

Die Pflege/Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) als Konzept zur Berechnung der pflegerischen Basisbesetzung

Dorothea Sauter
Prof. Dr. Michael Löhr
Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Perspektiven der Personalbemessung
NEFP 2017

- Mindestpersonalbedarf für leitliniengerechte Versorgung?
- Minuten oder Relationen („NtPR“) als Rechengrundlage?
- Die PPR-PP als Mix beider Modelle
- Modellrechnung Personalbedarf Pflege anhand Aktualisierung Psych-PV und Definition von 8 „Level“
- Diskussion und Fazit

„LL-gerechter Personalbedarf“



Ableitung von Personalbedarf aus Leitlinien, erforderliche Zeiten (Behandlungspläne) mit PsychPV-Vorgaben abgeglichen

F. Kiefer¹ · A. Koopmann¹ · F. Godemann² · J. Wolff³ · A. Batra⁴ · K. Mann¹

¹ Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland

² Klinik für Psychiatrie und Verhaltenstherapeutische Medizin, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, Berlin, Deutschland

³ Abt. Betriebswirtschaft und Controlling, Geschäftsbereich Controlling und Finanzen, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁴ Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen, Deutschland

Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit

K. Schnell¹ · A. Hochlehnert² · M. Berger³ · J. Wolff³ · M. Radtke³ · E. Schramm³ · C. Normann³ · S. C. Herpertz¹

¹ Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression

Normative Personalbedarfsermittlung

B. Bandelow¹ · U. Lueken² · J. Wolff^{3,4} · F. Godemann⁵ · C. W. Menzler^{1,6} · J. Deckert² · A. Ströhle⁷ · M. Beutel⁸ · J. Wiltink⁹ · K. Domschke¹⁰ · M. Berger¹¹

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

³ Abteilung für Betriebswirtschaft und Controlling, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁵ Klinik für Seelische Gesundheit im Alter und Verhaltensmedizin, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus, Berlin-Weißensee, Deutschland

⁶ Alexianer Aachen GmbH, Alexianer Krankenhaus Aachen, Aachen, Deutschland

⁷ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

⁸ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen

Wieviel Personal ist erforderlich?

M. Berger¹ · J. Wolff² · C. Normann¹ · F. Godemann³ · E. Schramm¹ · A. Klimke⁴ · A. Heinz⁵ · S. C. Herpertz⁶

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

² Abteilung für Betriebswirtschaft und Controlling, Universitätsklinikum Freiburg

³ Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin

⁴ Vitos Klinikum Hochtaunus

⁵ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin

⁶ Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg

Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung

Normative Personalermittlung am Beispiel Depression

S. Mehl¹ · P. Falkai² · M. Berger³ · M. Löhr^{4,5} · D. Rujescu⁶ · J. Wolff^{7,8} · T. Kircher¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁴ Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Deutschland

⁵ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Halle, Martin-Luther-Universität Halle, Halle, Deutschland

⁶ Abteilung für Betriebswirtschaft und Controlling, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁷ Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Centre for the Economics of Mental and Physical Health, King's College, London, UK

Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie

Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs

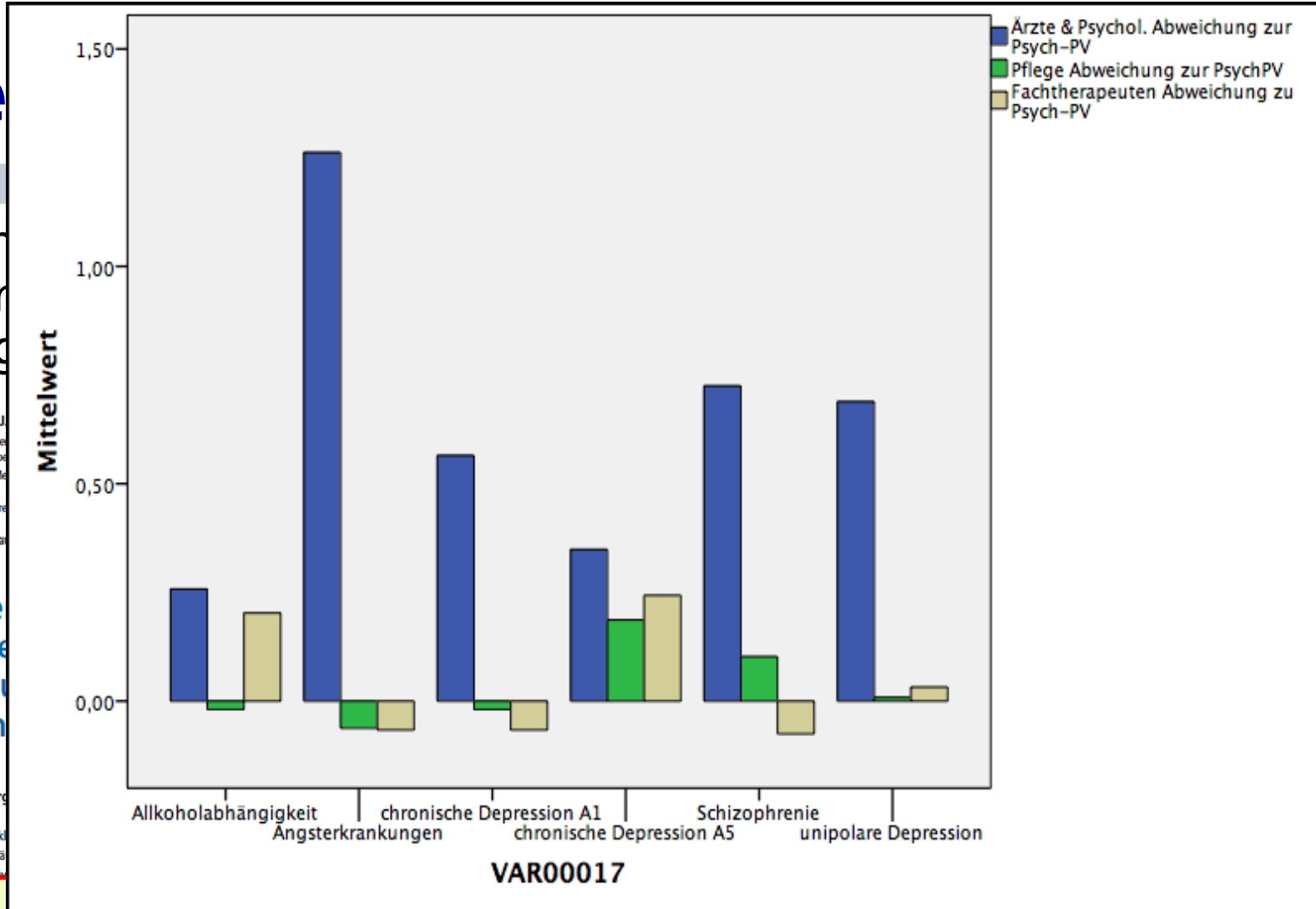
„LL-ge

Ableitung
Zeiten
abgeg

F. Kiefer¹ · A. Koopmann¹ · F. Godemann² · J.
¹Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Ze
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelbe
²Klinik für Psychiatrie und Verhaltenstherapeutische Me
WeiBensee, Berlin, Deutschland
³Abt. Betriebswirtschaft und Controlling, Geschäftsber
Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland
⁴Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin, Universit
Tübingen, Tübingen, Deutschland

Personalbedarfse
eine leitliniengere
Qualifizierte Entz
bei Alkoholabhän

K. Schnell¹ · A. Hochlehnert² · M. Berg
C. Normann³ · S. C. Herpertz¹
¹Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsk
²Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universit
³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uni



Ergebnisse:

Über alle Publikationen Mehrbedarf um 13% (SD= 6%; Range von 5% - 21%) an Personal zur Psych-PV

Steigerung um durchschnittlich 13% Psych-PV erklärt sich durch einen massiven Anstieg im ärztlichen und psychologischen Dienst, nur in diesen Berufsgruppen signifikanter Anstieg (T-Test)

Grenzen Publikationsreihe Nervenarzt (u.a.):

- Ärzte und Psychologen werden nicht getrennt betrachtet.
- Alle Publikationen stammen aus Unikliniken

Generelle Grenzen Ableitung Personalbedarf auf LL (u.a.):

- Leitlinien beziehen sich nicht auf den Behandlungsauftrag im stationären Setting
- Konkrete Minutenwerte in aller Regel nicht direkt ableitbar
- Akteure der Behandlungsprogramme oft nicht geklärt
- Viele Interventionen erforderlich /sinnvoll, aber Evidenz fehlt (noch) (v.a. interaktionsintensive und komplexe Interventionen)
- Keinerlei Aussagen zum Hilfebedarf der unabhängig von der Diagnose besteht und selten Aussagen zum Hilfebedarf außerhalb der „klassischen Therapieangebote“

Wirksame Interventionen aus LL und hieraus Ableitung von Minutenwerten klappt mit Einschränkungen ...

