

Personalbemessung: Der aktuelle Stand des Plattformmodells

5. Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychosomatik,
Dienstag, 28. Mai 2019

Dr. med. Iris Hauth

Vorstandsmitglied der DGPPN

Ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses
Berlin-Weißensee



Prof. Arno Deister

Past-President der DGPPN

Chefarzt

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe



AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
- 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
- 3. Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Methodik
 - Die Ermittlung der Personalausstattung
- 4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie**
- 5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie**
- 6. Wie kann es weitergehen?**

- 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 und 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 (Psych-PV)** 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. Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Methodik
 - Die Ermittlung der Personalausstattung
4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie
5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie
6. Wie kann es weitergehen?

**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 setzt sich aus folgenden Fachgesellschaften und Verbänden zusammen:

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern	Ackpa
Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	BAG KJPP
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien	BAG KT
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser	BAG Psychiatrie
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie	BDK
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	BFLK
Bundesärztekammer	BÄK
Deutscher Arbeitskreis für konzentrierte Bewegungstherapie e.V.	DAKBT
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	DFPP
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V.	DGGPP
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	DGKJP
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	DGPM
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	DGPPN
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	DVE
Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	DVSG
Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	LIPPs
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.	VKD

- **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 triadischer 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

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. Heinz⁹ · M. Schulz^{1,2} · Mitarbeiter 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 Psychiatrische 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

⁹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin

Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen

Bedarfsermittlung am Beispiel der Pflegfachberufe 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 pauschalere Entgeltssystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) beinhaltet keine Personalvorgaben, wobei die (psycho)therapeutischen Mitarbeiter das zentrale Element von Strukturqualität 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, Irs Podzielný, Andras Lienkerbrock, Cornelia Gann, Regine Groß und Michael Lühr.

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



CrossMark

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

¹Abteilung Versorgungsforschung, ZfP Südwestfalen, Ravensburg-Weissenau, Deutschland

²Forum für Gesundheitswirtschaft GmbH, Bremen, Deutschland

³Klinik 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 Abteilung Psychiatrie 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 patientennah 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 patientennah 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 Interviewer und Pflegekräfte sowie das Eingabeformular zur Erfassung der Abwesenheitszeiten patientennah 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.

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)/SOCIUM, 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 Südwürttemberg, 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 Ersatzvorname 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 gestiegene 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 Bockler 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 Versorgungsstrukturen, 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^{1,2,3} · A. Heinz⁴ · M. A. Rapp⁵ · F. Bempohl⁶ · M. Schulz^{2,7} · J. Behrens⁸ · M. Lohr^{2,7}

¹UW-Klinikum Göttersloh, Göttersloh, Deutschland

²Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Deutschland

³Internationale Graduiertenakademie (InGRA) 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

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 akuten psychiatrischen Station und die 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 konflikthaften Ereignisse sowie die angewendeten therapeutischen Maßnahmen erfasst.

