sind die folgenden beispielhaft aufgeführten Sachverhalte Möglichkeiten die zu einer **abweichenden Vereinbarung** führen können¹⁹:

- „Verminderung der Minutenwerte, falls keine Versorgungsverpflichtung besteht (§ 3 Abs. 1 Nr. 2)
 - § 3 Abs. 1 Nr. 2 Psych-PV: *„2. Für jeden Behandlungsbereich und für jede Berufsgruppe wird eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche vorgegeben (§ 5 Abs. 1 und § 9 Abs. 1). Die Minutenwerte sind unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags angemessen zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.“*
- Verringerte Besetzung des Krankenpflegedienstes am Wochenende (§ 3 Abs. 3)²⁰
 - § 3 Abs. 3 Psych-PV: *„(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 2 gelten beim Krankenpflegepersonal für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes, sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie für einen Regeldienst von 8 Stunden, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 10 Stunden; die Minutenwerte gelten für fünf Wochentage.“*
- Drogenabhängige (Amtliche Begründung zu § 4 Abs. 1)
 - Amtliche Begründung zu § 4 Abs. 1: *„[...] Bei Drogenabhängigen entspricht der Personalbedarf zur stationären psychiatrischen Behandlung dem Umfang nach dem Aufgabenbereich S 2. Die Qualifikationsstruktur der Therapeuten ist den besonderen Erfordernissen anzupassen (§ 6 Abs. 2). Die Behandlungsdauer Drogenabhängiger ist oft länger als die von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Die Drogenabhängigen werden außer in S 2 nicht in anderen Aufgabenbereichen psychiatrischer Einrichtungen*

¹⁹ Erläuterungen zu § 3 der Psych-PV (Kunze et al. 2010: 138)

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

berücksichtigt. Neue Konzepte des „niederschweligen“ erfordern gesonderte Verhandlungen zur Personalbemessung.“

- Zentralisierungsgrad der Versorgungsdienste unter 100% (Amtliche Begründung zu § 5 letzter Absatz); (s. Erl. 1.11 zu § 5)
 - o Amtliche Begründung zu § 5 letzter Absatz: *„[...] Die Minutenwerte ermöglichen Grundsätzlich auch das Prinzip der Gruppenpflege. Ihnen liegt die Annahme zugrunde, dass die Versorgungseinrichtungen des Krankenhauses zentralisiert sind; die Minutenwerte des Pflegepersonals enthalten nur Minutenwerte des Pflegedienstes. Bei nicht zentralisierten Versorgungsbereichen verhandeln die Vertragsparteien über zusätzliche Personalstellen. [...]“*
 - o Erl. 1.11 zu § 5: *„Unter zentralisierten Versorgungsdiensten werden allgemeine Dienste in der Krankenhausversorgung verstanden und sind deshalb der Verordnung zugrunde gelegt:*
 - *Speiseversorgung im Tablettsystem und mit zentraler Spülung für alle Mahlzeiten,*
 - *voll ausgebauter Hol- und Bringedienst (Fahrdienst), einschließlich von Laborproben und Patiententransporte*
 - *zentrale Wäscheversorgung*
 - *zentrale Sterilisation*
 - *zentrale Matratzen- und Bettendesinfektion*
 - *zentraler Reinigungsdienst.“*
- Mindestbesetzung (Amtliche Begründung zu § 3 Abs. 3)
 - o Amtliche Begründung zu § 3 Abs. 3: *„Die Minutenwerte für das Pflegepersonal enthalten neben den Übergabezeiten mit dem Nachdienst eine halbe Stunde Übergabezeit am Mittag. Die Besetzung der Station mit Pflegekräften wird an Wochenenden und Feiertagen nicht verringert. Der Personalbedarf für die anderen Berufsgruppen umfasst auch Tätigkeiten, die abends und am Wochenende entsprechend dem Bedarf für den jeweiligen Aufgabenbereich erforderlich sind. Regelungen für Mindestbesetzungen von Stationen werden nicht getroffen; es wird davon ausgegangen das mögliche Probleme durch organisatorische Maßnahmen des Krankenhauses z.B. eine zweckmäßige Bildung von Stationen und Mischung von Patienten,*

vermieden werden. In besonderen Fällen kann nach Absatz 4 mit den Krankenkassen über einen höheren Personalbedarf verhandelt werden. [...]“