„LL-gerechter Personalbedarf“

... alle weiteren Interventionen* →
„Grundversorgung“, alle Hilfebedarfe
„außerhalb eigentl. Krankheitsgeschehen“, nicht
planbare Interventionen (zB Deeskalation),
Vorhalteleistungen pp → hier sind keine
Minutenwerte ableitbar: wie quantifizieren?

Pflegehandeln:

1. krankheitsbezogen, kurativ, edukativ
(*idR planbare Zeiteinheit, idR in den typischen Therapiezeiten*)
2. *Patientenbedarfe jenseits von ärztlicher Behandlung im
eigentlichen Sinn: Präsenz und Begleitung, Pflegebedarfe
unabhängig von KH, Gestaltung sogenannter „therapiefreier Zeit“
und Tagesstruktur, maßgeblich Gewährleistung von
Patientensicherheit, Aufrechterhaltung Krankenhausbetrieb und
(interdisziplinärer) Informationsfluss, Angehörigenarbeit pp.
(*permanent oder planbare Zeiteinheit*)

Berechnung Personalbedarf möglich über Addierung
Zeitwerte oder über Definitionen Verhältniszahlen

Verhältniszahlen als „Nurse-to-patient-ratio (NtPR)“
sinnvoll, wenn Pflege-/Hilfeaktivitäten nicht (ideal)
über Minutenwerte abbildbar sind

- ✓ Präsenz und Sicherheit
- ✓ Alle Vorhalteleistungen und die unplanbaren Aufwände
- ✓ nicht in Minuten bemessbare oder nicht auf bestimmte Zeitpunkte definierbare Pflegeaktivitäten
- ✓ Schwankungen des Pflegeaufwands im Tagesverlauf
- ✓ Parallel erbringbare Leistungen
- ✓ wenig zyklisch wiederholbare Prozesse

NtPR international oft Basis von Regelungen zur
Mindestbesetzung Pflege (national bei Versorgung
Frühchen ab 2016 geplant aber nicht realisiert)

In Somatik für Festlegung (Mindest-)Besetzung
Pflege recht verbreitet.

Alternativmodelle u.a.:

- „Nursing Hours Per Patient Day“ (NHPPD)
- „nurses-to-bed-ratio“ (Pflegerstellen und aufgestellte oder belegte Betten, Durchschnittswerte für Zeiträume, keine Angaben zu Präsenz pro Schicht)

ICN-Workingpaper beschreibt Vor- und Nachteile,
u.a.

- + Sicherheit für Patienten und Pflegende
- + Erfassen von Daten im Gesundheitswesen
- Kennzahlen reflektieren nicht Niveau der (Erfahrungs-)Expertise
- Konkrete Arbeitslast eines Settings wird nicht miterfasst

Beispiele Regelungen für Psychiatrie

- 2004 Kalifornien: 1:6 („Assembly Bill 394“, 2008 bestätigt)
- 2010 New South Wales, Australien: 1:6 (FD 1:4, SD 1:5, ND 1:7)

Befunde zur Personalbesetzung Pflege

- Somatik: Aiken et al. 2014 (Lancet); Duffield et al. 2011 (staffing und workload > outcome); Lankshear et al. 2005 (review, staffing and grades)
- In D: „Pflegethermometer“
- „Gratuateness“ (Gray et al, 2016)
- Psychiatrie – idR NtPR u assault rates (Bowers et al. 2014, Staggs et al. 2013)

Kombination aus 1. „nurse-to-patient-ratio“ (int: NtPR; dt: PPR) und 2. Minutenwerten

- Grundprämisse:
 - Minutenwerte/ Zeiteinheiten bei leitliniengerechten /"therapieorientierten" Leistungen
 - Alles andere über Relationen: z.B. Präsenz, Routinen, Vorhalteleistungen, Milieuthherapie, Tagesstruktur, etc.
- Erste Berechnung für die Pflege geleistet (Löhr et al. 2016), auf Basis einer Anpassung Psych-PV-Zahlen
- Patientenklassifizierung über Schweregrad und Setting

**Therapiebezogene
Besetzung
(Minutenwerte o.ä.)**

Minutenwerte

Abbildung leitliniengerechter
Tätigkeiten; inhaltlich exakt
beschreiben; quantifizierbar;
diagnosebezogen

