

Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (EPPIK)

(Version 1, Dezember 2020; letzte Änderung: 09.01.2023)

Johanna Breilmann¹, Peter Brückner-Bozetti², Hans-Christoph Friederich³, Ulrike Dinger-Ehrenthal^{4,5}, Beate Wild³, Karl Blum⁶, Thomas Becker^{1,7}, Markus Koesters^{1,8}

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg

² Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH, Bremen

³ Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg

⁴ Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf

⁵ Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR Klinikum Düsseldorf

⁶ Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf

⁷ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig

⁸ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Kontakt:

Dr. Johanna Breilmann
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, BKH Günzburg
Universität Ulm
Lindenallee 2
89312 Günzburg
Tel.: 08221-96-29209
johanna.breilmann@uni-ulm.de

KURZFASSUNG

Mit dem Ziel einer verbesserten Bestimmung des Personalbedarfs hat eine Arbeitsgruppe von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fachverbänden (Plattform Personalbemessung) ein Strukturmodell (sog. „Plattformmodell“) entwickelt, das die Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- bzw. Behandlungsclustern sowie einer leitliniengerechten Behandlung ermöglichen soll.

Das Projekt EPPIK soll einen Beitrag zur Evaluation und Validierung des Plattformmodells leisten. Dazu soll in zwei Teilprojekten eine Grundlage geschaffen werden, um basierend auf dem Plattformmodell sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (EPP), die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) als auch für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) eine Sollabschätzung der Personalausstattung für alle Berufsgruppen vorzunehmen. Im Teilprojekt Psychiatrie wird hierfür für die EPP sowie für die KJPP zunächst die Reliabilität der Zuordnungen von Patientinnen und Patienten zu Bedarfsclustern geprüft. Ergänzend werden für Fallvignetten der Bedarfscluster leitliniengerechte Behandlungsbestandteile definiert, um so eine Einschätzung des leitliniengeleiteten Behandlungsbedarfs über die Berufsgruppen hinweg zu ermöglichen. Im Teilprojekt PSM-PT ist aufgrund einer anderen Arbeits- und Versorgungsstruktur sowie eines anderen Schwerpunkts der Störungsbilder eine Modifikation der Personalbemessung erforderlich. Für die PSM-PT sollen daher zum einen die Validität der von Experten und Expertinnen im Rahmen des Plattformmodells entwickelten Behandlungscluster überprüft werden. Zum anderen werden auf der Grundlage der Ist-Personalausstattung und der im Projekt erstellten prototypischen Therapiepläne der Behandlungscluster eine Abschätzung des Soll-Personalbedarfs ermöglicht.

Basierend auf den Ergebnissen der Teilprojekte erfolgt die Sollschatzung der Personalausstattung für alle Berufsgruppen in der EPP, KJPP und PSM-PT. Damit will das Projekt eine angemessene Personalausstattung identifizieren und so zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen beitragen. Die Ergebnisse können als Grundlage für die Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden.

SYNOPSIS

Titel (Akronym)	Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (EPPIK)
Themenfeld	Weiterentwicklung der PPP-RL
Forschungsfeld	Personalbemessung in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (EPP), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) sowie der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT)
Projektziele	<p><u>Teilprojekt Psychiatrie (EPP / KJPP):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Überprüfung der Reliabilität von Zuordnungen realer Patient*innen zu den im Plattformmodell formulierten Bedarfsclustern durch geschulte Rater. 2. Entwicklung von leitliniengestützten Behandlungsverläufen aus dem Plattformmodell als Grundlage für eine Abschätzung des setting- und professionsübergreifenden Soll-Personalbedarfs. <p><u>Teilprojekt Psychosomatik (PSM-PT):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizierung, Quantifizierung und Validierung der im Plattformmodell entwickelten 4 Behandlungscluster anhand der in der Versorgungspraxis erbrachten therapeutischen Leistungen und des medizinisch-somatischen Aufwands. 2. Ist-Analyse der Personalausstattung für die 4 Behandlungscluster. 3. Entwicklung prototypischer Therapiepläne für die 4 Behandlungscluster als Grundlage für eine Abschätzung des Soll-Personalbedarfs. <p><u>Basierend auf den Ergebnissen der Teilprojekte:</u></p> <p>Sollschätzung der Personalausstattung für alle Berufsgruppen in der EPP, KJPP und PSM-PT</p>
Studiendesign und Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht-interventionelle Beobachtungsstudie (Reliabilitätsbestimmung (AP1), Ist-Analyse Personalausstattung (AP 4)) - Experteneinschätzungen (modifizierte Delphi-Verfahren (AP2, AP6))
Untersuchungsgegenstand	Eignung des „Plattformmodells“ zur Personalbemessung in der EPP, KJPP und PSM-PT

Studienpopulation und Stichprobengröße	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung der Bedarfscluster (AP 1): 60 Einrichtungen (ca. 12.000 Fälle) - Definition der leitliniengerechten Behandlung (AP 2): 63 Expert*innen - Validierung der Behandlungscluster, Erstellung prototypischer Therapiepläne (AP 4/5): 80 Einrichtungen (ca. 6700 Fälle) - Soll-Bedarfsschätzung (AP 6): insgesamt 90 Expert*innen und 18 Vertreter*innen von Stakeholdern
Region des Projekts	Deutschlandweit
Datenbasis	Primärdatenanalyse (AP 1, AP 4), Experteneinschätzungen (AP 2, AP 6), § 21 KHEntG Routinedaten (AP 4)
Datenanalyse	Deskriptive Analysen (AP 1, AP 2, AP 4), Clusteranalyse (AP 4), Reliabilitätsbestimmung mittels Krippendorff's- α (AP 1), Qualitative Auswertungen (AP 2, AP 5, AP 6)
Beantragte Förderdauer	36 Monate

HINTERGRUND

Mit der am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) hat der GBA auf der Basis des § 136 a Abs. 2 SGB V die Erstfassung einer Richtlinie umgesetzt und Personaluntergrenzen für die Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal in stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (EPP), der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) und der Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) festgelegt (1). Die Einführung der Richtlinie war von deutlicher Kritik begleitet und hat eine intensive Debatte um eine bedarfs- und leitliniengerechte Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik ausgelöst. Den Ausgangspunkt der in der Richtlinie definierten Zeitwerte stellen a) die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bzw. b) für die PSM-PT die 1993 publizierten Personalanzahlzahlen nach Heuft (2) dar, deren Kategorien und Minutenwerte in Teilen angepasst wurden. Die Richtlinie verweist jedoch explizit darauf, dass die genannten Zeitwerte lediglich Personaluntergrenzen darstellen, in denen Minutenwerte nicht vollumfänglich berücksichtigt sind, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung erforderlich sind (1).