- Umkleidezeiten (§ 6 Abs. 1 Regelaufgaben); (s. Erl. 1.14 zu § 5)
 - o Da der TVöD nicht mehr auf die Arbeitsstelle fokussiert, ist die Rechtsprechung bezüglich der **Umkleidezeiten im Geltungsbereich des BAT ohne Wirkung.**
- Besondere bauliche Verhältnisse (Amtliche Begründung zu § 5)
 - o Amtliche Begründung zu § 5: *„Nach Ansicht der Expertengruppe begründet das sogenannte Pavillionsystem keinen nennenswerten Personalbedarf bei den einbezogenen Berufsgruppen.“*
- Anteil der pflegerischen Hilfskräfte überdurchschnittlich hoch (Amtl. Begründung zu § 6 Abs. 2)
 - o Amtl. Begründung zu § 6 Abs. 2: *„[...] Pflegerische Hilfskräfte sind, soweit ihr Einsatz z.B. aufgrund der Arbeitsmarktsituation erforderlich ist, auf die Stellen des Krankenpflegepersonals anzurechnen.“*
- Hilfskräfte anstelle Fachpersonal (§ 6 Abs. 2)
 - o § 6 Abs. 2: *„(2) Die Personalstellen für eine Berufsgruppe nach Absatz 1 können entsprechend dem therapeutischen Konzept der psychiatrischen Einrichtung auch mit Fachkräften der anderen Berufsgruppen oder anderer, in § 5 Abs. 1 nicht genannter Berufe, besetzt werden, soweit das der Verordnung zugrundeliegende therapeutische Konzept erfüllt wird und die nach dieser Verordnung vereinbarten Personalkosten nicht überschritten werden.“*
- Besondere Verhältnisse bezüglich Leitungskräfte (§ 7 Abs. 3)²¹
 - o § 7 Abs. 3: *„(3) § 3 Abs. 4 gilt entsprechend.“*
 - o § 3 Abs. 4: *„(4) Die Zahl der Personalstellen nach Absatz 1 Nr. 3 kann von den Vertragsparteien abweichend vereinbart werden, wenn dies auf Grund besonderer Verhältnisse einer Einrichtung zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich oder ausreichend ist. Die Notwendigkeit einer Abweichung ist in der Pflegesatzvereinbarung zu begründen.“*
- Tagesklinik, wenn nicht verbunden oder bei primärer tagesklinischer Behandlung (s. Erl. 1.6. zu Anl. 1)

²¹ „(3) § 3 Abs. 4 gilt entsprechend.“

- s. Erl. 1.6. zu Anl. 1: *„Der Personalbemessung sind Patienten zugrunde gelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.
Dabei ist es unerheblich, ob die Behandlung des Patienten auf einer gesonderten Station oder Abteilung erfolgt (Tagesklinik) oder ob er im Tagesklinik-Status auf seiner bisherigen Station bleibt (integrierte Form der tagesklinischen Behandlung; s. Abschn. I Nr. 3 Ziff. 3.16).
Es gibt jedoch tagesklinische Behandlung, zu denen die Kranken primär, d.h., ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden.
Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht. Der Behandlungsbedarf entspricht etwa der Regelbehandlung nach Behandlungsbereich A 1, vermindert um den besonderen Aufwand für vollstationäre Behandlung, z.B. Regeldienstzeiten, Wochentagefaktor (s. Erl. 1.8 zu § 5).*
- Zu außerdem gesondert zu verhandelnden Sachverhalten s. Erl. 3.1 zu § 4.
 - Erl. 3.1 zu § 4: „

5.5 **Keine** besonderen Verhältnisse i. S. des Abs. 4 sind z.B.

- Gruppenpflege oder Funktionspflege (s. Amtliche Begründung zu § 5)
- Pavillionsystem (s. Amtliche Begründung zu § 5)
- Geschlossene oder offene Tür (s. Abschn. 1 Nr. 3 Ziff. 3.8)

5.6 Die **Beweislast** liegt bei dem, der das Vorliegen besonderer Verhältnisse behauptet.

5.7 Abweichende Vereinbarungen sind nach dem Wortlaut in Abs. 1 eine Kann-Bestimmung. Diese würde aufgrund der BPfIV **Schiedsstellenfähigkeit** ausschließen. „ Abweichungen von der Psych-PV im Sinne der Ausnahmeregelungen sollten sich in der Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Verhandlungspartnern widerfinden.