**Basisbesetzung
NtPR, PPR**

Relationen

Mindestbesetzung 7 Tage/Woche 24
Std/Tag, die nicht unterschritten
werden darf

Gewährleistet Sicherheit, Vorhalte-
und „Basisleistungen“

PsychPV-Kategorien

1. Allgemeine Psych.-Pflege
2. Spezielle Pflege
 - 2.1. Somatische Pflege
 - 2.2. *Spezielle Psychiatrische Pflege → therapiebez. Besetzung*
 - 2.3. Visiten des Arztes: Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

„work time study“ von Wolff et al (2015) bestätigt ca 35% der Arbeitszeit Pflege für Kategorie 2.2

PsychPV Werte

!!! Einige PPV-Min-Werte passen nicht in „PPR-Kategorisierung“

Tabelle 1: Vollkräfte (VK) für die Basisbesetzung nach Psych-PV (ohne Fehlzeit, Nachtdienst und Abteilungs-/Pflegedienstleitung) bei einer 18-Patienten-Station. Die Kategorien A1; S2 etc. entsprechen den in der Psych-PV definierten Behandlungssettings

	A1	S1	G1	A2	S2	G2	A6	S6	G6
VK Basisbesetzung	4.0	3.9	7.6	6.2	6.2	8.1	0.9	0.8	1.2
% Anteil der Basisbesetzung zur Gesamtbesetzung mit Kapitel 2.2	60 %	59 %	77 %	57 %	56 %	69 %	35 %	33 %	43 %
Pflege-Patienten-Relation bei zwei Schichten*	1:9	1:9.2	1:4.7	1:5.8	1:5.8	1:4.4	1:20	1:22.5	1:15

*Ausnahme tagesklinische Behandlung, hier nur eine Schicht

Aktualisierung der Minutenwerte in den PsychPV-Kategorien 1, 2.1., 2.3. und 3. anhand

- **Evidenz Personalbesetzung und Zwang/Gewalt**
- Belege Aufwand Dokumentation/Administration
- Belege Pflegeaufwand Pflegebedarf SGB XI
- Belege somatische Pflege
- Belege mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

Ausreichendes Personal bei Patienten mit Steuerungsproblemen sowie selbst- und/oder fremdgefährdeten Anteilen (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006)

Anzahl an qualifizierten Pflegepersonen haben Einfluss auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (Gerolamo 2006; Bowers et al. 2014)

Staggs et al. (2013) konnten zeigen, dass es nicht ausreicht, ausschließlich die Anzahl an Personen zu erhöhen, da dies mit einer Steigerung der gewalttätigen Situationen korreliert

Aktualisierung der Minutenwerte in den PsychPV-kategorien 1, 2.1., 2.3. und 3. anhand

- Evidenz Personalbesetzung und Zwang/Gewalt
- **Belege Aufwand Dokumentation/Administration**
- Belege Pflegeaufwand Pflegebedarf SGB XI
- **Belege somatische Pflege**
- Belege mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Sonstiges

2,9 fach höhere realer Pflegedokumentationsaufwand (Hoffmann & Rieger 2010)

Der Aufwand für Dokumentation und Administration in der Gerontopsychiatrie um das 4 fache erhöht (Hodek et al. 2011)

„Richten und Ausgeben von Medikamenten“ stellte sich in der Ist-Situation als doppelt so umfangreich dar wie die Soll-Vorgabe. Das Richten der Medikamente macht 34% der Gesamtzeit aus (Hoffmann & Rieger 2010)

Aktualisierung der Minutenwerte in den PsychPV-Kategorien 1, 2.1., 2.3. und 3. anhand

- Evidenz Personalbesetzung und Zwang/Gewalt
- Belege Aufwand Dokumentation/Administration
- **Belege Pflegeaufwand Pflegebedarf SGB XI**
- Belege somatische Pflege
- Belege mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Sonstiges

Noelle et al. (2014) beschrieben, dass die Pflegezeiten in der Psych-PV nicht mit denen der Minimumwerte der Pflegezeiten nach SGB XI übereinstimmen. Es bestünde hier - in defensiver Betrachtungsweise - ein Bedarf von 78 Minuten pro Tag. Im Bereich der Körper Pflege bedeutet dies eine Erhöhung um 111% gegenüber der Psych-PV-Vorgabe

Aktualisierung der Minutenwerte in den PsychPV-Kategorien 1, 2.1., 2.3. und 3. anhand

