

Entwicklung von Personalvorgaben – ein Modellrahmen

4. Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychosomatik
Berlin, am 15. und 16. Oktober 2018

DR. MED. IRIS HAUTH

PAST-PRÄSIDENTIN DER DGPPN

ÄRZTLICHE DIREKTORIN DES ALEXIANER ST. JOSEPH-KRANKENHAUS BERLIN WEIßENSEE



AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
- 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
- 3. Methodik**
- 4. Die Ermittlung der Personalausstattung**
- 5. Offene Fragen - Diskussion**

- PsychVVG: G-BA soll nach §136a (2) SGB V Richtlinien für geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festlegen.
- Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der **stationären Einrichtung**, mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal...
- Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst **evidenzbasiert** sein zu einer **leitliniengerechten Behandlung** beitragen.
- Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind durch den Gemeinsamen-Bundesausschuss in die Entscheidung miteinzubeziehen.
- Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem **die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)** zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand der Versorgung zu berücksichtigen.
- Die Richtlinie des G-BA zur Personalausstattung soll am 1. Januar 2020 wirksam werden.

AGENDA

1. Gesetzlicher Auftrag
2. Anforderungen an die Personalausstattung
3. Methodik
4. Die Ermittlung der Personalausstattung
5. Offene Fragen - Diskussion

Der Patient im
Mittelpunkt
einer neuen Personal-
ausstattung

Das Modell der
Plattform

Psychiatrie und
Psychotherapie

Psychosomatische
Medizin
und Psychotherapie

Kinder- und
Jugend-psychiatrie
und -
psychotherapie

Die Plattform



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

- ackpa
- BÄK
- BAG Kinder- und Jugendpsychiatrie
- BAG-Psychiatrie
- BDK
- BFLK
- DFPP
- DGGPP
- DGKJP
- DGPM
- DGPPN
- LIPPs
- VKD (Untergruppe psychiatrische Kliniken)

Anforderungen an die Personalausstattung

- **Evidenzbasierte S3-Leitlinien** empfehlen die kombinierte psychopharmakologische/psychotherapeutische Therapie als Standard der Behandlung.
- Leitlinien machen **keine konkreten Angaben zur Personalbemessung**.
- Leitlinien sind störungsspezifisch und berücksichtigen Komorbiditäten nicht.
- Anpassung des Personalbedarfs durch **Leistungsverdichtung** und reduzierte Verweildauern.
- Aufwand durch **veränderte therapeutische Haltung** u.a. partizipative Entscheidungsfindung, Deeskalationsstrategien von Gewalt, Einbindung trialogischer Prozesse, Vernetzung in der Gemeindepsychiatrie.
- **Gesetzgebung**: UN-Behindertenrechtskonvention, höchstrichterliches Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu den Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung.
- Weitere gesetzliche Bestimmungen, die Zeitaufwände verursachen: Hygiene, Datenschutz, Brandschutz, Fort- und Weiterbildung

Anforderungen an die Personalausstattung



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Originalien

Nervenarzt 2015
DOI 10.1007/s00115-015-4356-z
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

M. Lühr^{1,2} · D. Sauter^{2,4} · A. Nienaber^{2,3} · G. Heuft⁷ · R. Ahrens⁵ · G. Oppermann⁶ · A. Heinz⁸ · M. Schütz^{1,2} · Mitarbeit der AG Strukturqualität der DFPP und BFLK

¹ Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, Bielefeld
² Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Halle (Saale)
³ LWL-Klinikum Gütersloh, Gütersloh
⁴ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster
⁵ Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege, Ulm
⁶ Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie, Bonn
⁷ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster
⁸ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin

Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen

Bedarfsermittlung am Beispiel der Pflegefachberufe in Deutschland

Mit der Umstellung des Finanzierungssystems in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland entfällt auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die eine normative Vorgabe für die personelle Besetzung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen darstellt, zum 01.01.2019. Mit dem Wegfall der Psych-PV verliert die stationäre Psychiatrie die gesetzlichen Rahmenvorgaben für eine Personalbemessung. Das neue pauschalierte Entgeltssystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) beinhaltet keine Personalvorgaben, wobei die (psycho)therapeutischen Mitarbeiter das zentrale Element von Strukturqualitäten in psychiatrischen Krankenhäusern darstellen. In dieser Situation ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem mit der Definition von personellen Strukturstandards für die psychiatrischen Fächer beauftragt worden. Dieser Beitrag weist die methodischen Schritte auf,

wie sich Aufwände bspw. der pflegerischen Behandlung von Patienten in den psychiatrischen Fächern quantifizieren lassen.

Hintergrund

Die Anerkennung, die Finanzierung und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Krankenbehandlung von psychisch Kranken wurden erst in den letzten Jahrzehnten etabliert [1]. In den Jahren 1986 bis 1990 entwickelte eine Expertengruppe in Abstimmung mit dem Bundesministerium die aktuell gültige Psych-PV. Diese wurde durch den Bundestag und am 09.11.1990 durch den Bundesrat genehmigt und ist seit diesem Zeitpunkt sowohl für die alten als auch die neuen Bundesländer gültig [1].

Durch die Psych-PV sollte eine wohnortnahe Versorgung der psychisch erkrankten Menschen ermöglicht werden. Ein wichtiger Qualitätsindikator der Psych-PV ist die regionalisierte Versorgungsverpflichtung der psychiatrischen Kliniken. Diese Verpflichtung beeinflusst

maßgeblich die Bemessung des Personalbedarfs in psychiatrischen Kliniken. Eine Exklusion von Patienten aus ihrem sozialen Umfeld sollte vermieden werden. Vor diesem Hintergrund ergeben sich als Kernaufgaben des Personals:

- Entwicklung von Strategien für die Patienten und seine Bezugspersonen bei der Bewältigung der Erkrankung;
- Unterstützung der Patienten, eigenständig zu leben und selbstständig Hilfesysteme in Anspruch nehmen zu können [1].

In der Literatur sind verschiedene Evaluationsstudien der Psych-PV und der Personalausstattung in der Erwachsenenpsychiatrie (EP) bekannt [2, 3, 4].

So erhielt bspw. die Aktion Psychisch Kranke (APK) am 01.07.2005 das zweite Mal den Auftrag vom Bundesgesundheitsministerium (BMG), eine Evalu-

AG Strukturqualität der DFPP und BFLK: Dorothea Sauter, André Nienaber, Uwe Genge, Ins Podszalny, André Uskenbrock, Cornelia Gianni, Regine Groß und Michael Lohr.

Originalien

Nervenarzt 2018 · 89:814–820
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0520-6>
Online publiziert: 20. April 2018
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



A. Blume¹ · P. Brückner-Bozett² · T. Steinert³

¹ Abteilung Versorgungsforschung, ZfP Südwestfalen, Ravensburg-Weissenau, Deutschland
² Forum für Gesundheitswirtschaft GmbH, Bremen, Deutschland
³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, Weissenau, ZfP Südwestfalen, Ravensburg, Deutschland

Tätigkeiten ohne Patientenkontakt

Zeitaufwandsschätzungen aus Telefoninterviews in acht psychiatrischen Kliniken

Zahlreiche Arbeiten in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* haben in den letzten Jahren die Methode verfolgt, normative Vorgaben vor allem für ärztlich-psychotherapeutische Tätigkeiten auf der Basis gültiger Leitlinienempfehlungen zu berechnen [2, 3, 7, 8, 10–12]. Wir wählen demgegenüber in der vorliegenden Arbeit nicht eine primär patientenbezogene, sondern eine betriebliche Perspektive, um für alle in der Patientenversorgung beschäftigten Berufsgruppen das Spektrum notwendiger und verpflichtender Tätigkeitsanteile ohne direkten Patientenkontakt zu ermitteln. Dafür führten wir Telefoninterviews mit Beschäftigten der verschiedenen Berufsgruppen durch.