7. Fazit

Die seit 1991 gültige „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) regelt bis heute die Personalbemessung von psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Sie knüpft unmittelbar an die Ergebnisse der damaligen Psychiatrie-Enquete-Kommission an, die eine Gleichstellung von körperlich kranken und psychisch kranken Personen in der Krankenversorgung zum Ziel hatte und die damals unhaltbaren Zustände in der psychiatrischen Versorgung anprangerte. Diese Geschichte der psychiatrischen Versorgung darf nicht vergessen werden.

Viele Aspekte sind eindeutig geregelt und sollten sich in verdichteter Form in der verhandelten Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) wiederfinden. Ausnahmen (vgl. Kapitel 5) sollten ebenfalls in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) beschrieben sein. Die Regelung zum Nachweis der Personalstellen nach Psych-PV kann zu einer erstmaligen Transparenz in der Frage von Personaleinsatz in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen führen. Vor diesem Hintergrund scheint es besonders wichtig die Herleitung und Berechnungen der Personalstellen nach Psych-PV transparent für Leitungen aller Hierarchieebenen und Jahresabschlussprüfer darzustellen.

8. Literaturverzeichnis

AOK-Bund (o.J.). » Krankenhaus » Budgetverhandlungen » Ausbildung. <http://www.bv-aok.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/ausbildung/index.html>; Zugriff am 31.01.2017

Bundesministerium für Gesundheit (2016). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett/faq-psychvvg.html>; Aufruf am 15.12.2016

Bundesgesetzblatt (2016). Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Vom 19. Dezember 2016. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 63. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl116s2986.pdf; Zugriff am 31.01.2017

Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (2016). Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPflV). Zuletzt geändert am 19.12.2016. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bpflv_1994/gesamt.pdf; Zugriff am 31.01.2017

Deutscher Bundestag (2016). Drucksache 18/9528 - Entwurf eines vom 05.09.2016. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809528.pdf>; Zugriff am 31.01.2017

Kunze, H., Kaltenbach, L., & Kupfer, K. (2010). *Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*: Kohlhammer Verlag.

Marburger Bund (2013) Merkblatt Abgeltung - Bereitschaftsdienst, November 2013. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/landesverbaende/baden-wuerttemberg/2013/10-bonus-regelung-ansprueche-verfallen-erstmal-zum-31.12.2013/abgeltung-bereitschaftsdienst-tv-aerzte-vka.pdf>; Zugriff am 31.01.2017

Verwaltungsgericht Braunschweig (2010). Az.: 5 A 134/09. http://www.medizinrecht-ra-mohr.de/pdfs/Urteil_VGBraunschweig_5A134.09.pdf; Zugriff am 31.01.2017

Anhang

§ 5 PsychM PV Minutenwerte Erwachsenenpsychiatrie (Patient/Woche)

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1.118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	198	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67
S1	226	557	43	72	35	109
S2	256	1.142	55	51	34	153
S3	82	242	110	156	46	175
S4	106	683	80	112	38	77
S5	131	199	100	101	31	48
S6	115	40	81	154	16	101
G1	183	992	26	102	35	75
G2	211	1.221	0	78	40	51
G3	84	518	66	85	42	79
G4	100	909	43	72	44	42
G5	119	241	81	76	31	13
G6	115	94	83	167	26	68

Zeitwerte pro Patient pro Woche in der Erwachsenenpsychiatrie (vgl. Kunze et al. 2010: 64-65)

Behandlungs- bereiche	Oberärzte ²²
A1	33
A2	37
A3	27
A4	24
A5	39
A6	27
S1	34
S2	37
S3	27
S4	24
S5	39
S6	27
G1	28
G2	33
G3	27
G4	27
G5	33
G6	27

²² Die Zeitwerte für Oberärzte sind in der Gesamtzeit der Ärzte pro Woche pro Patient (vgl. § 5 Psych-PV Minutenwerte) inkludiert.