- Evidenz Personalbesetzung und Zwang/Gewalt
- Belege Aufwand Dokumentation/Administration
- Belege Pflegeaufwand Pflegebedarf SGB XI
- Belege somatische Pflege
- **Belege mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten**
- **Sonstiges**

Der für „internen Disposition“ gemessene Zeitwert liegt 20-fach über der Vorgabe der Psych-PV (Hoffmann & Rieger 2010)

Die Zeiten für interne Fort- und Weiterbildungen lagen unterhalb den Vorgaben der Psych-PV (Hoffmann & Rieger 2010; Hodek 2011)

Bei Zunahme von gering qualifiziertem Personal steigt die Häufigkeit von freiheitseinschränkende Maßnahmen (Nienaber et al. 2013)

Zusätzliche Schulungsaufwände durch normative Vorgaben (z.B. Brandschutzübung) wurden auf 21 Minuten pro Fall berechnet (Löhr et al. 2015)

PPR-PP „Level“

„Patienten-Klassifizierung“, „Aufwandsgruppen“

- Hypothese: Aufwand wird einerseits durch Patienten und andererseits durch Setting ausgelöst.
- Abbildung von Aufwandsunterschieden in der pflegerischen Basisversorgung, dabei
 - Regel- vs Intensivbehandlung
 - Regel- vs Notaufnahme
 - Klienteldurchmischung vs. Konzeptstation
 - Besonderheiten Tagesklinik
 - Besonderheiten Gerontostationen
- Ziel: wenig unterschiedliche „Klassen“
- → 8 Level definiert

0. TK AP, SU, PsyTh
1. TK Geronto
2. Konzeptstation AP, SU, PsyTh
3. Konzeptstation Geronto
4. Aufnahme-/Behandlung AP, SU, PsyTh
5. Aufnahme-/Behandlung Geronto
6. Akutaufnahme mit Beh.verpflichtung AP, SU, PsyTh, Geronto
7. Akutaufnahme mit/ohne Beh.verpflichtung Geronto – Schwerpunkt Demenz

PPR-PP

Proberechnung über Aktualisierung PsychPV-Zahlen am Bsp. 18-Betten-Stat.

Hohe Differenzen bei

- TK
- Geronto
- (Intensivpat.)

Diese Differenzen entsprechen den Erwartungen und dem Erfahrungswissen

Level	Setting	Behandlungsbereich	Passende Psych-PV Kategorie	Relation PPR-PP	Relation Psych-PV	Differenz in VK-Stellen im Tagdienst
0	Tagesklinische Behandlung Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	A6 und S6	1:9	1:21.25	+1.15 ^a
1	Tagesklinische Behandlung	Gerontopsychiatrie	G6	1:6	1:15	+1.80 ^a
2	Konzeptstationen ohne Aufnahmeverpflichtung	Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	A1, S1	1:8	1:9	+0.5 ^b
3	Konzeptstationen ohne Aufnahmeverpflichtung	Gerontopsychiatrie	G1	1:4	1:4.7	+1.34 ^b
4	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen (Diagnosen unspezifisch, durchgehende Bezugsstruktur)	Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	9 Pat. A1 u. S1 9 Pat. A2 u. S2	1:5	1:9 1:5.8	+2.1 ^c
5	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen (Diagnosen unspezifisch, durchgehende Bezugsstruktur)	Gerontopsychiatrie	9 Pat. G1 9 Pat. G2	1:4	1:4.7 1:4.4	+1.08 ^c
6	Akutaufnahmestation mit Aufnahmeverpflichtung	Sucht und Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie	A2, S2, G2	1:4	1:5.3	+2.20 ^b
7	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen mit und ohne Aufnahmeverpflichtung (Spezialstation für Menschen mit Demenz)	Gerontopsychiatrie	G2	1:3	1:4.4	+3.82 ^b

Das Konzept ist noch nicht wirklich vollständig ausgereift und für alle Details geprüft und gerechnet ...

Komplexe Pflegeleistungen, Bedarfsleistungen, Grundversorgung, Sicherheit, Stationsbetrieb etc.