Methode

Die vorliegende Pilotstudie basiert auf nichtzufallsgesteuerten Quotenstichprobenbefragungen, die zwischen September 2016 und Mai 2017 in insgesamt acht öffentlich-rechtlichen Kliniken der (teil)stationären Psychiatrie durchgeführt wurden. Angesichts dreier teilnehmenden Zentren für Psychiatrie ist das Bundesland Baden-Württemberg mit 88 Interviewpartnern in der Stichprobe deutlich überrepräsentiert, gefolgt von jeweils einem öffentlich-rechtlichen Fachkrankenhaus mit Hauptsitz in kleineren Städten der Bundesländer Rheinland-Pfalz, Bayern und Niedersachsen. Bei der aus Schleswig-Holstein

mit 9 Interviewpartnern in der Stichprobe vertretenen Einrichtung handelt es sich um die Abteilungspsychiatrie eines mittelstädtischen Allgemeinkrankenhauses. Mit Ausnahme der aus Berlin mit lediglich 14 Interviewpartnern in der Stichprobe vertretenen Psychiatrischen Universitätsklinik handelt es sich bei allen Teilnehmerkliniken um nichtuniversitäre Kliniken der voll- und teilstationären Regelversorgung mit eher mittelstädtisch-dezentral verorteten Angebotsstrukturen. Die vorliegende Empirie basiert auf zwei einander ergänzenden Erhebungsinstrumenten:

1. formularbasierte Anfragen an das klinikweite Qualitätsmanagement mit Bitte um Zusammenstellungen aller klinikinternen bekannten Veranstaltungen, an denen patiententnah eingesetzte Beschäftigte aufgrund gesetzlicher oder betrieblicher Vorgaben während der Arbeitszeit teilnehmen müssen bzw. sollen inklusive der hierfür jeweils erforderlichen Zeitemfänge sowie
2. semistandardisierte, leitfadengestützte Telefoninterviews mit insgesamt 155 patiententnah eingesetzten Stationsmitarbeitern, darunter 47 Ärzte, 39 Pflegekräfte, 34 Psychologen und 35 Sozialarbeiter. Einbezogen wurden jeweils nur vollstationäre oder tagesklinische Zeiteinheiten der Mitarbeiter. Etwaige zusätzliche PIA (Psychiatrische

Zusatzmaterial online

Die Onlineversion dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0520-6>) enthält die Interviewer-Leitfäden für Therapeuten und Pflegekräfte sowie das Eingabeformular zur Erfassung der Abwesenheitszeiten patiententnah eingesetzter Mitarbeiter. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen im elektronischen Volltextarchiv auf <http://www.springermedizin.de/Der-Nervenarzt> zur Verfügung. Sie finden das Zusatzmaterial am Beitragende unter „Supplementary Material“ enthalten.

Hintergrund

Im ersten Halbjahr 2018 wird die Studie zur Personalausstattung und Tätigkeiten in Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie [5] im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als Isterhebung auf mehreren hundert Stationen in Deutschland durchgeführt. Die Studie soll eine wesentliche Grundlage und einen empirischen Orientierungsrahmen für den expertengestützten Prozess des G-BA zur Entwicklung der normativen Personalvorgaben ab 2020 liefern. Die hier vorgelegte Studie soll dazu einen ergänzenden Beitrag leisten, der insbesondere aufzeigen soll, welcher implizite Rationierungsdruck sich aus dem Konflikt zwischen notwendigen Tätigkeiten mit und ohne Patientenkontakt ergibt.

Anforderungen an die Personalausstattung



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Originalien

Nervenarzt 2017 · 88:1020–1025
DOI 10.1007/s00115-017-0297-z
Online publiziert: 20. Februar 2017
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017



B. Braun¹ · P. Brückner-Bozett² · M. Lingenfelder³ · C. Uhlmann⁴ · T. Steinert⁵

¹Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)/SOCIMUM, Universität Bremen, Bremen, Deutschland
²BAB Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung GmbH Bremen, Bremen, Deutschland
³Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Insbes. Marketing und Handelsbetriebslehre, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland
⁴Zentrum für Psychiatrie Südwestfalen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung

Ende 2012 wurde vom damaligen Gesundheitsminister Bahr im Wege einer Ersatzvornahme die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) beschlossen, das inzwischen nach konzertierten Protestaktionen zahlreicher Fachverbände zurückgezogen und durch das im November 2016 verabschiedete „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ ersetzt wurde. Dies ist ein wesentlicher Fortschritt gegenüber dem ursprünglichen Entwurf. Dennoch: Obwohl die Verweildauern sich in den letzten 25 Jahren um ca. 30% verkürzt haben und zahlreiche Aufgaben durch erweiterte therapeutische Möglichkeiten, Qualitätsmanagement, erhöhte Anforderungen an Sicherheit und Dokumentation usw. hinzugekommen sind, wurde das Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs in der Psychiatrie (Psych-PV) von 1990 nie reformiert. Dies hat erhebliche Auswirkungen bezüglich des Ausgangspunkts beim Eintritt in das neue Vergütungssystem. Mehr Leistungen mit gleichbleibenden Mitteln zu erbringen, wie dies viele Jahre zwangsläufig erfolgen musste, erfordert entweder eine Steigerung der Effektivität oder eine selbst gesteuerte Kürzung bestimmter Leistungen. Während eine gesteigerte Effektivität z. B. bei bestimmten Operationstechniken in den letzten Jahrzehnten eindrucksvoll gezeigt werden konnte, ist dies in der „sprechenden Medizin“ nicht möglich.

Psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken verbleiben deshalb die Ansätze, Abläufe zu optimieren und Leistungen zu rationieren.

In der seit längerem in der deutschen Ärzteschaft geführten Debatte über die Patientenversorgung im Rahmen begrenzter Ressourcen zwischen Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung [6, 13, 17, 19] wird Rationierung durchweg als das „(vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen verstanden“ [19]. Dabei erfolgt eine für Patienten und Beschäftigte bzw. deren professionelles Selbstverständnis wichtige Unterscheidung in explizite und implizite Rationierung: Explizite Rationierungen erfolgen oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung, d. h. auf der Ebene der Politik oder Geschäftsführung. Bei impliziter Rationierung entscheidet hingegen der Arzt oder eine mit dem Patienten beschäftigte Fachkraft im Einzelfall ohne feste Vorgaben über die Zuteilung medizinischer Leistungen [18].

Ziel des von der Hans Böckler Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Arbeits- und Handlungsbedingungen in der Psychiatrie“ und dieses Beitrags war es, empirisch der Frage nachzugehen, ob es aus der Sicht von Beschäftigten in psychiatrischen Kliniken derartige implizite Rationierungen gibt.

Methodik

Teilnehmende Kliniken

Sieben Kliniken (davon eine mit zwei Standorten) wurden mit dem Ziel ausgewählt, die aktuelle Spannweite der strukturellen Bedingungen nach Region, Größe, Kliniktyp, Trägerschaft und Entgeltvereinbarung zu erfassen. Unter Beachtung der den teilnehmenden Einrichtungen zugesagten Anonymität handelt es sich dabei um eine Fachklinik als Allein- und Komplementäranbieter im ländlichen Raum mit punktuell ausgeprägten integrierten Versorgungsverträgen, eine Fachklinik als Alleinanbieter im ländlichen Raum mit begrenzten Wachstumsmöglichkeiten, eine Fachklinik in einer ländlichen Region mit Wettbewerb in einer Versorgungsregion, eine Abteilungspsychiatrie für die Sektorversorgung einer Großstadt mit Ausstrahlung auf die Versorgungsregion eines Landkreises und damit eines anderen Anbieters, eine Abteilungspsychiatrie im ländlichen Raum mit innovativen Vergütungsmodellen, eine Abteilungspsychiatrie einer Universität mit allgemeinem Versorgungsauftrag für einen Versorgungssektor und eine Abteilungspsychiatrie eines Klinikverbundes.

Die schriftliche standardisierte Befragung aller in den Untersuchungskliniken beschäftigten Angehörigen in den Berufsgruppen Ärzte/Psychologen sowie Pflege fand mit Zustimmung der jeweiligen Personalvertretungen zwischen Oktober 2013 und Mitte 2014 statt.

Originalien

Nervenarzt 2018 · 89:821–827
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0521-5>
Online publiziert: 17. April 2018
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



A. Nienaber^{1,2} · A. Heinz¹ · M. A. Rapp¹ · F. Bermpohl³ · M. Schulz² · J. Behrens⁴ · M. Löh²

¹LWI-Klinikum Gütersloh, Gütersloh, Deutschland
²Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Deutschland
³Internationale Graduiertenakademie (InGA) Im Promotionsstudiengang Partipation als Ziel von Pflege und Therapie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale, Deutschland
⁴Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
⁵Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland
⁶Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, St. Hedwig-Krankenhaus, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Berlin, Deutschland
⁷Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale, Deutschland

Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen

Psychiatrische Stationen spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer unfreiwilligen Unterbringung aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung; sie dienen der Akut- und Krisenversorgung, der Herstellung von Sicherheit und der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung [1]. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN BRK) und höchstrichterliche Urteile des Bundesverfassungsgerichts und Bundesgerichtshofs setzen dabei jeglicher Zwangsanwendung enge Grenzen und legen fest, dass immer zuerst Versuche der Deeskalation, Kommunikation mit den Betroffenen, die Suche nach alternativen Lösungen und eine detaillierte Abwägung zwischen den positiven und negativen Auswirkungen einzelner Maßnahmen stattfinden muss [2–4]. Im Umgang mit konflikthafte Verhalten in Form von Selbstverletzung oder Aggression und Gewalt gegen andere werden verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Konflikte angewendet, wie beispielsweise deeskalierende Gespräche, 1:1-Betreuung oder die Gabe von Bedarfsmedikation, die alle zeit- und personalintensiv sind [5, 6]. Nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die Mitarbeitenden

einer Klinik stellt das Auftreten von Konflikten und die Anwendung von Eindämmungsmaßnahmen eine große Herausforderung dar, die mit den Patienten und ggf. auf deren Wunsch auch mit ihren Angehörigen und Freunden nachbesprochen werden sollte [6]. Als ein entscheidender Faktor für den sachgemäßen Umgang mit den beschriebenen Situationen wird sowohl die Quantität als auch die Qualität der Mitarbeitenden angesehen. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Untersuchung mit der Versorgungssituation auf akuten psychiatrischen Stationen.