Methoden

Teilnehmende Zentren

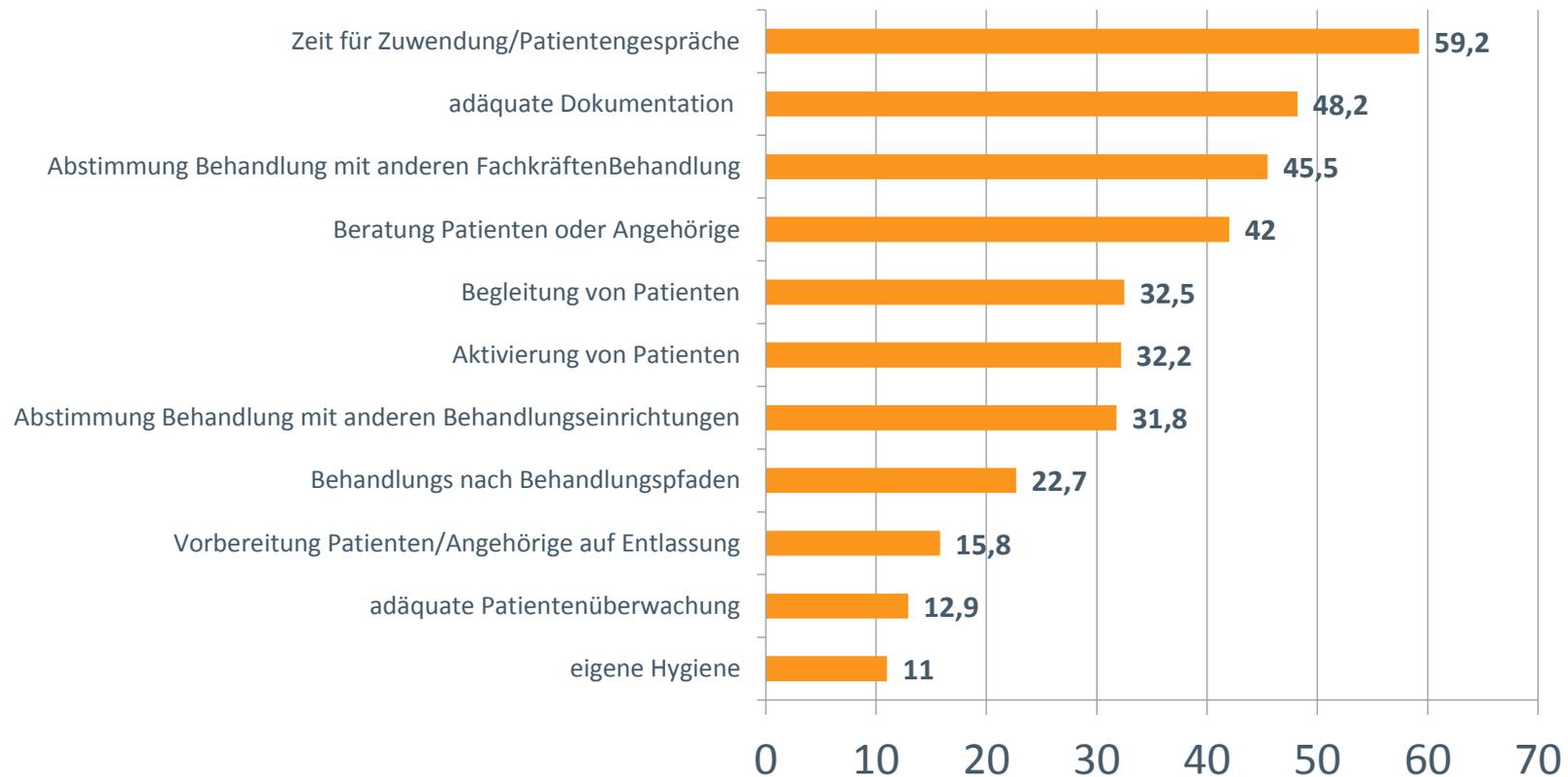
Eine multizentrische prospektive Untersuchung wurde in 6 Einrichtungen der psychiatrischen Krankenhausversorgung (Universitätskliniken, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern für Psychiatrie) über einen Zeitraum von insgesamt 90 Tagen durchgeführt. Für die Teilnahme 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 wurden auf insgesamt 12 psychiatrischen Stationen (2 bzw. 3 pro Klinik) das konflikthafte Verhalten von Patienten und die Maßnahmen zur

Anforderungen an die Personalausstattung

Angaben der Ärzte/Psychologen über notwendige Tätigkeiten der Patientenversorgung, die von Beschäftigten aller Berufsgruppen in den letzten 2 Wochen nicht erbracht wurden (in Prozent)



 ***Die erhöhten Anforderungen an das therapeutische Personal führen zu einer implizierten Rationierung: Die Zeit für Zuwendung, Gespräche mit Patienten, Beratung von Patienten und Angehörigen wird reduziert.***