- Ableitung von Personalberechnung über Relationen hier sinnvoll
- Besonderheiten im Tages-/Wochenverlauf grundsätzlich
- abbildbar, Nachtdienst berechenbar (Nachtdienst nicht dem Verhandlungsgeschick überlassen)
- Vergleichbarkeit (und in Teilen evaluiert)
- Aufwandsgruppen (8 Level) müssen noch genauer geprüft werden

Therapiebezogene Leistungen

„Behandlung muss Standards, Vorgaben und State of the Art berücksichtigen“

- Ableitung Minutenwerte hier sinnvoll
- schnell (und getrennt von Relationen) aktualisierbar
- Verschiebung Zeitwerte zwischen Berufsgruppen leicht möglich (Minutenwerte auf Skills beziehbar)

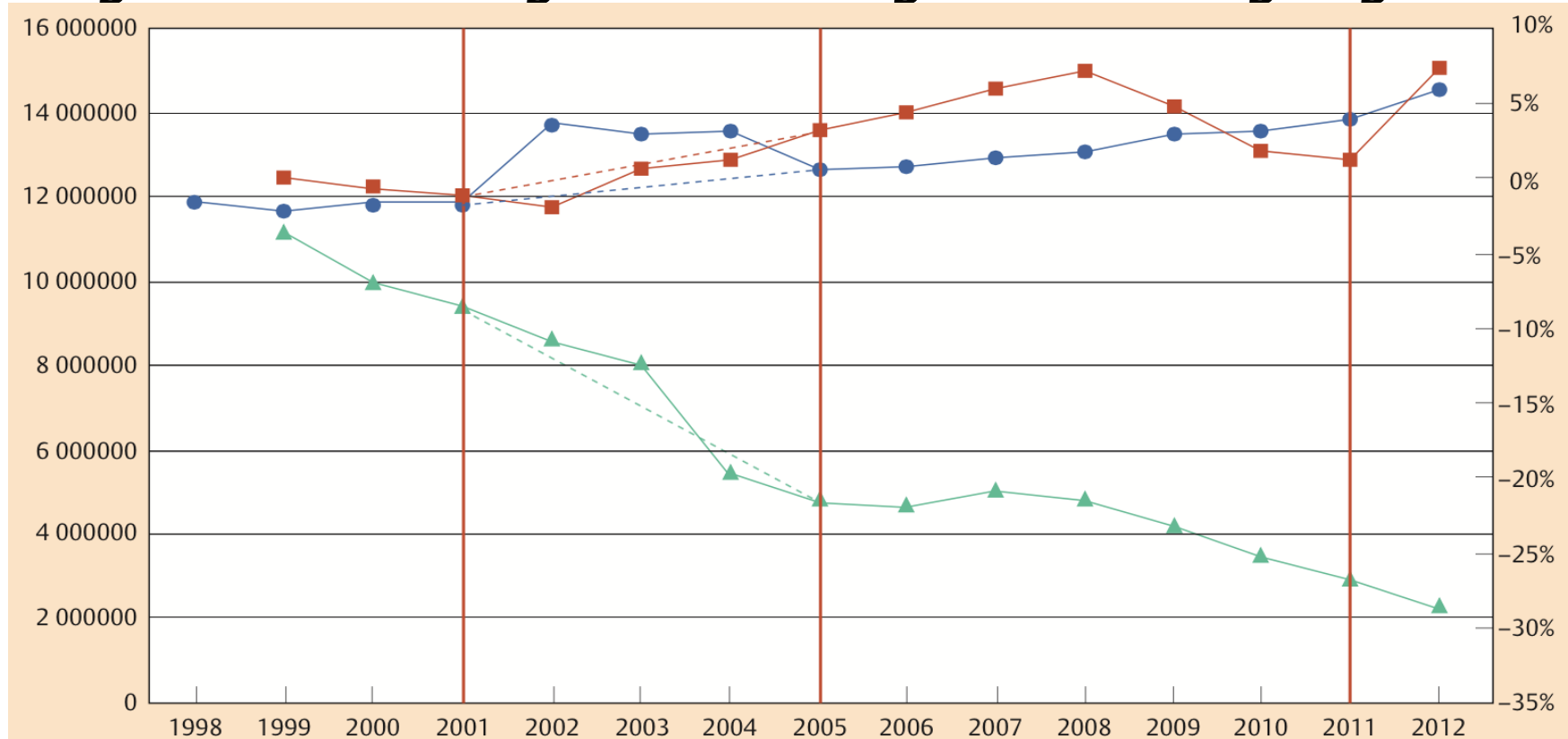
Diskussion

Das Konzept ist noch nicht wirklich vollständig ausgereift und für alle Details geprüft und gerechnet ...