Die der Arbeit zugrunde liegende Hypothese lautet, dass die Größe der Zahl des dort arbeitenden Pflegepersonals einen Einfluss auf das Vorkommen von Konflikten haben. Dazu wurden auf unterschiedlichen Akutstationen in Allgemein- und Landeskrankenhäusern prospektiv die Zahl der Mitarbeitenden und die Zahl und Art der konflikthafte Ereignisse sowie die angewendeten therapeutischen Maßnahmen erfasst.

Methoden

Teilnehmende Zentren

Eine multizentrische prospektive Untersuchung wurde in 6 Einrichtungen der psychiatrischen Krankenhausversorgung (Universitätskliniken, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern für Psychiatrie) über einen Zeitraum von insgesamt 90 Tagen durchgeführt. Für die Teilnahme wurden verschiedene Kliniken (Universitätsklinik, psychiatrische Klinik oder psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus) mit dem Auftrag der Pflichtversorgung angefragt, zu denen durch die Autoren (A. N., A. H. und M. L.) ein Kontakt im Hinblick auf das Thema bestand. Die Aufnahme in die Untersuchung erfolgte bei positiver Rückmeldung. Die Erfassung erfolgte auf allen beteiligten Stationen in den teilnehmenden Kliniken im Zeitraum zwischen dem 01.02. und dem 31.08.2015.

Messinstrument

In allen 6 Kliniken wurde auf insgesamt 12 psychiatrischen Stationen (2 bzw. 3 pro Klinik) das konflikthafte Verhalten von Patienten und die Maßnahmen zur

Anforderungen an die Personalausstattung



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

- Die erhöhten Anforderungen an das therapeutische Personal führen zu einer implizierten Rationierung: Zuwendung, Gespräche mit Patienten, Beratung von Patienten und Angehörigen reduziert.
- Personelle Ausstattung und die Bettenzahl einer Station sind relevante Einflussgrößen für den Behandlungserfolg psychisch erkrankter Patienten.