Die PPP-RL stützt sich hinsichtlich der Personalvorgaben in der EPP und der KJPP auf die Psych-PV, da diese nach Feststellung des G-BA den derzeit einzigen existierenden Standard darstellt, der empirisch hergeleitet Personenzahlen für verschiedene Berufsgruppen vorgibt (3). Es ist unumstritten, dass sich die Anforderungen und Möglichkeiten sowie die Rahmenbedingungen der stationären Behandlung psychisch kranker Menschen in den letzten drei Jahrzehnten erheblich verändert haben und die im Jahr 1991 in Kraft getretene Psych-PV diese Entwicklung nicht abbilden kann. Die Psych-PV hat den Bedarf an therapeutischem Personal normativ festgelegt und damit die Personalbemessung der Qualitätssicherung grundsätzlich zugänglich gemacht. Zumindest in den ersten Jahren nach Inkrafttreten hat die Psych-PV zu einer Verbesserung der Strukturqualität geführt (4). Gleichzeitig ist jedoch festzustellen, dass eine Evaluation der in der Psych-PV definierten Personalbemessung im Hinblick auf eine Umsetzung leitlinienadhärenter Therapieangebote ausgeblieben ist. Somit kann derzeit weder für die Personalvorgaben der Psych-PV noch für die Mindestvorgaben der PPP-RL abgeschätzt werden, inwieweit die dort formulierten Vorgaben eine leitliniengerechte Behandlung tatsächlich ermöglichen bzw. welcher Mehraufwand über die Untergrenzen hinaus nötig ist, um eine solche Behandlung anbieten zu können.

Im Gegensatz zur EPP und KJP, die mit der Psych-PV auf eine langjährige Erfahrung in der Personalbemessung zurückgreifen können, stand ein solches Instrument für die PSM-PT nicht zur Verfügung. Die Festlegung einer Personalbemessungsmethode stellt im Fach PSM-PT somit eine große Herausforderung dar. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die in den letzten 30 Jahren entwickelten leitlinienorientierten und qualitätsgesicherten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen. Der Personalbedarf

in der Psychosomatischen Medizin sollte sich daran orientieren, ob die Klinik die notwendige Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung anbietet, wie sie z.B. für die Behandlung von magersüchtigen Patient*innen mit extremem Untergewicht oder auch schweren somatoformen Störungen erforderlich sind (5). Die Therapieeinheiten (TE) stellen für die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen somit ein zentrales Element der Leistungsabbildung dar. Die wöchentliche Eingruppierung der Patient*innen nach Art und Schwere Ihrer Erkrankungen erlaubt in der PSM-PT hingegen keine adäquate Ableitung des notwendigen Personalbedarfs. Darüber hinaus bieten die aktuell eingeführten Kategorien P1 und P2 der PPP-RL keine hinreichende Differenzierung des komplexen psychosomatischen Versorgungsgeschehens, so dass eine erweiterte Unterscheidung notwendig ist (6).

Mit dem Ziel einer verbesserten Bestimmung des Personalbedarfs hat eine Arbeitsgruppe von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fachverbänden (Plattform Personalbemessung) ein Strukturmodell (sog. "Plattformmodell") entwickelt, das die Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- bzw. Behandlungsclustern sowie einer leitliniengerechten Behandlung ermöglichen soll. Das Plattformmodell generiert für die EPP und KJPP über die Definition von drei Hilfebedarfsdimensionen (psychiatrisch-psychotherapeutischer, somatischer sowie psychosozialer Hilfebedarf) sowie von zwei Ausprägungskategorien (Regel- und erhöhter Bedarf) insgesamt acht Bedarfscluster. Für die PSM-PT ist aufgrund der anderen Arbeits- und Versorgungsstruktur sowie eines anderen Schwerpunkts der Störungsbilder bei der Versorgung von erwachsenen Patient*innen eine Modifikation der Personalbemessung erforderlich. Für die PSM-PT wurde daher im Rahmen des Plattformmodells eine Personalbemessungsmethodik entwickelt, die sich an der Intensität therapeutischer Leistungen und dem Aufwand der somatisch-medizinischen Versorgung orientiert. Für die PSM-PT wurden im Plattformmodell insgesamt vier Behandlungscluster definiert, die sich entsprechend den Bedarfsclustern aus einer zweistufigen Graduierung der Intensität der psychotherapeutischen Leistungen sowie der notwendigen Struktur- und Leistungsmerkmale für die Versorgung von Patient*innen mit erhöhtem medizinisch-somatischen Aufwand differenzieren lassen.

Das Projekt EPPIK wird einen Beitrag zur Evaluation und Validierung des Plattformmodells leisten, indem zum einen für die EPP und KJPP die Reliabilität der im Modell definierten Bedarfscluster überprüft wird. Zum anderen werden für Fallvignetten der Bedarfscluster leitliniengerechte Behandlungsbestandteile definiert, um eine leitlinienorientierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs über die Berufsgruppen hinweg zu ermöglichen. Dies eröffnet die Möglichkeit, den jeweiligen Behandlungsbedarf auf eine nachvollziehbare empirische Basis zu stellen. Die Projektergebnisse können damit zu einer besseren Akzeptanz der Ergebnisse beitragen.

Für die PSM-PT wird das Projekt zum einen die Validität der von Expert*innen im Rahmen des Plattformmodells entwickelten Behandlungscluster überprüfen. Zum anderen werden auf der Grundlage der Ist-Personalausstattung und der im Projekt erstellten prototypischen Therapiepläne der Behandlungscluster eine Abschätzung des Soll-Personalbedarfs ermöglicht. Darüber hinaus soll als weiteres Setting die Personalausstattung in den Psychosomatischen Tageskliniken näher untersucht werden, um diese in der PPP-RL zu ergänzen.

Forschungsfrage und Arbeitshypothese

Das Projekt EPIK wird einen Beitrag zur Überprüfung der Eignung des Plattformmodells für die Personalbemessung in der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) leisten. Dazu soll in zwei Teilprojekten die Grundlage geschaffen werden, um basierend auf dem Plattformmodell eine Abschätzung des Soll-Personalbedarfs vorzunehmen. Im ersten Teilprojekt soll für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (EPP) sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) überprüft werden, ob:

1. Patient*innen den im Modell formulierten Bedarfsclustern durch geschulte Rater reliabel zugeordnet werden können.
2. den Bedarfsclustern jeweils leitliniengestützte Behandlungsverläufe zugeordnet werden können, die wiederum Setting- und professionsübergreifend eine Abschätzung des Personalbedarfs ermöglichen.