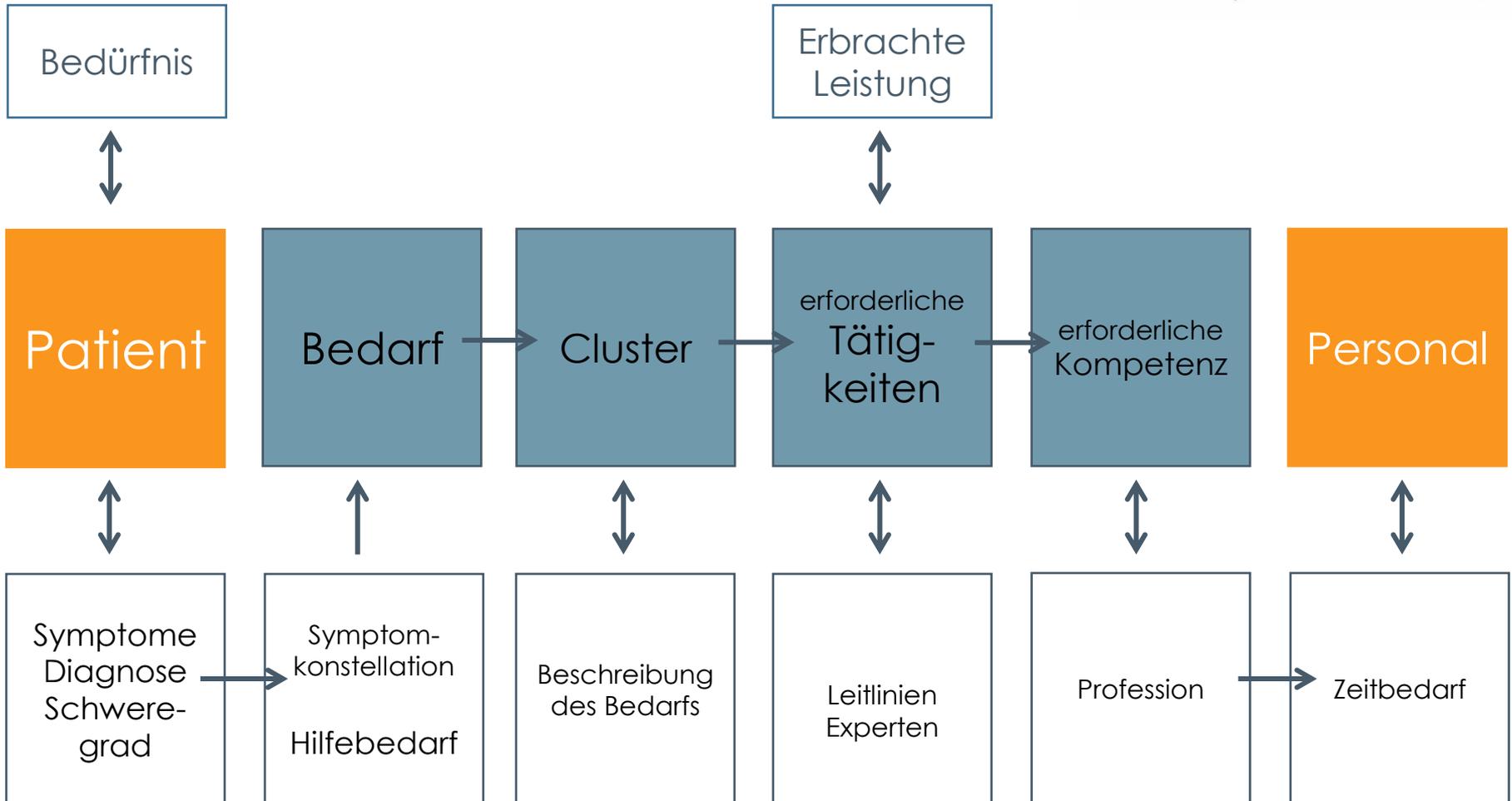
 ***Personelle Ausstattung und die Bettenzahl einer Station sind relevante Einflussgrößen für den Behandlungserfolg psychisch erkrankter Patienten.***