- Kernaufgaben der Pflege im stationären Setting wenig geklärt; psychiatrische Pflegebedarfe bislang nicht klassifiziert; es gibt wenig Aussagen zu Pflegeaufwänden und keine Instrumente zur Messung
- Keine Aussage zu Qualifikation der Pflegenden (auch Basisbesetzung braucht Prüfung Skills/ Grades)
- Keine Berücksichtigung von Aspekten wie Arbeitsumgebung, Erfahrungswissen, Personalfuktuation etc.
- Keine Aussagen zur Implementierung (Fachkräftemangel pp)
- Hier vorgestellt „PPR-PP“ ist für Pflege konzipiert, für andere Berufsgruppen sind Relationen sicher als Prinzip gut übertragbar und vermutlich sinnvoll
- StäB gesondert denken
- CAVE: festgeschriebene Personalmindestbedarfe werden in der Praxis immer zu Obergrenzen
- Ohne Sanktion der Nichteinhaltung ein stumpfes Schwert

noch ein kleines Hinweisle...

Pflege: Rel. Belastungsveränderung (Berechnungstage/VK)

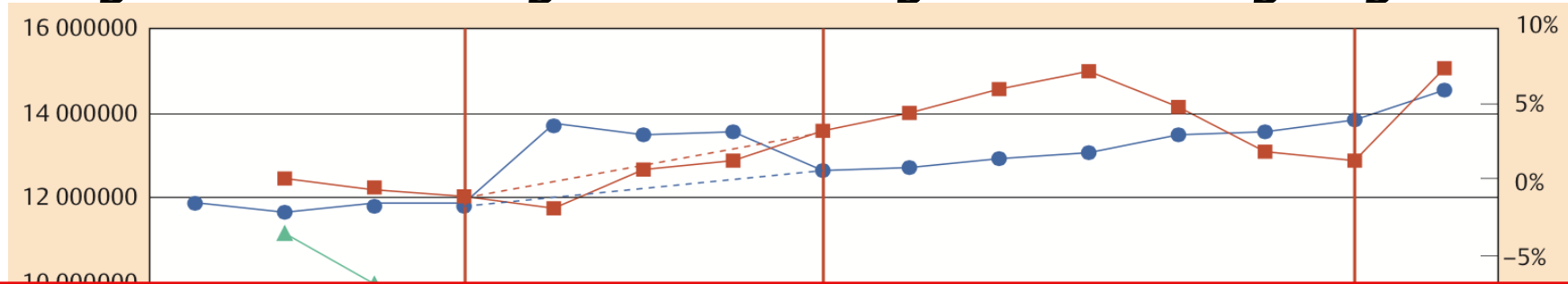


Löhr, Schulz & Kunze (2014)

- Berechnungstage
- Berechnungstage/Pflege Gesamt (relative Veränderung der Belastung pro Pflegeperson zum Basisjahr 1998 in Prozent)
- ▲ Berechnungstage/Ärzte Gesamt (relative Veränderung der Belastung pro Arzt zum Basisjahr 1998 in Prozent)
- ⋯ Die gestrichelten Linien zeigen die lineare Veränderung zwischen 2001 und 2005, da sich in den Jahren 2002 bis 2004 die Zählweise des Statistischen Bundesamts geändert hat.
- Die roten vertikalen Linien markieren jeweils den Beginn und das Ende einer veränderten Zählweise.

noch ein kleines Hinweisle...

Pflege: Rel.Belastungsveränderung (Berechnungstage/VK)



Stellenreduktion der Pflege (Unterbesetzung Psych-PV) überproportional bei der Pflege: Belastungskennziffer (Fallzahl/VK) zw. 1998 und 2011 im ärztlichen Dienst um 2% reduziert, im Pflegedienst um 32% erhöht (s.a. APK, 2005)

→ Das „IST“ des Tätigkeitsprofils der Pflege entspricht nicht dem was Pflege kann

→ für Berechnung des Personalbedarfs sorgsame Beschreibung des „SOLL“ der Pfl egetätigkeiten notwendig.