Das Teilprojekt der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) zielt auf die:

1. Identifizierung, Quantifizierung und Validierung der im Plattformmodell entwickelten 4 Behandlungscluster anhand der in der Versorgungspraxis erbrachten therapeutischen Leistungen (Therapieeinheiten, TE) und des medizinisch-somatischen Aufwands.
2. Ist-Analyse der Personalausstattung für die 4 Behandlungscluster.
3. Erstellung von prototypischen Therapieplänen der vier Behandlungscluster, als Grundlage für die Abschätzung des Soll-Personalbedarfs

Basierend auf den Ergebnissen der zwei Teilprojekte soll abschließend sowohl für die EPP und KJPP als auch für die PSM-PT eine Sollabschätzung der Personalausstattung für alle Berufsgruppen vorgenommen werden.

STUDIENDESIGN UND METHODIK

Ausgangspunkt für das vorliegende Projekt ist ein Strukturmodell (sog. „Plattformmodell“), das von verschiedenen Fachverbänden entwickelt wurde, um eine patientenorientierte und leitliniengerechte Personalbemessung zu ermöglichen (7).

Teilprojekt Psychiatrie

Das Plattformmodell formuliert für die EPP und KJPP Bedarfscluster, die sich aus Kombinationen des a) psychiatrischen und psychotherapeutischen, b) somatischen und c) psychosozialen Behandlungsbedarf ergeben. Für die Behandlungsbedarfe werden zwei Stufen (Regelbedarf und erhöhter Behandlungsbedarf) unterschieden, so dass sich insgesamt 8 Behandlungscluster ergeben (Abbildung 1).

	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	
Regelbedarf	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 1
Erhöhter Bedarf in einer Dimension	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 2
	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 3
	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 4
Erhöhter Bedarf in zwei Dimensionen	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 5
	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 6
	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 7
Erhöhter Bedarf in allen Dimensionen	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 8

Regelbedarf Erhöhter Bedarf

Abbildung 1: Bedarfscluster des Plattform-Modells

Das Plattformmodell wurde bisher in einer Machbarkeitsstudie geprüft (8). In dieser wurden zum einen in einer Stichtagserhebung in jeweils 3 Einrichtungen der EPP und KJPP reale Patient*innen parallel in die Bedarfscluster des Plattformmodells sowie in die Kategorien der Psych-PV eingeteilt, so dass erste Erkenntnisse zur Zuordenbarkeit der Cluster und zu der erwarteten Verteilung der Bedarfscluster vorliegen. Zum anderen wurden erste Zeitschätzungen durch multiprofessionelle Expertengruppen vorgenommen. Sowohl die Zuordnung als auch die Zeiteinteilung wurden anhand von insgesamt 70 Fallvignetten

durchgeführt, die im Rahmen des Modells entwickelt wurden. Für jedes Bedarfscluster liegen zwischen 3 und 5 Fallvignetten vor, die prototypische Patient*innen für die jeweiligen Cluster abbilden.

Die geschulten Rater*innen gaben an, in 98% ihrer Ratings relativ bis sehr sicher zu sein, so dass eine Zuordnung realer Patient*innen zu den Bedarfsclustern möglich erscheint, die Reliabilität der Zuordnung von Patient*innen wurde jedoch bisher nicht geprüft.

Projektphase 1 (Arbeitspaket (AP) 1):

Für die Nutzbarkeit des Modells ist eine reliable Zuordnung der Patient*innen zu den Bedarfsclustern notwendig, daher soll im geplanten Projekt in der ersten Projektphase die Reliabilität der Zuordnungen geprüft werden. Analog zur Machbarkeitsstudie (8) erfolgt die Zuordnung der Patient*innen an einem Stichtag durch klinisches Personal der beteiligten Kliniken, die hinsichtlich der Zuordnung nach dem Plattformmodell geschult werden. In der Schulung wird den Rater*innen die Systematik der Bedarfscluster und die Methodik der Erfassung erläutert und dann beispielhaft anhand der entwickelten Fallvignetten eine Zuordnung dieser Fälle in die Bedarfscluster vorgenommen (vgl. Abbildung 2).

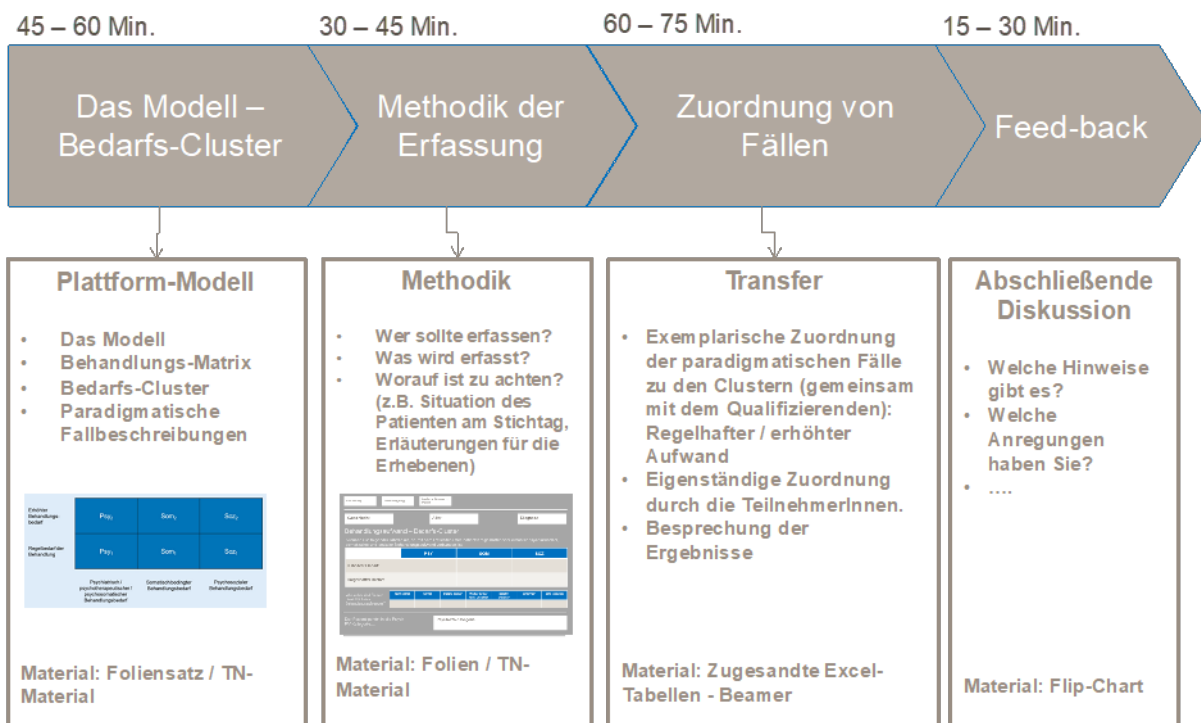


Abbildung 2: Ablauf und Inhalte der Schulungen der Rater

In jeder Klinik sollen dann 2 Rater*innen bzw. 2 Ratingteams (Arzt/Pflege) an vier Stichtagen im Abstand von 30 Tagen eine Einteilung aller aktuellen Patient*innen der Einrichtung in die vom Modell formulierten Bedarfscluster vornehmen.