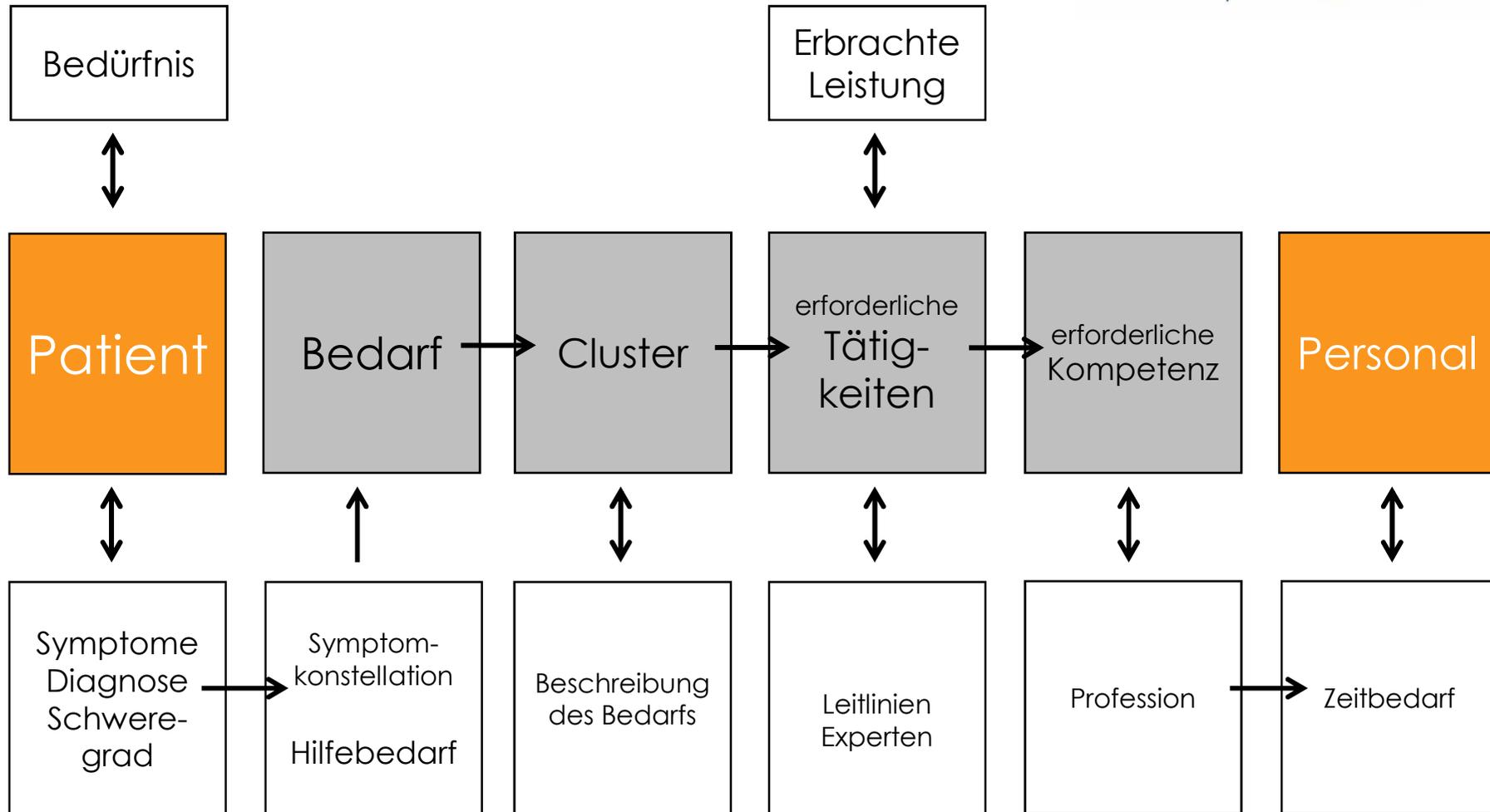
AGENDA

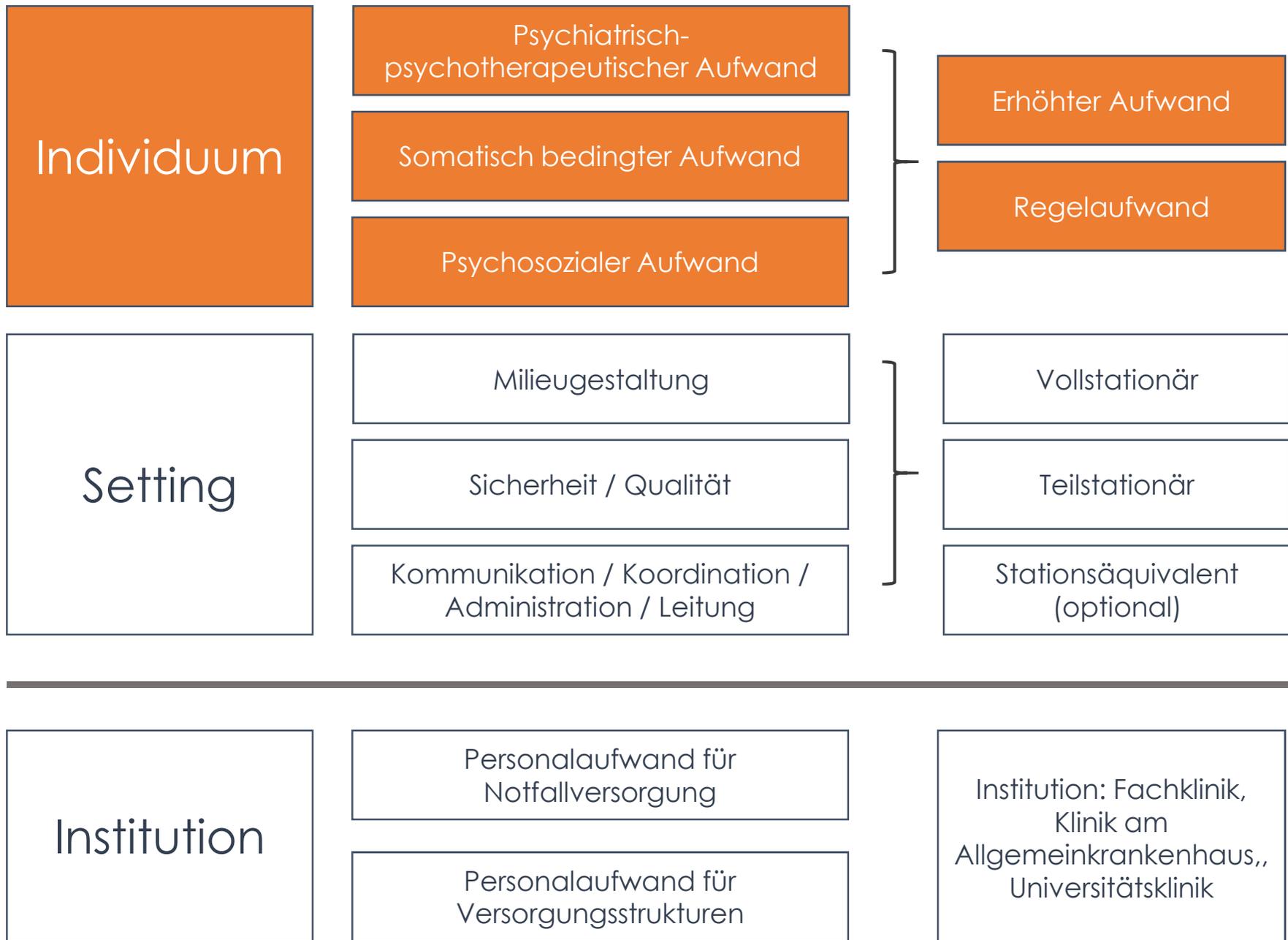
1. Gesetzlicher Auftrag
2. Anforderungen an die Personalausstattung
3. **Methodik**
4. Die Ermittlung der Personalausstattung
5. Offene Fragen - Diskussion

Grundprinzipien

1. Es soll ein System konstruiert werden, welches es erlaubt, **für jede Behandlungseinrichtung den gesamten notwendigen behandlungsbezogenen Personalaufwand zu berechnen.**
2. Ausgangspunkt für die Berechnung sind die behandlungsbezogenen Personalaufwände für alle in der Einrichtung behandelten Patienten, die sich aus Variablen, wie z.B. der aktuellen Symptomatik, dem Grad der Gefährdung und der Diagnose ergeben.
3. Unter **Mindestpersonalbedarf** ist das Personal zu verstehen, welches benötigt wird, - eine medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung jedes einzelnen Patienten sicher zu stellen, die von den verfügbaren Leitlinien oder vom Expertenkonsens vorgegeben wird, falls Leitlinien keine ausweisen.
4. Das von Plattform Personalausstattung entwickelte Modell unterscheidet Personalbedarfe, die im **direkten Bezug zur Behandlung des Patienten** stehen, von solchen die durch das **Behandlungssetting** verursacht werden, z.B. voll- und teilstationär und solche, die sich auf **institutioneller Ebene** ergeben, wie z.B. die gemeindepsychiatrische Vernetzung.

Methodik





3 Dimensionen

Psychiatrisch-
psychotherapeutischer /
psychosomatischer Aufwand

Somatisch bedingter Aufwand

Psychosozialer Aufwand

Diagnostische und Behandlungstätigkeiten,
die durch die psychische Symptomatik
verursacht werden (bspw. depressive
Symptome, psychotische Symptome,
Suizidalität, Somatisierung, kognitive
Einschränkungen)

Somatisch bedingter Aufwand

Psychosozialer Aufwand

Psychiatrisch- psychotherapeutischer Aufwand

Somatisch bedingter
Aufwand

Somatische Diagnostik, somatische
Behandlung, Aufwand der
körperbezogenen Pflege

Psychosozialer Aufwand

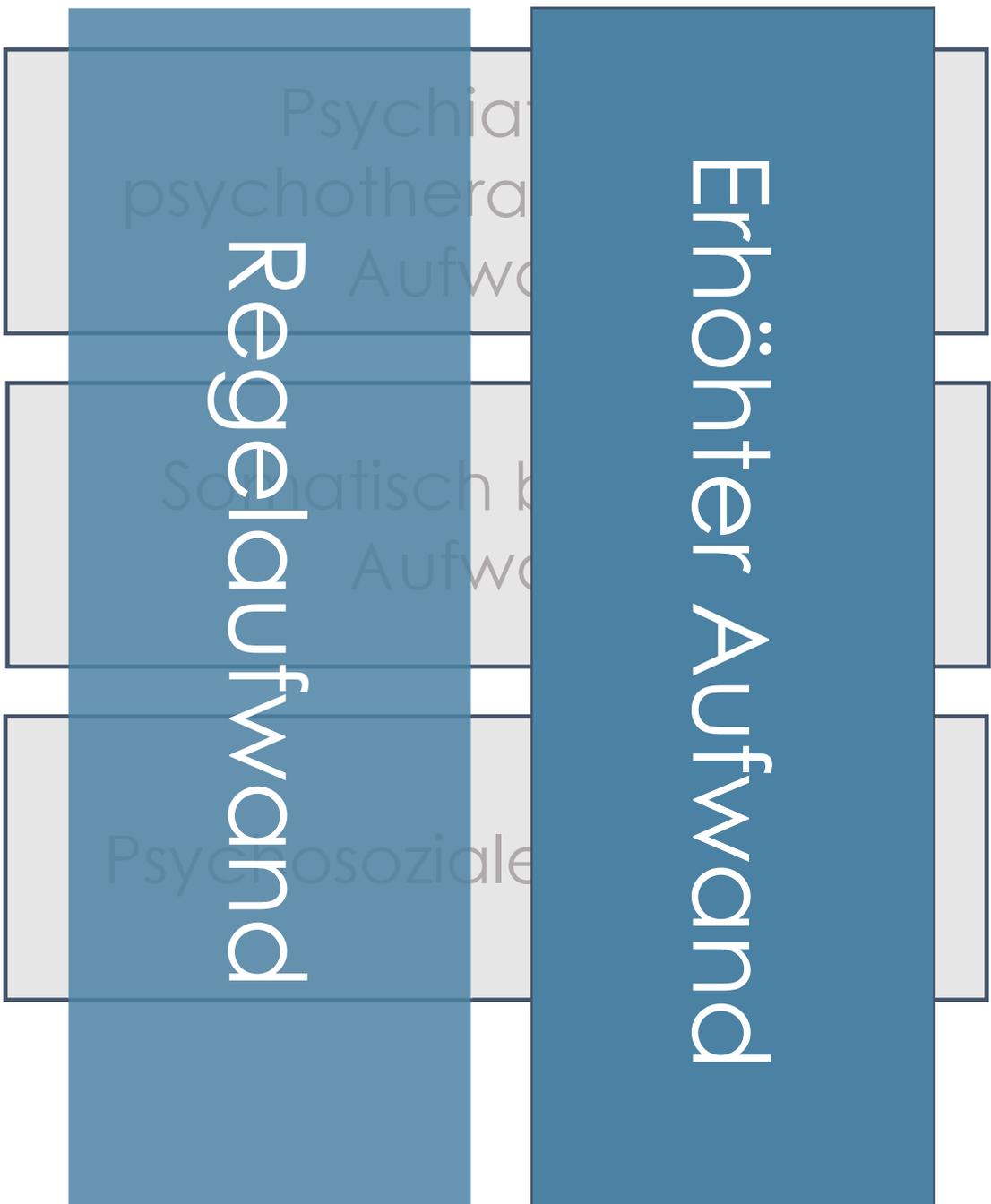
Psychiatrisch-
psychotherapeutischer
Aufwand

Somatische Diagnostik,
somatische Behandlung,
Aufwand der körperbezogenen
Pflege

Psychozialer
Aufwand

Tätigkeiten, die für die Klärung und Lösung sozialer Probleme (Wohnen, Finanzen, Arbeit, Familie etc.) und für die soziale Integration und Teilhabe nach der Entlassung und für den Einbezug des sozialen Umfeldes des Patienten erforderlich sind.

2 Stufen



Erhöhter Aufwand

Regel-Aufwand

Alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen sowie die darüber hinaus erforderlichen Tätigkeiten, die für die Behandlung der Patienten unter Berücksichtigung des jeweiligen Settings und normativer Vorgaben erforderlich sind.