→ Breitere Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe werden für notwendig erachtet, um die Gesundheitsversorgung in Zukunft auch nur im Ansatz gewährleisten zu können (Lancet-Commission, 2010)

Mehr Evidenz für Wirkungszusammenhänge von
Quantität und Qualität Pflege und Patientenoutcome,
Sicherheit, Kosten, Arbeitslast und Skillmix Personal
pp notwendig

Zum G-BA Auftrag Mindestbesetzung

- Personalbemessung muss neben therapiebezogenen Aktivitäten auch weitere Hilfebedarfen und Bedürfnissen (u.a. Sicherheitsbedürfnis) gerecht werden
- Bei Festlegung von Aufwandsgruppen („Level“) sorgsame Klärung inwiefern berufsgruppenübergreifende Gültigkeit; bei Festlegung von Tätigkeitsprofilen keine ausschließliche Orientierung am „IST“
- (v.a.) therapiebezogene Aktivitäten müssen sich an LL-Empfehlungen orientieren. Hierbei gilt: 1. Aufwände definieren, 2. Aufwände quantifizieren, 3. Skills beschreiben, erst zuletzt Berufsgruppe festlegen
- Weitere Forderungen, z.B. Fortlaufende Aktualisierung mitplanen // berufliche Weiterbildung mitfinanzieren // CAVE Anreizsysteme: „kein Sockelkonstrukt“ nur für eine Berufsgruppe

Danke !

Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener

Michael Löhr^{1,4}, Andreas Liekenbrock², Frank Vilsmeier³, Bruno Hemkendreis⁴, André Nienaber^{1,4,5}, Rainer Klessmann⁶, Pascal Wabnitz^{1,4}, Cornelia Schindler⁷, Dorothea Sauter^{1,2,5}, Georg Oppermann⁸, Silke Ludowisy-Dehl⁹, Michael Schulz^{1,5}, Gereon Heuft¹⁰

Summary

The nursing-to-patient ratio in psychiatry and psychosomatic medicine (PPR-PP) – basic nursing staff necessities in the treatment of adults

Background: The study defines a new nursing staffing level system for inpatient psychiatry and psychosomatic medicine (PPR-PP) in Germany. The PPR-PP is demand-oriented toward ensuring patient safety in inpatient settings.

Method: Based on the current basic nursing staffing definition (Psych-PV), we added nursing times from new legal defaults. We also transferred the times in new nursing staffing levels (PPR-PP), supplemented with current internal and external evidence.

Results: We created seven new nursing staffing levels with varying nursing to patient ratios. The difference between the old system (Psych-PV) and the new PPR-PP represent came to +0.5 to 3.81 nurses per day shift, depending on the levels. The relations were also defined for the night shift. Our answer to the lead questions led to precise options on how to introduce and implement PPR-PP.

Conclusion: PPR-PP provides a basic staffing nursing system, independent of the current financing system for inpatient psychiatry and psychosomatics in Germany. In addition to the basic staffing nursing system, further nursing times for therapeutic interventions must also be defined. PPR-PP defines the basic nursing:patient ratios for extensive patient safety in inpatient psychiatry.

Z Psychosom Med Psychother 62/2016, 150–166

- Bowers L, Dack C, Gul N et al. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 1459-1465
- Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C et al. Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatric Services* 2014, DOI:
- Gerolamo AM. The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of psychiatric nursing* 2006; 20: 175-185
- Hodek JM, Scholz S, Vieten B et al. Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst : Abgleich der PsychPV-Vorgaben mit dem Arbeitsalltag auf einer stationären psychiatrischen Einrichtung. *Nervenarzt* 2011; 82: 351-359
- Hoffmann M, Rieger W. Vorgaben und Realität der PsychPV : Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. *Nervenarzt* 2010; 81: 1354, 1356-1359, 1361-1352
- Lancet-Commission (Frenk J, Chen L, et al.) (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Online: *The Lancet* 376; pp 1923-58. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Löhr et al. (2016) Die pflegerische Basisbesetzung auf psychiatrischen Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik – (PPR-PP) Pflege/Patienten Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik. *Z Psychosom Med Psychother* 62/2016: 150–166
- Löhr, M., Sauter, D., Nienaber, A., Heuft, G., Ahrens, R., Oppermann, G., Heinz, A., Schulz, M., Mitarbeit der A. G. Struktur und Qualität der DFPP BFLK (2015): Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen: Bedarfsermittlung am Beispiel der Pflegefachberufe in Deutschland. *Nervenarzt* 86, 857–865.
- Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Research in nursing & health* 2013; 36: 26-37
- Wolff, J., Berger, M., Normann, C., Godemann, F., Hauth, I., Klimke, A., & Löhr, M. (2015). Wohin führt die Konvergenz der Psychiatriebudgets?. *Der Nervenarzt*, 1-5.