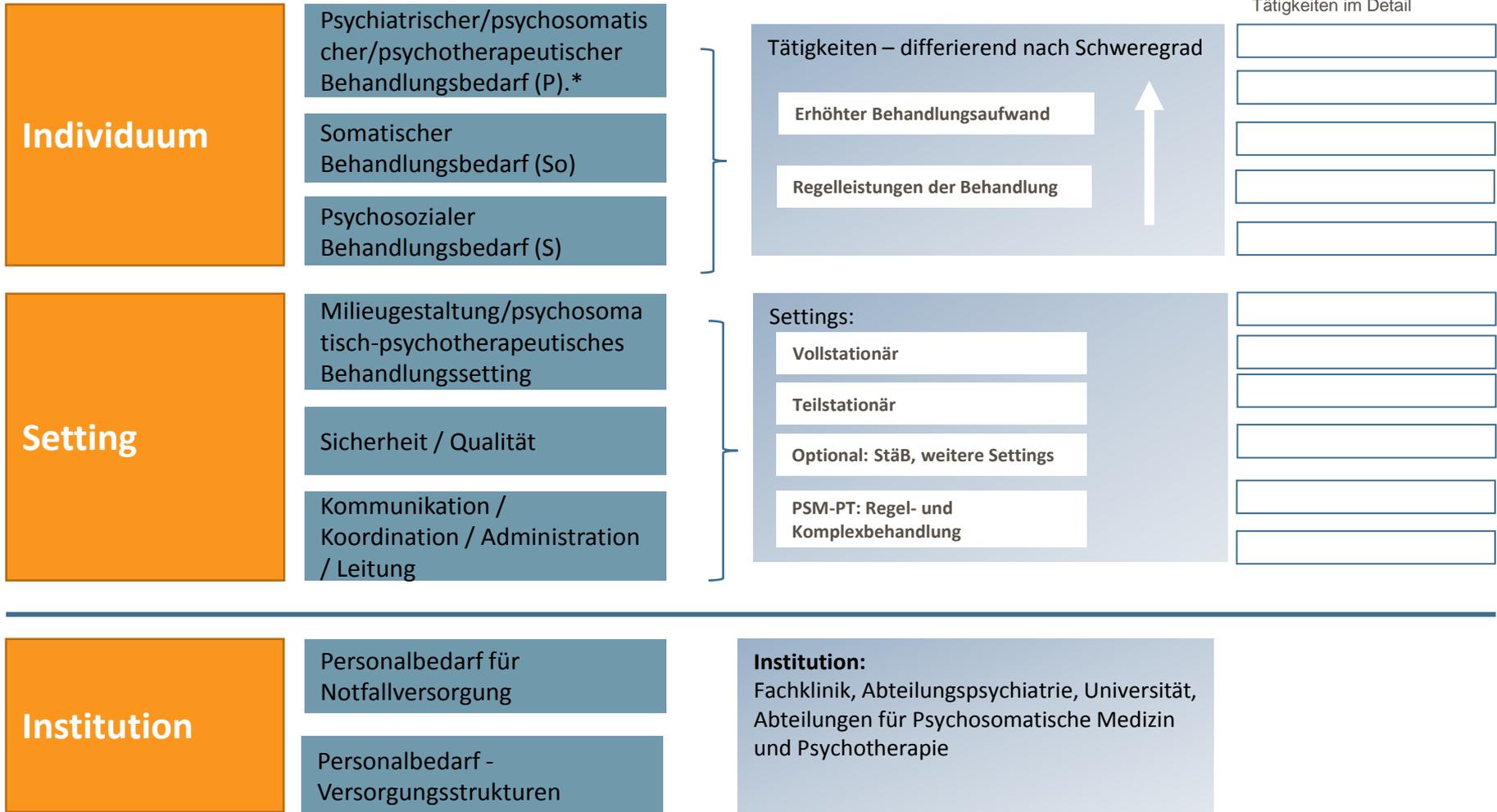
AGENDA

1. Gesetzlicher Auftrag
 2. Anforderungen an die Personalausstattung
 3. **Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - **Methodik**
 - Die Ermittlung der Personalausstattung
 4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie
 5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie
 6. Wie kann es weitergehen?
- 