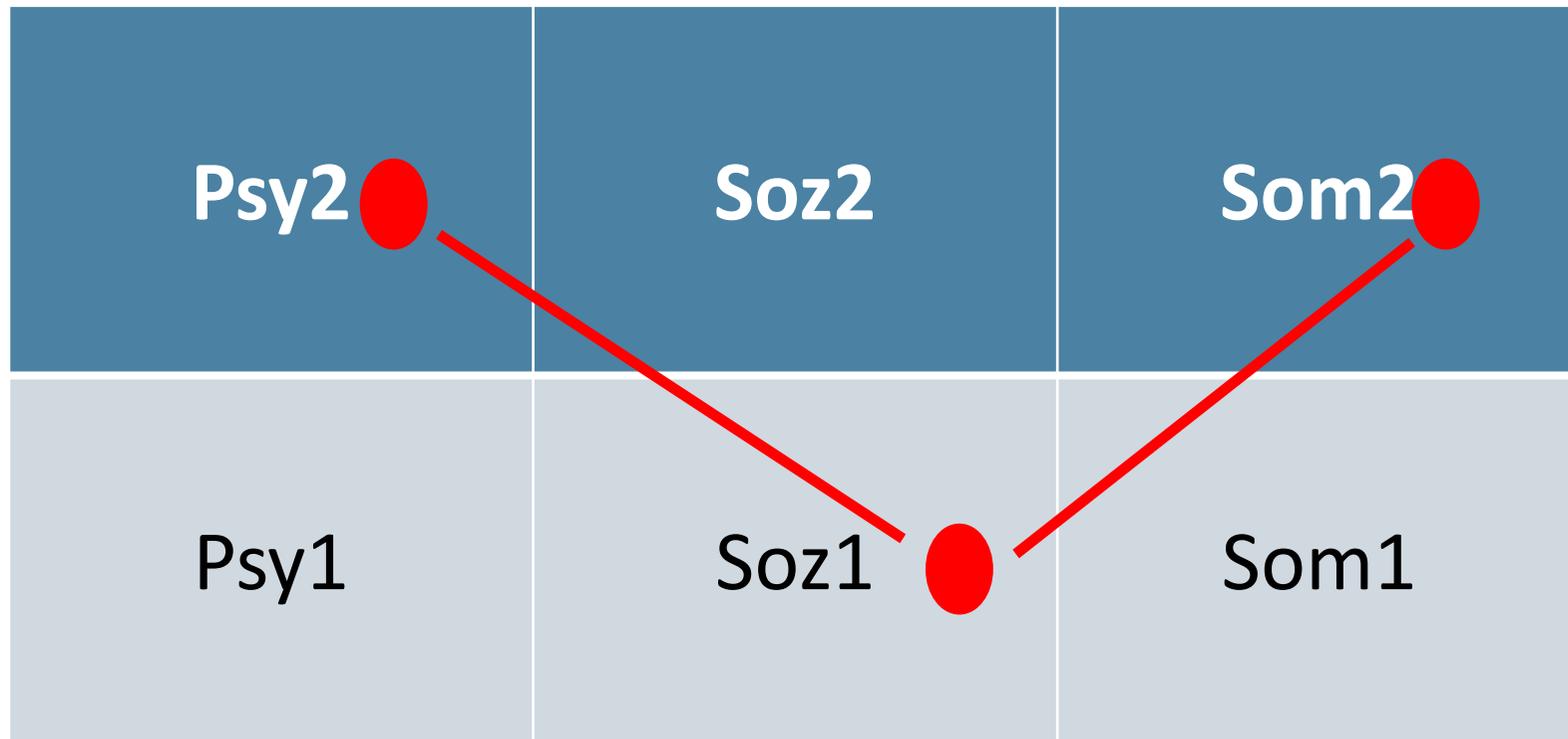
Erhöhter Aufwand

Dieser ist verknüpft mit einer hohen Frequenz von Kontakten und Gesprächen, kurzfristigen Interventionen, erhöhte Therapiedichte, Anleitung und Begleitung, erhöhtem Pflegeaufwand, erhöhten Interventionen aller Berufsgruppen sowie höherem Aufwand für Abstimmung, Koordination und Kommunikation.

Regelaufwand

Beispiel individueller Patient

z.B. ausgeprägte psychotische Symptomatik, nur grundlegender somatischer Behandlungsbedarf, anhaltende und gravierende Probleme der Teilhabe im Alltag



Beispiel individueller Patient

z.B. delirante Symptomatik, Erregungszustand, keine relevante psychosoziale Beeinträchtigung



Psy2	Soz2	Som2
Psy1 ●	Soz1 ●	Som1 ●

Bedarfscluster 1

- Mann, 35 J., Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, berufstätig, Hauptverdiener, Angstsymptomatik mit erheblichem Vermeidungsverhalten, Bluthochdruck
- Frau, 55 J., paranoide Schizophrenie, lange Zeit stabil in stabiler TWG, nach Tod einer Mitbewohnerin und Demenzerkrankung einer anderen Exazerbation der psychotischen Symptomatik, zweimal vollstationäre Behandlung und zweimal Wechsel der TWG, nach weiterer Exazerbation stationsäquivalente Behandlung in der TWG. Raucherin, Übergewicht, mäßiges metabolisches Syndrom.
- Mann, 91 Jahre, pensionierter Lehrer, mehrfach verwitwet, außer einer im 2. Weltkrieg verlorenen Hand, künstlichen Augenlinsen und künstlichen Hüftgelenken körperlich gesund, ist, nachdem er seine 3. Frau im Sterbeprozess begleitet hat, über eine Trauerreaktion hinausgehend mittelschwer depressiv dekompenziert. Wegen hohem Suizidrisiko initial vollstationäre Behandlung, anschließend teilstationäre Behandlung mit im Verlauf abnehmender Zahl von Behandlungstagen je Woche, dann Übergang in PIA-Behandlung.
- Mann, 24 Jahre, ängstligendes Derealisationserleben und schwere optische Verkennungen nach Drogenkonsum zu Beginn des Urlaubs. Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse.

Psy2	Soz2	Som2 ●
Psy1 ●	Soz1 ●	Som1

Bedarfscluster 2

- Frau, 52 J., geschieden, in neuer Partnerschaft lebend, schizodepressive Episode, terminal niereninsuffizient, beginnende Hämodialyse.
- Mann, 34 J., verheiratet, eine Tochter, PTSD nach Autounfall und mehrmonatiger Intensivmedizinischer Behandlung mit Multiorganversagen nach Sepsis, MRSA-Problematik.
- Frau, 83 Jahre, allein lebend und sich selbst versorgend, mittelschwere depressive Episode nach Versuch der Antidepressiva-Reduktion bei rezidivierender depressiver Erkrankung mit schwerer Inappetenz, dadurch völlig entgleister insulinpflichtiger Diabetes, initial Aufnahme mit schwerer Hypoglykämie und eintägige Behandlung in der Somatik.
- Mann, 67 Jahre, mäßige Hemiparese rechts, motorische Aphasie und Depression nach Hirnblutung. Rezidivierende Blutdruckentgleisungen, auch beim Versuch verbaler Kommunikation. Logopädie begleitend zur antidepressiven Behandlung und Einstellung des Blutdrucks erforderlich.
- Mann, 24 Jahre, kommt wegen ängstlichem Derealisationserleben, GHB-Abhängigkeit, im Entzug Monitoring erforderlich. Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse.

Psy2	Soz2 ●	Som2
Psy1 ●	Soz1	Som1 ●

Bedarfscluster 3

- Mann, 60 J., Trennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaft, beim selbstständigen Partner zuvor angestellt, jetzt gekündigt, aktuell wohnungslos, Alkoholabhängigkeit, Rückfall, Entzugssyndrom, keine Angehörigen
- Frau, 42 J., alleinerziehend, zwei Töchter, hoch verschuldet durch Bürgschaft für spielsüchtigen Vater, Mietschulden, bereits einmal abgewendete Räumungsklage, akute polymorphe psychotische Episode, bisher keine somatischen Erkrankungen, aktuell Nebenhöhlenentzündung mit antibiotischer Behandlung.
- Frau, 76 Jahre, im leichten Stadium diagnostizierte, jetzt mittelschwere Alzheimer-Demenz, allein lebend, Fehlhandlungen, Tag-Nacht-Rhythmus-Störung, Angstzustände bei Orientierungslosigkeit. Wohnformwechsel gegen den erklärten Willen, aber im Interesse der Patientin. Suchen einer und behutsame Überleitung in eine adäquate und für die Patientin letztlich akzeptable Wohnform.
- Mann, 32 Jahre, Leistungsknick, antriebslos bei guter Stimmung, Kündigung der Arbeitsstelle wegen unentschuldigter Fehlzeiten, drohende Obdachlosigkeit bei angekündigter Trennung der EF, die mit den gemeinsamen Kindern in der bisherigen Wohnung bleiben will. Körperlich gesund, Diagnose Frontotemporale Demenz.