In dem Bewertungsprozess werden die Patient*innen der Einrichtung mit Hilfe folgender Eingabemaske (vgl. Abbildung 3) hinsichtlich ihres regelhaften bzw. erhöhten Behandlungsbedarfs in den Dimensionen psychiatrischer (PSY), somatischer (SOM) und psychosozialer Bedarf (SOZ) eingeordnet. Die hinsichtlich der Patient*innen anonymisierten Daten werden online erfasst und stehen dann unmittelbar zur Auswertung zur Verfügung. Im Ergebnis steht dann die reale Verteilung der Patient*innen nach Bedarfsclustern zur Verfügung. Diese Zuordnung ist Grundlage dafür, dass kombiniert mit den Minutenwerten des Arbeitspaketes 6 (AP 6 – Ermittlung des Soll-Personalaufwandes, Minutenschätzungen) der erforderliche Personalaufwand einer Einrichtung ermittelt werden kann. Die daraus ermittelten Vollkräfte können dann beispielsweise mit den Personaldaten nach PPP-RL als Maßstab für die tatsächliche Personalausstattung verglichen werden. Die entsprechenden Daten sind ab 2023 zugänglich.

Einrichtung

Einrichtungs-Typ

Laufende Nummer -
Patient

Maske 1

Geschlecht

Alter

Diagnose

Behandlungsbedarf – Bedarfs-Cluster

Kreuzen Sie in folgender Tabelle an, ob mit dem Patienten / der Patientin regelhafter oder erhöhter psychiatrischer, somatischer und sozialer Behandlungsbedarf verbunden ist.

	PSY	SOM	SOZ
Erhöhter Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelhafter Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sicher sind Sie sich hinsichtlich des Behandlungsbedarfes?

Sehr sicher	Sicher	Relativ sicher	Weder sicher noch unsicher	Relativ unsicher	unsicher	Sehr unsicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 3: Eingabemaske für die Erhebung der Patientenstruktur nach dem Plattform-Modell

Im Unterschied zur Machbarkeitsstudie (8) erfolgt an den Stichtagen die Zuordnung der Patient*innen durch zwei unabhängige Rater*innen (bzw. Ratingteams), so dass für alle Patient*innen zwei Ratings zur

Bestimmung der Interraterreliabilität vorliegen. Aufgrund der Zahl der Kliniken und der damit verbundenen fehlenden Überlappung der gerateten Patient*innen zwischen den Kliniken erfolgt die statistische Auswertung der Reliabilität durch die Bestimmung des Krippendorff's- α . Es sollen jeweils 30 Einrichtungen aus den Bereichen EPP und KJPP untersucht werden. Basierend auf den Erfahrungen aus der Machbarkeitsstudie (8) ist davon auszugehen, dass mit der Erhebung eine solche Einschätzung für mindestens 12.000 Fälle erreicht werden kann.

Rekrutiert werden die Rater*innen aus den Kliniken, die sich an der Stichtagserhebung beteiligen. Die Erfahrungen der Machbarkeitsstudie zeigen, dass die Rater*innen in der Regel für die Zuordnung der Patient*innen nach Psych-PV (in der Vergangenheit) bzw. nach PPP-RL in den Kliniken verantwortlich sind. Diese sind mit der Bewertung von Patient*innen vertraut und werden deswegen von den Einrichtungsleitungen i.d.R. mit dem Rating beauftragt.

Für die Rekrutierung der Kliniken für die Stichtagserhebung ist eine Akzeptanz und Mitwirkung der psychiatrischen Fachgesellschaften an der Rekrutierung eine wichtige Grundlage, die als Kooperationspartner des Projektes beteiligt sind. Hier kann auf die Erfahrungen der Machbarkeitsstudie zurückgegriffen werden. Es ist geplant, dass der Ablauf zunächst mit den Fachgesellschaften abgestimmt wird, die dann ihre jeweiligen Mitglieder/Einrichtungen anschreiben und zur Teilnahme auffordern. Erst dann erfolgt eine Kontaktaufnahme der Kliniken durch das EPPIK-Projekt, die die generelle Bereitschaft zur Teilnahme abfragt. Aus diesem Pool werden dann die Kliniken zufällig ausgewählt. Die zufällige Auswahl erfolgt stratifiziert nach den Klinikstrukturen (z.B. Universitätsklinika, Fachabteilungen, Fachkrankenhäuser, jeweils für KJPP und EPP) um die Versorgungslandschaft abbilden zu können. Da das Arbeitspaket die Bestimmung der Raterreliabilität der Zuordnungen zum Ziel hat, ist keine repräsentative Stichprobe der Kliniken notwendig. Die erwartete Anzahl an Einschätzungen (s.o.) lässt auch eine Bestimmung der Reliabilität für seltene Clusterzuordnungen zu.

Projektphase 2 (AP2):

In der zweiten Projektphase werden für die Fallvignetten evidenz- und leitlinienbasierte Behandlungen definiert. Die Ableitung erfolgt anhand der „RAND/UCLA Appropriateness Methode“ (9), einem modifizierten Delphi-Verfahren und erfolgt in vier Schritten (s. Abbildung 4).