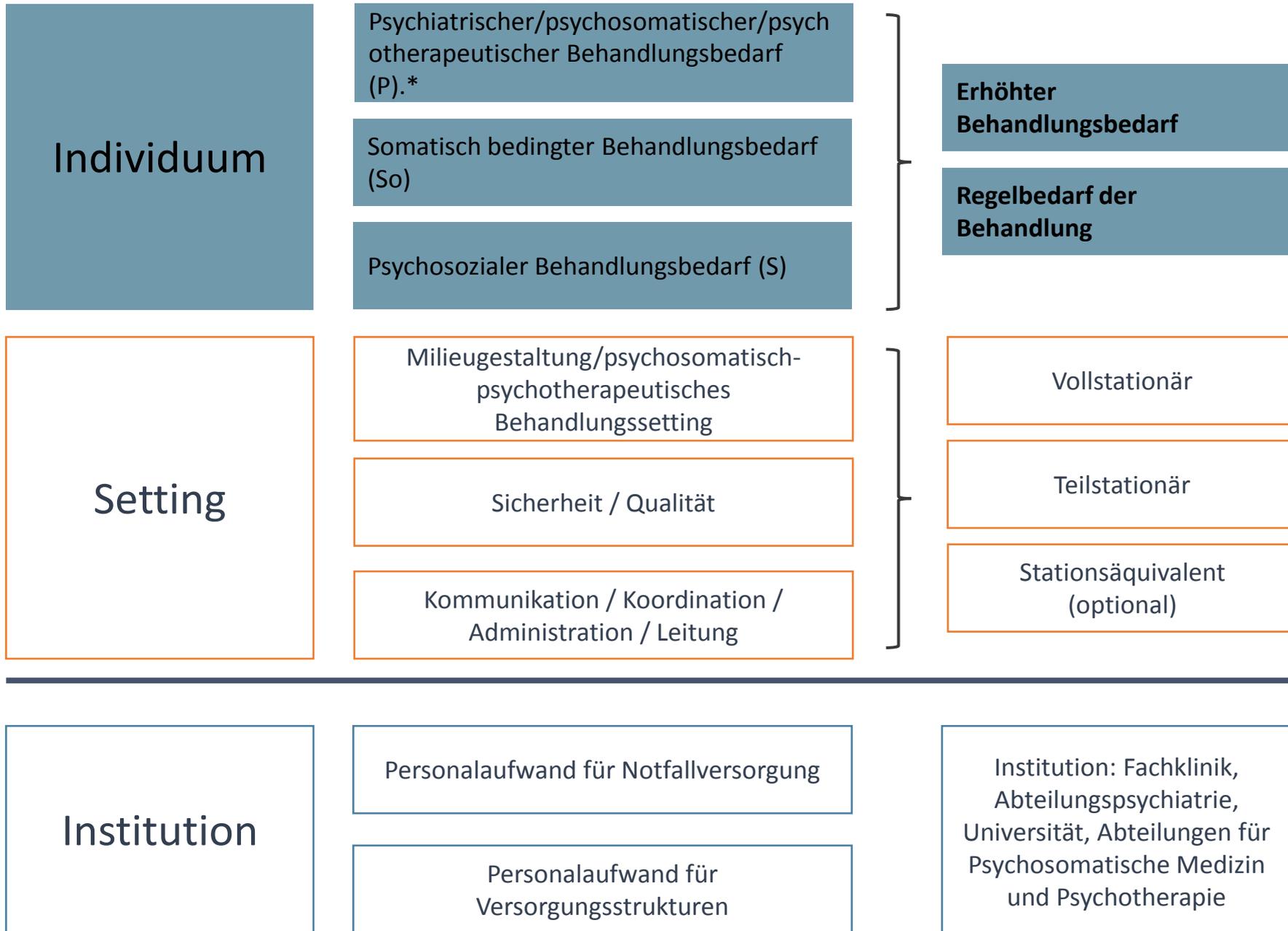
1. Es soll ein System konstruiert werden, welches es erlaubt, **für jede Behandlungseinrichtung den gesamten notwendigen behandlungsbezogenen Personalaufwand zu berechnen.**
2. Ausgangspunkt für die Berechnung sind die behandlungsbezogenen Personalaufwände für alle in der Einrichtung behandelten Patienten, 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, um 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.

Methodik





* Bei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Patienten ist der erzieherische Bedarf zusätzlich zu berücksichtigen



3 Dimensionen

Psychiatrischer/psychosomatischer/
psychotherapeutischer
Behandlungsbedarf (P)

Somatisch bedingter
Behandlungsbedarf (So)

Psychosozialer Behandlungsbedarf (S)

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

Somatisch bedingter
Behandlungsbedarf (So)

Psychosozialer Behandlungsbedarf
(S)

Psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer
Behandlungsbedarf (P)

Somatisch bedingter
Behandlungsbedarf (So)