Psy2 ●	Soz2	Som2
Psy1	Soz1 ●	Som1 ●

Bedarfscluster 4

- Frau, 46 J., verheiratet, 1 Tochter, betreibt mit dem Ehemann ein Modegeschäft, manisches Syndrom, hoch erregt, reizbar, sei die Halbschwester von Karl Lagerfeld, gut eingestelltes allergisches Asthma
- Frau, 80 J., Erschöpfungsdepression und Ängste in Bezug auf finanzielle Verhältnisse / Verarmung an der Grenze zur Folie à deux, keine Krankheitseinsicht, regelmäßig Zunahme der Symptomatik nach Besuch des EM (siehe Cluster 7). Geregelt Wohn- und gesicherte finanzielle Verhältnisse, Glaukom und eingestellter Bluthochdruck sowie diätetisch behandelter Diabetes mellitus. Teilstationäre Behandlung.
- Mann, 72 Jahre, erhebliche, impulsiv durchbrechende Fremdaggressivität im Rahmen einer subkortikalen vaskulären Demenz nach jahrzehntelang schlecht eingestelltem, aber mittlerweile stabilem Hochdruck. Lebt im Pflegeheim, wo er einen Mitbewohner schwer verletzt hat. Das Heim ist bereit, ihn mit einem Wechsel des Wohnbereichs weiter zu betreuen, wenn es gelingt, die Aggressivität so weit zu reduzieren, dass der Patient keine Gefahr für andere mehr darstellt.
- Mann, 19 Jahre, gerade Abitur gemacht, lebt bei den Eltern, erste, schwere, polymorph psychotische Episode, regelmäßiger Cannabiskonsum, zuletzt bei Feiern zum Abitur auch Speed und Liquid Ecstasy.

Psy2	Soz2 ●	Som2 ●
Psy1 ●	Soz1	Som1

Bedarfscluster 5

- Mann, 92 J., allein lebend, keine Angehörigen, depressives Syndrom, Panikattacken, MMST 27, Plasmozytom, Chemotherapie, Räumungsklage wg. Verkauf der Wohnung.
- Frau, 63 J., Scheidung in der 4. Lebensdekade, jetzt Partnerschaft, nicht gemeinsam lebend, Sohn 37 J. mit Messi-Syndrom in Einliegerwohnung des Hauses der Mutter, ohne eigenes Einkommen, Schädlingsbefall im Haus, generalisierte Angstsymptomatik, soziale Phobie, Diabetes mellitus, PAVK, Vorfußamputation im Vorfeld der Aufnahme, laufender Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente
- Frau, 59 Jahre, ambulant diagnostizierte Alzheimer-Demenz mit uncharakteristischer Bildgebung, bereits in Pflegeheim übergesiedelt, Aufnahme wegen Fehlhandlungen, auffällige Polydipsie, hohes Calcium. Diagnose letztlich Sekundäre Demenz bei Nebenschilddrüsenadenom. Vollstationär Senkung des Ca auf Werte, die eine OP zulassen, nach OP Abfangen der schwankenden Ca-Werte, Reorientierung und Unterstützung bei der Verarbeitung der sozialen Folgen der Fehldiagnose einschließlich Hilfe bei der Wohnungssuche.
- Mann, 24 Jahre, nach Trennung der Freundin verstärkter Alkoholkonsum, Busfahrer, selbst verschuldeter Unfall mit multiplen Frakturen und erforderlichen Nachoperationen, drohender Arbeitsplatzverlust.



Bedarfscluster 6

- Frau, 87 J., im Pflegeheim lebend, multimorbide, delirante Zustände im Rahmen einer Demenzerkrankung, habe nachts Mitbewohner in deren Zimmern besucht und wahnhaft verkannt, Weglauftendenzen; entfernt lebende Tochter ist vorsorgebevollmächtigt.
- Mann, 48 J., verheiratet, Ingenieur, 2 erwachsene Söhne, Ehefrau verbeamtete Lehrerin, 2. schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidalität, Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen nach Myokardinfarkt.
- Mann, 24 Jahre, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Polytoxikomanie. Mehrere ambulante Behandlungen abgebrochen. Studiert Schauspiel, hatte bereits Engagements. Häufig wechselnde Beziehungen.
- Mann, 29 Jahre, depressive Symptomatik bei Asperger-Autismus, lebt noch bei den Eltern, Milz musste nach Ruptur bei Fahrradunfall entfernt werden, jetzt wiederholt Ileussyptomatik.
- Frau, 63 Jahre, lebt in TWG, akute psychotische Exazerbation unter Medikamentenumstellung bei schwerem Spät-Parkinsonoid, neuroleptische Neueinstellung und Behandlung der motorischen Symptomatik.