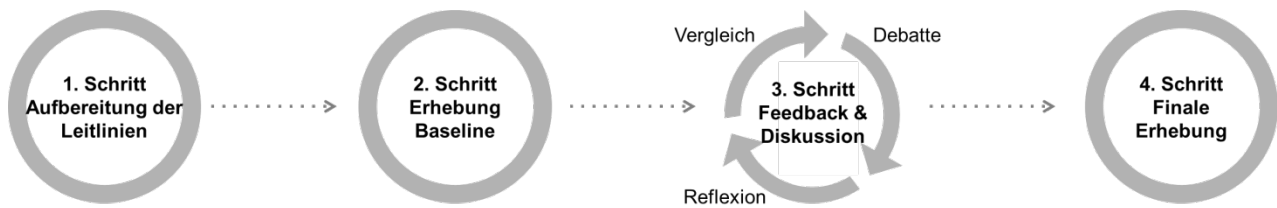


Abbildung 4: Ablauf der zweiten Projektphase für das Teilprojekt Psychiatrie

In einem ersten Schritt werden durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiter*innen die für die jeweiligen Fallvignetten relevanten Leitlinien recherchiert und die Empfehlungen fallbezogen zusammengeführt, so dass eine auf die jeweilige Fallvignette bezogene Sammlung an Empfehlungen vorliegt, um so eine einheitliche Wissensbasis für alle am Delphi-Prozess beteiligten Personen zu schaffen. Die Extraktion der Leitlinienempfehlungen erfolgt dabei unabhängig voneinander, so dass zwei unterschiedliche Sammlungen vorliegen, die dann im Diskurs auf Vollständigkeit geprüft werden. Da die Leitlinien hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der personenbezogenen Behandlung in der Regel keine spezifischen Empfehlung geben, werden dann in den folgenden Schritten auf Grundlage der Fallvignetten und der zugehörigen aufbereiteten Leitliniensynopsen durch multiprofessionelle Expertenrunden die notwendigen und angemessenen Behandlungsinhalte für die jeweiligen Fallvignetten bestimmt. Die Expertengruppen setzen sich aus allen für die Behandlung relevanten Personengruppen, d.h. insbesondere aus Mitgliedern multiprofessioneller therapeutischer Teams, den Betroffenen und Angehörigen zusammen, die den gemäß der Leitlinien notwendigen Behandlungsbedarf (Leistungsumfang, Zeitaufwand) konsentieren.

Zur Gewinnung geeigneter Expert*innen wird zunächst ein Expertenpool gebildet, der analog zur Rekrutierung der Kliniken (AP1) durch Mithilfe der Fachgesellschaften, Berufsverbände und Interessensvertretungen der an der Behandlung beteiligten Personen aufgebaut werden soll. Aus diesem Expertenpool werden für jeden Workshop jeweils ein/e Vertreter*in der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (Ärzt*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen, Pflege bzw. Erziehungsdienst, Ergotherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen / Krankengymnast*innen / Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagog*innen sowie jeweils einem/r Betroffenen- und Angehörigenvertreter*in) zufällig ausgewählt.

Die Einschätzung und Auswertung wird gemäß der RAND/UCLA Methodik (9) vorgenommen. Ziel der Methodik ist es, die Bewertung eines Sachverhalts durch eine Gruppe von Expert*innen anhand einer Skala von 1 bis 9 zu ermitteln. Sie ist ein bewährtes Instrument, das systematisch Expertenmeinung und wissenschaftliche Evidenz kombiniert. Durch individuelle, schriftliche Bewertungen und die 2-stufige Methode (1. Bewertung ohne Gruppendiskussion z. B. vom Arbeitsplatz/Wohnort) soll der Einfluss durch

gruppendynamische Effekte reduziert werden. Konsens bzw. Dissens hinsichtlich der Bewertungen werden dargestellt und diskutiert. Für das geplante Vorhaben werden in der ersten Erhebung (siehe Abbildung 4, Baseline, 2. Schritt) alle Teilnehmer*innen der Expertenrunde unabhängig voneinander die Angemessenheit und Notwendigkeit der aus den im ersten Schritt aus den Leitlinien extrahierten Behandlungsempfehlungen für die jeweilige Fallvignette auf einer 9-stufigen Likert-Skala bewerten und ihr Ergebnis kurz begründen. Darüber hinaus wird es Raum für Ergänzungen geben, um ggfs. Lücken der Leitlinien adressieren zu können. Die Erfassung erfolgt online und unabhängig voneinander. Diese Ergebnisse werden für die beteiligten Expert*innen aufbereitet und als Grundlage für die Gruppendiskussion in den Workshops zurückgemeldet. Dabei werden z.B. die eigenen Einschätzungen im Vergleich zur Gesamteinschätzung dargestellt, um so einen strukturierten Gruppenprozess zu ermöglichen. Zudem wird die Übereinstimmung der Ratings nach zuvor definierten Kriterien bestimmt (9). Abweichungen werden im Expertenpanel diskutiert. Nach der Gruppendiskussion wird die Abstimmung der Baselineerhebung wiederholt. Die Punktebewertung nach der Gruppendiskussion entscheidet über die abschließende Bewertung der Angemessenheit und Notwendigkeit von Behandlungsinhalten. Die Bewertungen jedes/r Expert*in werden dabei gleich gewichtet. Die Methodik ergibt eine Bestimmung der Angemessenheit (bzw. analog der Notwendigkeit) in drei Stufen als „angemessen“ (Gruppenmedian 7-9, Übereinstimmung), „unsicher“ (Gruppenmedian 4-6 oder jeglicher Median und keine Übereinstimmung) oder „unangemessen“ (Gruppenmedian 1-3, Übereinstimmung). Somit muss nicht für alle Leitlinienempfehlungen ein Konsens erreicht werden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse werden so für jede Fallvignette die nach Meinung der Expert*innen für eine leitliniengerechte Behandlung notwendigen und angemessenen Behandlungsinhalte bestimmt, die dann die Basis für die Abschätzung des mittleren Behandlungsaufwandes für die im Modell formulierten Bedarfscluster im Arbeitspakte 6 darstellen (siehe Projektphase 3). In jeder Expertengruppe sollen ca. 10 Fallvignetten beurteilt werden, so dass insgesamt 7 Expertengruppen (4 für die EPP und 3 für die KJPP) geplant sind.

Teilprojekt Psychosomatik

Parallel zur EPP und KJPP formuliert das Plattformmodell für die PSM-PT Behandlungscluster, die sich im Hinblick auf die Intensität erbrachter therapeutischer Leistung und hinsichtlich des somatischen Behandlungsaufwandes mit jeweils zwei Abstufungen unterscheiden. Es ergeben sich insgesamt vier Behandlungscluster und eine Restkategorie (Cluster 0) (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Behandlungscluster der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie; BW: Behandlungswoche

	Normaler somatisch-medizinischer Aufwand	Erhöhter somatisch-medizinischer Aufwand
Komplexbehandlung	Mind. 3 TEs/BW durch Ärzte und Psychologen	Mind. 3 TEs/BW durch Ärzte und Psychologen u. qualifizierte Behandlung einer somatischen Erkrankung
Intensivierte Komplexbehandlung	Mind. 10 „qualifizierte“ TEs/BW (davon mind. 4 durch Ärzte und Psychologen)	Mind. 10 „qualifizierte“ TE/BW (davon mind. 4 durch Ärzte und Psychologen) u. qualifizierte Behandlung einer somatischen Erkrankung

Psychotherapeutischer Aufwand: Die Abstufung erfolgt anhand der wöchentlich geleisteten Therapieeinheiten, die einem Katalog von leitliniengerechten therapeutischen Leistungen entsprechen. Die Behandlungsstufe entspricht einem Cut-off-Wert von 10 TE/Behandlungswoche.