Somatische Diagnostik, somatische
Behandlung, Aufwand der körperbezogenen
Pflege

Psychosozialer Behandlungsbedarf

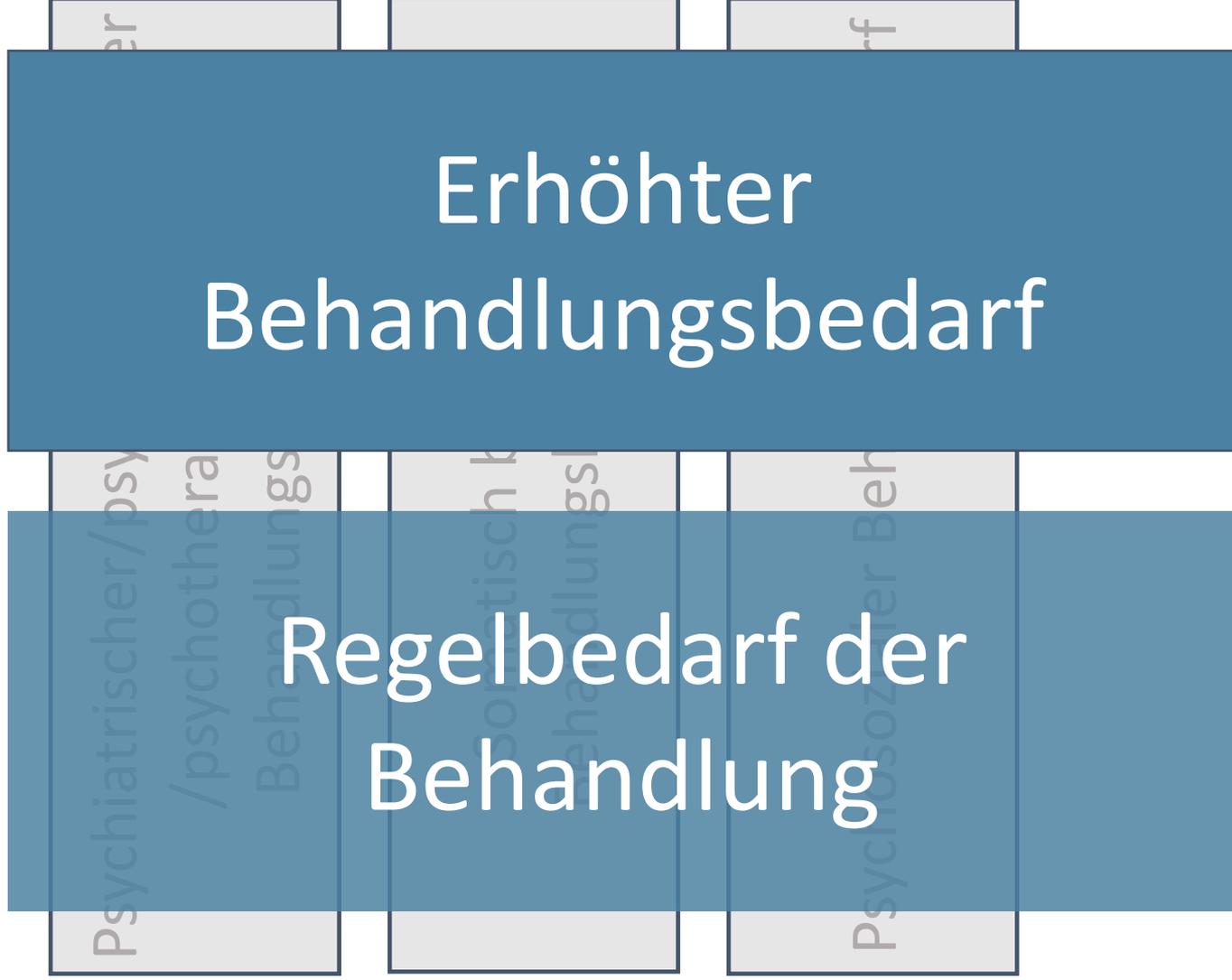
Psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer
Behandlungsbedarf (P)

Somatisch bedingter
Behandlungsbedarf (So)

Psychosozialer
Behandlungsbedarf

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



Regelbedarf der Behandlung

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 Behandlungsbedarf

Erhöhter
Behandlungsbedarf

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.