Psy2 ●	Soz2 ●	Som2
Psy1	Soz1	Som1 ●

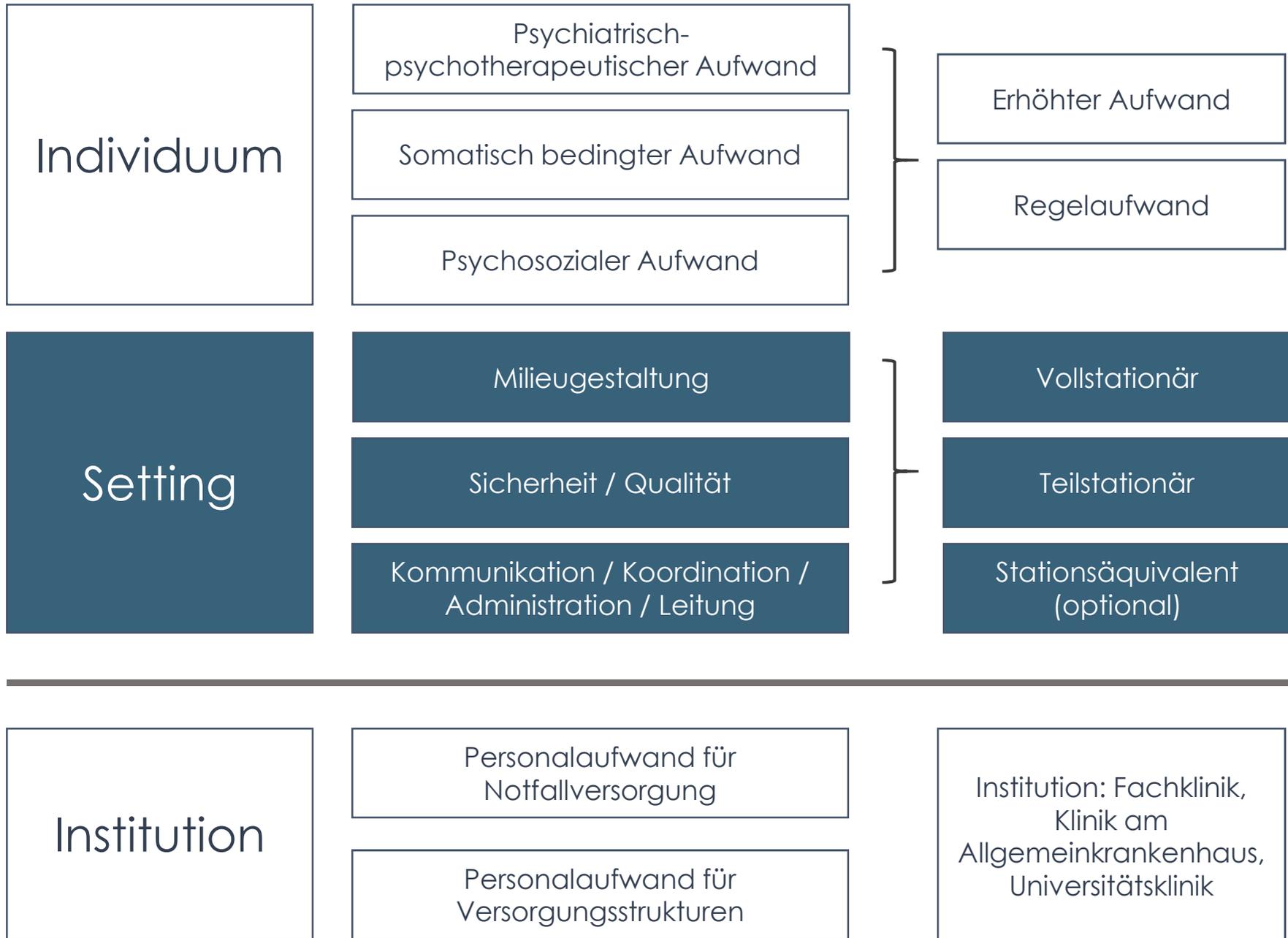
Bedarfscluster 7

- Mann, 25 J., alleinlebend, Räumungsklage, Hartz IV, Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, akute Dekompensation, Unterbringungsbeschluss, 3. stationäre Behandlung, keine bekannten somatischen Begleiterkrankungen.
- Mann, 78 J., schwer depressiv mit Schuldwahn, Verarmungswahn und wahnhafter Überzeugung, an einer Demenz erkrankt zu sein, keine Krankheitseinsicht. Lebt im eigenen Haus, gesicherte finanzielle Verhältnisse, verheiratet. (Teilstationäre) Mitbehandlung der EF erforderlich bei Erschöpfungsdepression und beginnender Folie à deux im Hinblick auf Verarmungswahn.
- Frau, 51 J., mit 83jähriger blinder Mutter in 2 Raum-Wohnung lebend, seit 67 Wochen aufgrund eines therapieresistenten depressiven Syndroms mit erheblicher Antriebsminderung arbeitsunfähig, rezidivierende Gastritiden, die gut auf Medikation ansprechen.
- Frau, 32 Jahre, heroinabhängig, Substitution mit Beikonsum, bisher 6 Kinder, davon leben 2 bei der Mutter, will unter Druck des Jugendamts von Alkohol und Z-Substanzen entgiften.
- Mann, 50 Jahre, suizidale / autoaggressive Krise nach schwerer narzisstischer Kränkung durch Fremdgehen der Ehefrau und Zurücksetzung am Arbeitsplatz. Arbeitslos, da impulsiv gekündigt. Herzinfarkt in der Vorgeschichte.



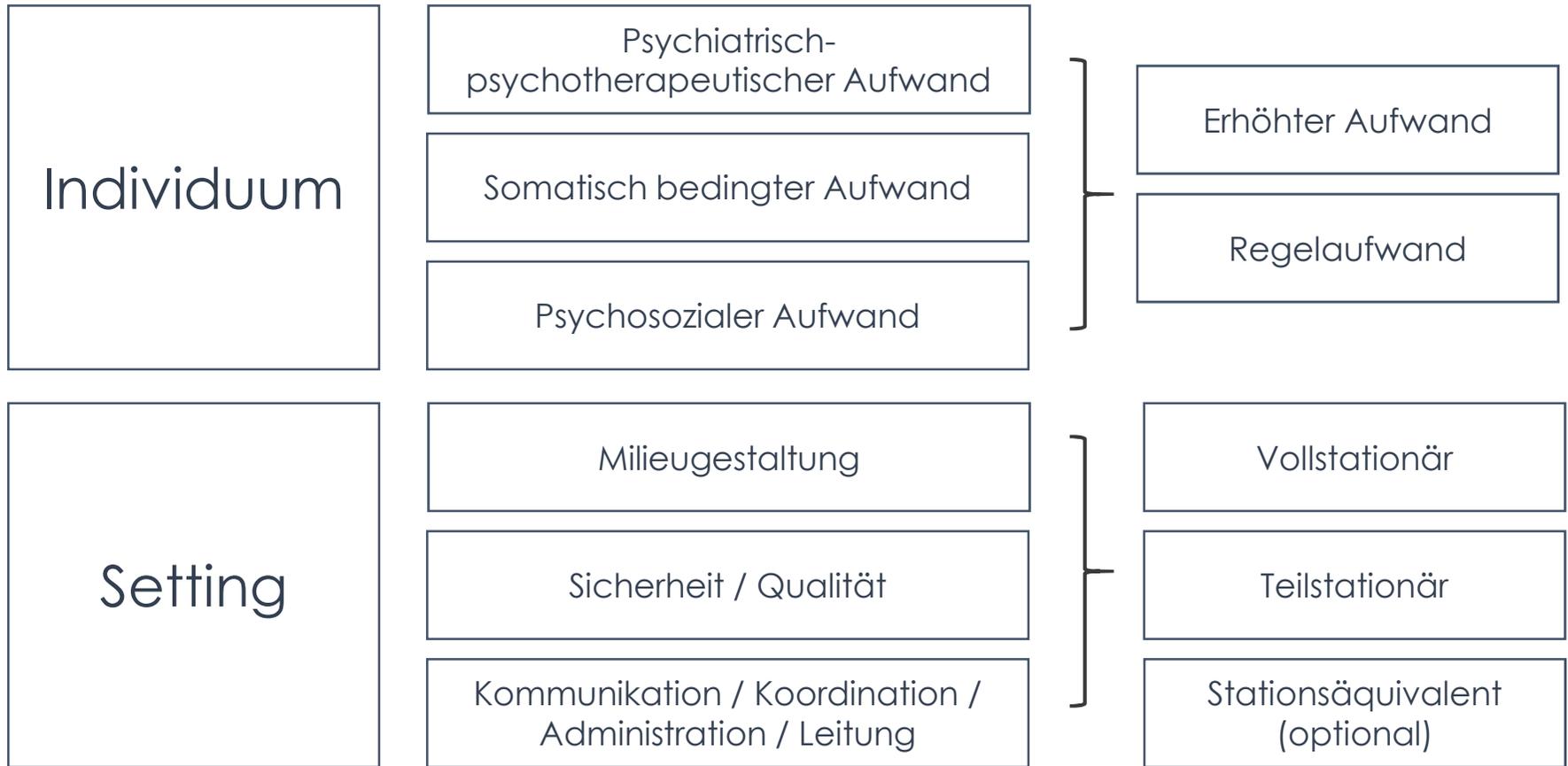
Bedarfscluster 8

- Frau, 23 J., WG des ABW, Grundsicherung, schwer einstellbarer Diabetes mell Typ 1, PTBS, emotional instabil, mehrfache Suizidversuche, Selbstverletzendes Verhalten
- Mann, 19 J., obdachlos, keine Ausbildung, kein Kontakt zur Familie, Arm nach Fraktur in Fehlstellung verheilt, offene Wunde nach Fußamputation mit MRSA-Besiedlung, polytoxikoman, psychotische Symptomatik, keine Krankheitseinsicht. Versuch des Beziehungsaufbaus über längere Zeit und mehrere Settings bei konstantem Behandler team.
- Frau, 23 J., polytoxikoman, rezidivierende psychotische und manische Symptomatik wahrscheinlich substanzinduziert, schwanger, erstmals zeitweise eigener Abstinenzwunsch, untergebracht. Gemeldet im Obdach, hat aber dort nicht gewohnt.
- Mann, 82 J., erhebliche Fremdaggressivität im Rahmen einer vaskulären Demenzerkrankung, Eifersuchts wahn nach rechtshirnigem Infarkt, Verdacht auf Anfallsleiden bei fluktuierender Symptomatik. Mäßige Hemiparese links. Schlecht eingestellter Bluthochdruck, Raucher. Lebt allein, nachdem EF aufgrund mehrerer Angriffe ausgezogen ist, verwahrloste Wohnung, Abmahnung, ständige Auseinandersetzungen mit Nachbarn.



Settingbezogener Aufwand

- Jedes Setting benötigt entsprechende Bedingungen, die für die Patienten ein sicheres, gesundheitsförderndes, therapeutisches Milieu gewährleisten.
- Diese sind u.a. von den Behandlungszeiten – bei der stationären Behandlung 24 Stunden Behandlung und Betreuung pro Tag, in den Tageskliniken regelhaft 8 Stunden – und von weiteren Faktoren z.B. dem Aufwand, der durch gesetzlich untergebrachte Patienten bedingt ist, abhängig.