Somatischer Aufwand: Die Abstufung des somatischen Aufwands wird anhand von Strukturmerkmalen (z.B. 24 h Notfall-Labor, bildgebende Diagnostik, Zugang zur Intensivstation) und Leistungsmerkmalen (z. B. somatische Visiten, Kontrolle der Vitalzeichen, pflegerische Präsenz) festgelegt.

Für die genannten Behandlungscluster wurden im Rahmen der Machbarkeitsstudie (8) erste Zeitschätzungen des Behandlungsaufwandes durch multiprofessionelle Expertengruppen in zwei Workshops vorgenommen. Die Zeitschätzung erfolgte anhand von Tätigkeitsprofilen, die a priori im Rahmen des Modells für alle Berufsgruppen erarbeitet wurden. Entsprechend den Erwartungen – und aufgrund der Definition der Behandlungscluster – zeigten sich in der ersten Zeitschätzung für den Behandlungsaufwand signifikante Unterschiede für den Personalbedarf in den verschiedenen Behandlungsclustern. Die Validität der vier Behandlungscluster wurde in der Versorgungspraxis bisher nicht überprüft. Die Überprüfung der Validität der Behandlungscluster erfolgt im vorliegenden Projekt im Rahmen einer Beobachtungsstudie. Im Zentrum der Erhebung stehen die Erfassung des Ist-Zustandes der therapeutischen Leistungen und der Personalausstattung im Rahmen einer bundesweiten repräsentativen Erhebung.

Parallel sollen über Expertenbefragungen, Leitlinienempfehlungen und Behandlungspläne prototypische Therapiepläne für die einzelnen Behandlungscluster entstehen, die eine Ableitung des Personalaufwandes im Rahmen von multiprofessionellen Expertenrunden erlauben.

Der Vergleich der Ist-Standerhebung und der anhand von Therapieplänen durch Expert*innen abgeleitete Personalaufwand erfolgt deskriptiv.

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes (10) gab es 2017 n = 262 Fachkliniken oder Abteilungen mit insgesamt n = 11.410 Betten, die einen psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsauftrag hatten. Durch eine Stichprobe von insgesamt n = 80 Einrichtungen kann Repräsentativität gewährleistet werden,

indem 20 Einrichtungen von jedem Einrichtungstyp (Abteilungen an Universitätsklinika, somatischen Krankenhäusern, psychiatrischen Krankenhäusern und Fachkliniken) eingeschlossen werden. In jeder dieser Einrichtung werden 2 Stationen erhoben. Ausgehend von einem Mittelwert von 19 Behandlungsplätzen pro Station, gehen insgesamt ca. $n = 3.040$ Betten in die Studie ein. Die mittlere Verweildauer bei einer psychosomatischen Behandlung beträgt 6,12 Wochen ((10), so dass bei einem Erhebungszeitraum von drei Monaten pro Einrichtung insgesamt ca. 5.961 stationäre Patient*innen (3.040 (Betten) \times 1,96 (Pat./ Bett)) erhoben werden können. Für die Erhebung der Ist-Personalausstattung in den Tageskliniken werden aus der Stichprobe zusätzlich 20 Tageskliniken mit ca. 745 Patient*innen (380 TK-Plätze \times 1,96 Pat./ TK-Platz) rekrutiert (jeweils 5 pro Einrichtungstyp).

Die Durchführung des Teilprojektes gliedert sich in die folgenden Arbeitspakete:

AP3: Vorbereitungsphase

- 1) Definition der qualifizierten therapeutischen Leistungen (≥ 25 Minuten) für alle Berufsgruppen. Ausarbeitung eines Einrichtungsfragebogens zur Erfassung der Kennzahlen der Einrichtung sowie eines halbstrukturierten Einrichtungsinterviews mit dem Ziel relevante Informationen über die jeweiligen Einrichtungen für die Umsetzung der Erhebung vor Ort zu erfassen und standortspezifische Besonderheiten in der Erhebung berücksichtigen zu können.
- 2) Definition der Grundgesamtheit psychosomatischer Einrichtungen und Ziehung einer repräsentativen Stichprobe stratifiziert nach Fachkliniken und Fachabteilungen.

AP4: Ist-Erhebung und Auswertung:

- 1) Schriftliche Einladung der gelosten Fachkliniken und Fachabteilungen an der Studie teilzunehmen, Zusendung der Informationsmaterialien. Es wird erwartet, dass einer hohe Teilnahmebereitschaft der Kliniken besteht, und somit eine hohe Anzahl an Kliniken erreicht werden kann. Das „Plattformmodell“ wurde von zahlreichen Fachverbänden entwickelt und unterstützt. Es steht zu erwarten, dass es sich in Zukunft als Standardmodell der Personalbedarfsmessung in der Psychosomatik durchsetzen wird. Eine breite Akzeptanz des Projektes in den psychosomatischen Einrichtungen kann deswegen vorausgesetzt werden.
- 2) Bei Einverständnis zur Teilnahme: Zusendung des Einrichtungsfragebogens sowie Kontaktaufnahme mit der Ärztlichen Leitung der Klinik bzw. Abteilung. Durchführung des Einrichtungsinterviews

(telefonisch) zur Vorbereitung der Erhebung, zusätzlich Initiierungs-Visiten. Auswahl der Stationen und Tageskliniken pro Einrichtung, die in der Erhebung berücksichtigt werden sollen.