Regelbedarf der Behandlung

Entwicklung von Bedarfsclustern

**1. Systematisierung
der Fallbeschreibung
– Aufnahme von
Merkmalen in die
Fallbeschreibungen**

Bedarfs-Cluster (8)	Psy	Som	Soz
<u>Fall 1:</u> Frau, 23 J.	PTBS, emotional instabil, mehrfache Suizidversuche, Selbstverletzendes Verhalten	schwer einstellbarer Diabetes mellitus Typ 1	WG des ABW, Probleme in der Interaktion mit Mitbewohnern, Grundsicherung, ohne Ausbildung

**2. Beschreibung von
Merkmalen für
erhöhten Aufwand**

Merkmale für erhöhten Aufwand	Psy	Som	Soz
	Merkmale für psych. Aufwand	Merkmale für somatischen Aufwand	Merkmale für sozialen Aufwand

**3. Beispiele für
vermehrten
Tätigkeitsaufwand**

Beispiele für vermehrten Tätigkeitsaufwand	Psy	Som	Soz
	Beispiele für vermehrte psych. T.	Beispiele für vermehrten som. T.	Beispiele für vermehrte soz. T.

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 1: der Regelbedarf

Erhöhter Behandlungs- bedarf	Psy 2	Som 2	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 ●	Som 1 ●	Soz 1 ●
Mann, 35 J.	Angstsymptomatik mit erheblichem Vermeidungsverhalten	Bluthochdruck	Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, berufstätig, Hauptverdiener, intaktes soziales Umfeld
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, zum Einstufungszeitpunkt noch deutliche psychotische Symptomatik	Raucherin, Übergewicht, mäßiges metabolisches Syndrom	Intaktes soziales Umfeld, Wohnsituation aktuell geregelt
Mann, 91. J.	Nachdem er seine 3. Frau im Sterbeprozess begleitet hat, über eine Trauerreaktion hinausgehend mittelschwer depressiv dekompensiert. Wegen hohem Suizidrisiko initial vollstationäre Behandlung, anschließend teilstationäre Behandlung mit im Verlauf abnehmender Zahl von Behandlungstagen je Woche, dann Übergang in PIA-Behandlung. Zum Einstufungszeitpunkt Beginn der Besserung der depressiven Symptomatik.	Außer einer im 2. Weltkrieg verlorenen Hand, künstlichen Augenlinsen und künstlichen Hüftgelenken, körperlich gesund	pensionierter Lehrer, mehrfach verwitwet,
Mann, 24 J.	Zum Einstufungszeitpunkt ängstigendes Derealisationserleben und schwere optische Verkennungen nach Drogenkonsum zu Beginn des Urlaubs		Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sozial integriert

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 2: der psychiatrische Regelfall mit erhöhtem somatischen Aufwand

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2	Som 2 ●	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 ●	Som 1	Soz 1 ●
Frau, 52 J.	Schizodepressive Episode	Terminal niereninsuffizient, zum Einstufungszeitpunkt beginnende Hämodialyse	Geschieden, in neuer Partnerschaft lebend
Mann, 34 J.	PTSD nach Autounfall	Mehrmonatige Intensivmedizinische Behandlung mit Multiorganversagen nach Sepsis. Zum Einstufungszeitpunkt noch MRSA-Besiedlung.	verheiratet, eine Tochter
Frau, 83 J.	mittelschwere depressive Episode nach Versuch der Antidepressiva-Reduktion bei rezidivierender depressiver Erkrankung mit schwerer Inappetenz	zum Einstufungszeitpunkt entgleister insulinpflichtiger Diabetes (initial Aufnahme mit schwerer Hypoglykämie und eintägige Behandlung in der Somatik)	alleinlebend, sich selbst versorgend und sozial integriert
Mann, 67 J.	Depression - Therapie zur Sprachförderung begleitend zur antidepressiven Behandlung	Mäßige Hemiparese rechts, motorische Aphasie nach Hirnblutung - zum Einstufungszeitpunkt Rezidivierende Blutdruckentgleisungen, auch beim Versuch verbaler Kommunikation - Einstellung des Blutdrucks erforderlich.	....
Mann, 24 Jahre	kommt wegen ängstigem Derealisationserleben bei GHB-Abhängigkeit	Zum Einstufungszeitpunkt im Entzug Monitoring erforderlich.	Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sozial gut integriert.