Institutionsbezogener Aufwand

- Darüber hinaus entstehen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Personalaufwände, die nur bedingt den einzelnen Patienten zuzuordnen sind (= institutionell verursachter Personalaufwand). Darunter fallen der Personalbedarf für die 24-stündige Akutaufnahme, Bereitschaftsdienste, Nachtdienste, Konsile und Liaisondienste

AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
- 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
- 3. Methodik**
- 4. Die Ermittlung der Personalausstattung**
- 5. Offene Fragen - Diskussion**

Die Ermittlung der Personalausstattung

Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung
Diagnostik
Medizinische Grundversorgung
Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung
Patienten- und störungsspezifische Behandlung / Psychotherapie
Krisenintervention
Einschätzung und Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit für den Patienten
Nachsorgeplanung und Entlassmanagement
Einschätzung und Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit
Maßnahmen zur Förderung von Qualität
Interprofessionelle Tätigkeiten
Management von Aufnahme- und Entlassungsprozessen
Koordination / Kommunikation mit Behörden und Kostenträgern
Leitungstätigkeiten
Netzwerkarbeit
Dokumentation
Fort- und Weiterbildung

Abbildung 3: Tätigkeitsprofil für Ärzte (Plattform)

Die Ermittlung der Personalausstattung

Allgemeine Tätigkeiten	Individuum	Setting
Ärztlicher Dienst - Erwachsenenpsychiatrie		
Behandlungstätigkeiten		
Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung <ul style="list-style-type: none"> • Patientengespräche • kurze Patientenkontakte • Präsenz auf der Station (geordnete Ansprechbarkeit) 		X
Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Einholen von Vorbefunden • Exploration • Fremdanamnese / Pat.-Angehörigen- / Netzwerkgespräch zur Problem- und Auftragsklärung (mit anderen Berufsgruppen) • körperliche und neurologische Untersuchungen • Testpsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Wahl des Verfahrens, Durchführung und Auswertung • Indizierung von zusätzlichen (Spezialtherapeutischen) Untersuchungen, z.B. neuropsychologischen Verfahren • Labor und apparative Diagnostik • Nachexploration (OÄ, FÄ, etc.) • Erhebung von Ressourcen • Einschätzung zur Herstellung von Sicherheit für den Patienten und andere 	X	
Medizinische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Medikation • Kontrolle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen • Kontrollen auffälliger somatischer Befunde • Mitbehandlung somatischer Erkrankungen • Koordination und Auswertung konsiliarischer Diagnostik und Mitbehandlung durch andere somatische Fachabteilungen des Krankenhauses • Supervision der medizinischen Grundversorgung (OÄ) 	X	

Die Ermittlung der Personalausstattung

Kommunikation, Koordination, Administration, Leitung (ohne Patientenkontakt)		
Interprofessionelle Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • multiprofessionelle Verlaufsbesprechungen • Kurzabstimmungen zwischendurch • Übergaben • Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team • Teilnahme an Klinikkonferenzen • stationsübergreifende Gremienbesprechungen • Supervision (Fall/Team) • Betreuung von Studenten und Praktikanten, Ärzte und Psychotherapeuten in Ausbildung 		X
Management von Aufnahme- und Entlassungsprozessen		X
Koordination/ Kommunikation mit Behörden und Kostenträgern <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche mit Richtern, Polizei und Betreuern • Unterbringungsverfahren • u.a. SGB XI, SGB XII • MDK-Stellungnahmen • Kommunikation mit Kostenträgern etc. 		X
Leitungstätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Dienstplanung • Personalorganisation • Personalentwicklungsmanagement • Klinikorganisation • interne Koordinierung • Jahres- und Konfliktgespräche • Vor- und Nachbereitung von Stationsgesprächen etc. • Fall- und Konzeptbesprechungen im Team (Vorbereitung und Durchführung) • Teilnahme an Klinikkonferenzen (Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung) • Weiterentwicklung der Stations- und Behandlungskonzepte • Weiterentwicklung der Klinikstrategie • Theoretische (curriculare) Weiterbildung für die Assistenzärztinnen und -ärzte • Supervision der Einzeltherapien und Gruppentherapien für die Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung 		X

Die Ermittlung der Personalausstattung

- Aus dem Bedarf des Patienten leiten sich Tätigkeiten ab, die die Basis der Personalbedarfsrechnung sind.
- Die Tätigkeiten sind je nach Berufsgruppe, vom Individuum, vom Setting und von der Institution veranlassten Tätigkeiten zu differenzieren.
- Grundformel der Personalberechnung lautet: Tätigkeiten je Berufsgruppen mal Zeitaufwand je Tätigkeit mal Häufigkeit in einem definierten Zeitraum (z.B. eine Woche) dividiert durch die Nettoarbeitszeit einer Vollkraft (z.B. in einer Woche).
- Notwendig: Festlegung der Zahl der Patienten pro Station bzw. Tagesklinik, z.B. PsychPV 18 Patienten.
- Die Berechnung des Personalbedarfs bezieht sich auf alle Patienten einer Einrichtung.
- Ermittlung des Zeitaufwandes: Ausgehend von den Minutenwerten der PsychPV und der Personalanzahlzahlen in der Psychosomatik und normativ auf der Grundlage der Tätigkeitsprofile durch Expertenbefragungen (3 große Workshops).

AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
- 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
- 3. Methodik**
- 4. Die Ermittlung der Personalausstattung**
- 5. Offene Fragen - Diskussion**

Offene Fragen - Diskussion

Herausforderungen:

- Die Zuordnung des individuellen Behandlungsbedarfs zu den Behandlungsmatrizen – für alle möglichen neuen Matrixkombinationen Bedarfscluster zu definieren und Fallvignetten zu beschreiben.
- Für alle 9 Bedarfscluster werden die notwendigen Tätigkeiten des therapeutischen Personals abgeleitet als Grundlage der zeitlichen Aufwände.
- Grenze zwischen vom Individuum und vom Setting veranlassten Bedarfen und Aufwänden.
- Abgrenzungsproblematik Setting – Institution, z.B. Personalvorhaltung für die Versorgung rund um die Uhr. Elemente des Settings oder der Institution.
- Klarer Rahmen und Sicherheit versus Vernachlässigung der Besonderheiten in der Versorgungsregion.

Offene Fragen - Diskussion

Weitere Probleme:

- Mindestvorgaben für die Personalausstattung. Mindestpersonalvorgaben können nicht Personaluntergrenzen sein, die lediglich die Not abwenden, sondern Ziel des Gesetzgebers war es die Versorgungsqualität in den Kliniken zu sichern und die Personalanforderungen an den aktuellen wissenschaftlichen Stand anzupassen.
- Auch ist zu berücksichtigen, dass der Versorgungsauftrag mit einem gesellschaftlichen Auftrag einhergeht.
- Personalausstattung auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien erfordert entsprechende Dynamisierung der Personalausstattung bei medizinische Fortschritt.

Offene Fragen - Diskussion

Politische Forderungen:

- Gesetzgeber hat im PsychVVG für die Vergütung der psychiatrischen Einrichtung im Gegensatz zum DRG-Systematik ein Entgelt auf der Basis eines Budgetsystems vorgegeben.
- Die Ermittlung des notwendigen Personals und dessen Finanzierung ist eine wesentliche Grundlage und trägt zur Findung der Budgets bei.
- Dazu muss die Patientenstruktur einer Einrichtung aus der Sicht der Personalbedarf abgeleitet, regelmäßig z.B. einmal im Quartal, einmal im Monat, einmal pro Woche erhoben werden.
- Die Personalausstattung einer Einrichtung wird dann auf den Jahresdurchschnitt hochgerechnet.
- In der Bundespflegesatzverordnung sind bereits Vorgaben zur Transparenz und Nachfleiß Pflicht und Sanktionen bei Nichteinhaltung der Umsetzung festgelegt.



***Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!***

Bild: Plqza

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



DGPPN KONGRESS 2018

28. November – 1. Dezember 2018 | CityCube Berlin

Die Psychiatrie und Psychotherapie
der Zukunft

WWW.DGPPNKONGRESS.DE

28. November – 1. Dezember | CityCube Berlin

Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft

- Über 650 Einzelveranstaltungen
- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- DGPPN-Fort- und Weiterbildungsakademie
- Freier Eintritt für DGPPN-Neumitglieder 2017 und 2018

Deadlines

Thematische Symposien

Dauer: 90 Minuten
15–20 Minuten Vortrag,
5 Minuten Diskussion
Anmeldeschluss: 13. April 2018

Freie Vorträge

Dauer: 10 Minuten je Vortrag
einschließlich Diskussion
Anmeldeschluss: 22. Juni 2018

Poster/ePoster

Kurzpräsentation von 5 Minuten,
einschließlich Diskussion
Anmeldeschluss: 22. Juni 2018

Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Arno Deister
Präsident der DGPPN
Chefarzt am Zentrum für
Psychosoziale Medizin am Klinikum
Itzehoe

Wissenschaftliche Kongresskoordination

Julie Holzhausen
Reinhardtstr. 27 B | 10117 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 2404 772 18
E-Mail: j.holzhausen@dgppn.de

**Anmeldung auf
www.dgppnkongress.de**

Aktueller
Kongress-Flyer
zum Download
auf
www.dgppnkongress.de

www.dgppnkongress.de

DGPPN KONGRESS 2018

28. November – 1. Dezember | Berlin

Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft

- Wohin bewegt sich die Forschung in den nächsten Jahren?
- Vor welchen Herausforderungen steht die Versorgung?
- Wie beeinflussen gesellschaftliche Trends die psychische Gesundheit?

jetzt anmelden
Spezialtarif für DGPPN-Mitglieder

DGPPN: Wissenschaftliches Kongressprogramm
programm.dgppn.de

SPS HANSEER SERVICE GMBH | BERLIN
info@psp-hansee.de