- 3) Im Rahmen der Einrichtungsbefragung werden vor allem Struktur- und Leistungsdaten der teilnehmenden psychosomatischen Einrichtungen erhoben. Die Strukturdaten betreffen vor allem Betten- und Fallzahlen, die Personalzahlen für verschiedene Berufsgruppen sowie die Merkmale des somatischen Aufwands (Anzahl an Visiten, somatisch-pflegerische Routineaufgaben, Verfügbarkeit von notfall- und intensivmedizinischer Versorgung, Notfalllabor). Die Leistungsdaten beziehen sich in erster Linie auf die vorgehaltenen therapeutischen Settings, also der vorherrschenden Diagnosegruppen je Station, und die dort erbrachten therapeutischen Leistungen. Die Daten werden über einen standardisierten Fragebogen erhoben, der an die Ärztliche Leitung der Einrichtung adressiert ist. Die Beantwortung erfolgt wahlweise schriftlich (paper & pencil) oder online.
- 4) Erfassung der Personalausstattung monats- und stationsbezogen gemäß §11 der PPP-RL über 2 Monate. Die Erfassung der Personalausstattung orientiert sich an der Systematik der G-BA Richtlinie zur „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)“. Diese unterscheidet sechs Personalgruppen: Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Psycholog*innen und Psychologische Psychotherapeut*innen, Spezialtherapeut*innen, Bewegungs- und Physiotherapeut*innen sowie Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen. Im Ärztlichen Dienst erfolgt zusätzlich eine Differenzierung nach Fach- und Assistenzärzt*innen und im Pflegedienst nach examinierten Pflegefachpersonen mit und ohne Weiterbildung in der Psychiatriepflege. Nach der PPP-RL sind die psychosomatischen Einrichtungen verpflichtet, die tatsächliche Personalausstattung des Krankenhauses für die sechs Personalgruppen monatsbezogen und stationsbezogen darzustellen und nachzuweisen. Über ein entsprechendes Nachweisformular wird die Personalausstattung standardisiert erfasst. Die Daten liegen somit auch in den teilnehmenden Krankenhäusern bundesweit einheitlich vor.
- 5) Erfassung der erbrachten Therapieeinheiten pro – im Erhebungszeitraum behandelten (2 Monate) – Patient*innen: Als Grundlage der TE Erfassung dienen die vorab definierten qualifizierten Therapieeinheiten pro Berufsgruppe. Für jede Patientin / jeden Patienten wird von jeder behandelnden Person aus den 6 Berufsgruppen wöchentlich die Anzahl der tatsächlich erbrachten TEs dokumentiert. Diese Dokumentation erfolgt über das kliniksinterne Dokumentationssystem (alternativ: paper pencil) und wird von der jeweiligen Einrichtung an das DKJ übermittelt, das eine Datenprüfung und Aufbereitung vornimmt.

AP5: Vorbereitung Minutenschätzung

- 1) Bereits im Rahmen der Einrichtungsgespräche (s. AP4) werden die lokalen Therapiepläne vor Ort erfragt. Therapiepläne werden üblicherweise als Wochenplan gestaltet und umfassen die geplanten Gruppen- und Einzeltherapien der jeweiligen Stationen und Tageskliniken. Die Wochenpläne werden gesammelt, und im ersten Schritt nach den geplanten qualifizierten TEs sowie den jeweils durchführenden Berufsgruppen systematisiert. Zusätzlich werden auch patientenferne (mittelbare und strukturelle) Tätigkeiten erfasst.
- 2) Im zweiten Schritt werden die systematisierten Therapiepläne den Clustern zugeordnet.
- 3) Innerhalb der einzelnen Cluster werden die Therapiepläne dann genau überprüft und verglichen. Auch werden Leitlinienempfehlungen zur Ableitung der Therapieprogramme in den Behandlungsclustern herangezogen. Ziel dieser Analyse ist das Erstellen eines prototypischen Therapieplans für das jeweilige Cluster. Dieser prototypische Therapieplan enthält für jede Art der Therapie mittlere Vorgaben mit Standardabweichungen, die als Richtwerte gelten können.
- 4) Die prototypischen Therapiepläne werden Expertenrunden für eine Soll-Einschätzung vorgelegt.

Abschließende Projektphase – Ermittlung des Soll-Personalaufwandes (Minutenschätzungen, AP6):

Basierend auf den zuvor beschriebenen Teilprojekten erfolgt in der letzten Projektphase im Rahmen eines modifizierten Delphi-Verfahrens die Einschätzung des Soll-Personalaufwandes für die EPP, KJPP und PSM-PT.

Für die EPP und KJPP liegen für alle Fallvignetten die notwendigen Behandlungsinhalte vor (siehe Machbarkeitsstudie (8)), so dass das Vorgehen einen Vergleich des Behandlungsaufwands auch über medizinische Fachrichtungen hinweg, insbesondere bei vergleichbaren Tätigkeiten erlaubt. Darüber hinaus bietet die Definition einer leitlinienadhärenten Behandlung (im weiteren Verlauf, in Routine- und Aushandlungsprozessen) die Möglichkeit einer Aufwandsschätzung (Plausibilitätsbeurteilung) auch durch Personen ohne detaillierte Kenntnis des Fachgebiets (d.h. bei fachlich eher ‚distanten‘, aber involvierten, interessierten Beurteiler*innen, also Expert*innen im weiteren Sinn).

Die Schätzung des Personalaufwands erfolgt durch unabhängige Expert*innen. Analog der Rekrutierung in AP1 wird zunächst unter Mithilfe der Fachgesellschaften und Interessensvertretungen bzw. Berufsverbände der an der Behandlung beteiligten Personen (Ärzt*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen, Pflege bzw. Erziehungsdienst, Ergotherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen / Krankengymnast*innen / Physiotherapeut*innen, Kunst- und Musiktherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagoge*innen

sowie jeweils einem/r Betroffenen- und Angehörigenvertreter*in) ein Expertenpool gebildet, aus dem für die jeweilige Einschätzung die Expert*innen der jeweiligen Gruppen zufällig ausgewählt werden.

Die Schätzung des Personalaufwands erfolgt in drei Schritten:

- Im ersten Schritt schätzen multiprofessionelle Teams unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen für jede Fallvignette den Zeitaufwand. Das multiprofessionelle Team setzt sich aus den Berufsgruppen zusammen, die therapeutisch tätig sind (Ärzt*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen, Pflege bzw. Erziehungsdienst, Ergotherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen / Krankengymnast*innen / Physiotherapeut*innen, Kunst- und Musiktherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagog*innen) sowie je einem/r Betroffenen- und Angehörigenvertreter*in.
- Die Ergebnisse dieser ersten Expertenschätzung werden dann in einem zweiten Schritt differenziert nach Clustern und dem jeweiligen Beitrag der beteiligten Behandlungsgruppen (Berufsgruppen/Qualifikation) miteinander verglichen. Aus diesem Schritt werden zeitliche Bandbreiten für jedes Bedarfscluster abgeleitet. Dabei werden auch andere Fachgruppen, Stakeholder (Betroffene, Angehörige, Vertreter*innen von Management und Mitarbeitenden sowie Kostenträger) einbezogen.
- Für die PSM-PT wird analog der Personalaufwand für die einzelnen Berufsgruppen in Minutenwerten getrennt nach Behandlungsclustern durch multiprofessionelle Expertengruppen abgeleitet (1. Schritt). Die Zusammensetzung und die Auswahl der Expert*innen erfolgt analog dem Vorgehen in EPP und KJPP. Ausgangspunkt für die Ableitung des Personalaufwands in Minuten sind die prototypischen Therapiepläne (siehe Projektphase 2). Die Ergebnisse dieser ersten Expertenschätzung werden dann in einem zweiten Schritt differenziert nach Behandlungsclustern und dem jeweiligen Beitrag der beteiligten Behandlungsgruppen (Berufsgruppen/Qualifikation) miteinander verglichen. Aus diesem Schritt werden zeitliche Bandbreiten für jedes Behandlungcluster abgeleitet. Dabei werden andere Fachgruppen, Stakeholder (Betroffene, Angehörige, Vertreter*innen von Management und Mitarbeitenden sowie Kostenträger bzw. unabhängige Expert*innen) einbezogen. Anschließend erfolgt ein Vergleich des von Expert*innen abgeleiteten Personalaufwands mit der Ist-Personalausstattung zur Abschätzung des Soll-Personalaufwandes für die einzelnen Behandlungscluster (2. Schritt).
- In den abschließenden Delphi-Runden werden die generierten Zeitwerte auch im Vergleich der Ergebnisse von EPP, KJPP und PSM-PT bewertet. Dabei sind neben den prototypischen, leitlinienorientierten Behandlungen für die jeweiligen Fallvignetten/Behandlungscluster

arbeitsorganisatorische, betriebswirtschaftliche Aspekte sowie die Interessen der Stakeholder in die Bewertung aufzunehmen. Da die letztendlich definierten Minutenwerte immer auf einem Aushandlungsprozess beruhen, der auch eines gesellschaftlichen Konsenses bedarf, könnte ein solches, fachübergreifendes Vorgehen zur Transparenz der Aushandlungsprozesse beitragen und so die Akzeptanz von Entscheidungen erhöhen.

Für die Ermittlung der Minutenwerte sind in der ersten Expertenrunde insgesamt 36 Expert*innen für die EPP und KJPP und 18 Expert*innen für die PSM-PT vorgesehen (= 90 Expert*innen). Der Grund für die hohe Anzahl der Expert*innen in der dieser Runde liegt darin begründet, dass für die EPP 40 Fallvignetten und für die KJPP 30 Fallvignetten zu bewerten sind und daher arbeitsteilig vorgegangen wird. Die Anzahl der prototypischen Therapiepläne für den Bereich PSM-PT ist geringer. Daher werden hier nur 18 Expert*innen für die Minutenschätzung einbezogen. Für die 2. und 3. Runde der Einschätzungen sind jeweils 9 Expert*innen und 6 Stakeholder für die Bereiche der EPP, KJPP sowie der PSM-PT vorgesehen (= 45 Expert*innen). Die Zusammensetzung der Expert*innen in der 2. und 3. Expertenrunde wird so gewählt, dass neben den 6 Stakeholdern bei den 9 Expert*innen der Berufsgruppen nur die Hälfte in der ersten Expertenrunde beteiligt waren, um den Bewertungsprozess der ersten Runde zu erläutern, die andere Hälfte der Expert*innen kommen als Korrektiv neu in die Expertenrunde der Berufsgruppen hinzu. Damit soll eine kritische Reflexion der Werte der ersten Runde ermöglicht werden.

Zum Projektabschluss findet eine gemeinsame Dissemination statt, inklusive eines öffentlichen Symposiums, zu dem Fachvertreter, Kostenträger und die interessierte Fachöffentlichkeit eingeladen werden.

UNTERSTÜTZUNG

Das Projekt wird durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) beraten und begleitet. Die drei Fachgesellschaften sind nicht in die Durchführung des Projekts und in die Datenerhebung und –auswertung involviert.

ETHIK

Vor dem Start der Datenerhebungen wurden die Ethikkommissionen der Universität Ulm und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg konsultiert. Für das Arbeitspaket 4 wurde ein positives Ethikvotum ausgestellt. Für die Arbeitspakete 1, 2 und 6 ist nach Einschätzung der Ethikkommission der Universität Ulm kein Ethikvotum nötig, da die Erhebungen und Auswertungen vollständig anonym erfolgen und keine personenbezogenen Patientendaten verarbeitet werden.

FÖRDERUNG

Diese Forschung wird vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Deutschland, unter dem Förderkennzeichen 01VSF20030 gefördert. Der Geldgeber ist nicht an der Protokollentwicklung und an irgendeinem Aspekt des Projekts beteiligt.

LITERATUR

1. GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:Erstfassung; 2019 [cited 2020 Feb 20]. Available from: URL:https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4005/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_BAnz.pdf.
2. HEUFT G, SENF W, JANSSEN P, PONTZEN W, STREECK U. Personalanzahlzahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung 1993;**43**:262–270.
3. GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung; 2019 [cited 2020 Feb 20]. Available from: URL:https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf.
4. KUNZE H, POHL J, KRÜGER U. Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Nomos, 1998.
5. ZEECK A, HERPERTZ-DAHLMANN B, FRIEDERICH H-C, BROCKMEYER T, RESMARK G, HAGENAH U ET AL. Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry* 2018;**9**:158.
6. FRIEDERICH H-C, HEUFT G, CUNTZ U, HILDENBRAND G, ROTHE H-M, BLUM K ET AL. Personalausstattung: Befragung psychosomatischpsychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2018;**64**:334–349.

7. HAUTH I, BRÜCKNER-BOZETTI P, HEUFT G, KÖLCH M, LÖHR M, RICHERT A ET AL. Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen : Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. *Der Nervenarzt* 2019;**90**:285–292.
8. BRÜCKNER-BOZETTI P, DEISTER A, HAUTH I, KÖLCH M, CUNTZ U, BORRMANN-HASSENBACH M, eds. Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik: Das Plattform-Modell, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022.
9. FITCH K. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual, Rand, 2001.
10. STATISTISCHES BUNDESAMT (Destatis). Krankenhäuser nach Fachabteilungen; 2017 [cited 2020 Mar 27]. Available from: URL:<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html>.
11. LANZA ST, RHOADES BL. Latent class analysis: an alternative perspective on subgroup analysis in prevention and treatment. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research* 2013;**14**:157–168.
12. VERMUT J, MAGIDSON J. Latent GOLD 4.0 User's Guide: Statistical Innovations Inc; 2005 [cited 2020 Mar 27]. Available from: URL:<https://www.statisticalinnovations.com/wp-content/uploads/LGusersguide.pdf>.