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 3: der psychiatrische Regelfall mit erhöhtem psychosozialen Aufwand

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2	Som 2	Soz 2 ●
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 ●	Som 1 ●	Soz 1
Mann, 60 J.	Alkoholabhängigkeit, Rückfall, zum Einstufungszeitpunkt Entzugssyndrom	....	Trennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaft, beim selbstständigen Partner zuvor angestellt, jetzt gekündigt, aktuell wohnungslos, keine Angehörigen, sozial wenig integriert.
Frau, 42 J.	Zum Einstufungszeitpunkt akute polymorphe psychotische Episode	bisher keine somatischen Erkrankungen, aktuell Nebenhöhlenentzündung mit antibiotischer Behandlung	alleinerziehend, zwei Töchter, hoch verschuldet durch Bürgschaft für spielsüchtigen Vater, Mietschulden, bereits einmal abgewendete Räumungsklage, fragile soziale Integration und stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit.
Frau, 76 J.	Angstzustände bei Orientierungslosigkeit und stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit	im leichten Stadium diagnostizierte, jetzt mittelschwere Alzheimer-Demenz - Fehlhandlungen, Tag-Nacht-Rhythmus-Störung,	allein lebend, fragile soziale Integration - zum Einstufungszeitpunkt 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 J.	Leistungsknick, antriebslos bei guter Stimmung	Körperlich gesund, Diagnose Frontotemporale Demenz	Kündigung der Arbeitsstelle wegen unentschuldigter Fehlzeiten und fehlender Kommunikationsfähigkeit, zum Einstufungszeitpunkt drohende Obdachlosigkeit bei angekündigter Trennung der EF, die mit den gemeinsamen Kindern in der bisherigen Wohnung bleiben will.

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 4: der aufwendige psychiatrische Fall

Erhöhter Behandlungs- bedarf	Psy 2 ●	Som 2	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1 ●	Soz 1 ●
Frau, 46 J.	Zum Einstufungszeitpunkt manisches Syndrom, hoch erregt, reizbar, sei die Halbschwester von Karl Lagerfeld...	gut eingestelltes allergisches Asthma	verheiratet, 1 Tochter, betreibt mit dem Ehemann ein Modegeschäft
Frau, 80 J.	zum Einstufungszeitpunkt Erschöpfungsdepression und Ängste in Bezug auf finanzielle Verhältnisse / Verarmung an der Grenze zur Folie à deux, keine Krankheitseinsicht und stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, regelmäßig Zunahme der Symptomatik nach Besuch des EM – teilstationäre Behandlung wegen Ängsten um die Wohnung	Glaukom und eingestellter Bluthochdruck sowie diätetisch behandelter Diabetes mellitus	Geregelte Wohn- und gesicherte finanzielle Verhältnisse, fragile soziale Integration,
Mann, 72 J.	Zum Einstufungszeitpunkt 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 J.	Zum Einstufungszeitpunkt erste, schwere, polymorph psychotische Episode mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, regelmäßiger Cannabiskonsum, zuletzt bei Feiern zum Abitur auch Speed und Liquid Ecstasy.	.....	gerade Abitur gemacht, lebt bei den Eltern

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 5: der psychiatrische Regelfall mit erhöhtem somatischen und psychosozialen Aufwand

Erhöhter Behandlungs- bedarf	Psy 2	Som 2 ●	Soz 2 ●
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 ●	Som 1	Soz 1
Mann, 92 J.	Zum Einstufungszeitpunkt depressives Syndrom, Panikattacken....	.... MMST 27, Plasmozytom, Chemotherapie	allein lebend, keine Angehörigen, fragile soziale Situation - Räumungsklage wg. Verkauf der Wohnung
Frau, 63 J.	Zum Einstufungszeitpunkt Schädlingsbefall im Haus, generalisierte Angstsymptomatik, soziale Phobie mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit....	Diabetes mellitus, PAVK, Vorfußamputation im Vorfeld der Aufnahme	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 - laufender Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente
Frau, 59 J. .	ambulant diagnostizierte Alzheimer-Demenz mit uncharakteristischer Bildgebung – zum Einstufungszeitpunkt Fehlhandlungen mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit - Reorientierung und Unterstützung bei der Verarbeitung der sozialen Folgen der Fehldiagnose	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....	Siedelte wegen der Fehldiagnose n in ein Pflegeheim über – Hilfe bei der Reintegration – u.a. Wohnungssuche
Mann, 24 J.	Nach Trennung von Freundin verstärkter Alkoholkonsum - zum Einstufungszeitpunkt vorherrschende Problematik durch selbst verschuldeten Unfall ....	.....mit multiplen Frakturen und erforderlichen Nachoperationen	Busfahrer – drohender Arbeitsplatzverlust

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 6: Fall mit erhöhtem psychiatrischen und somatischen Aufwand

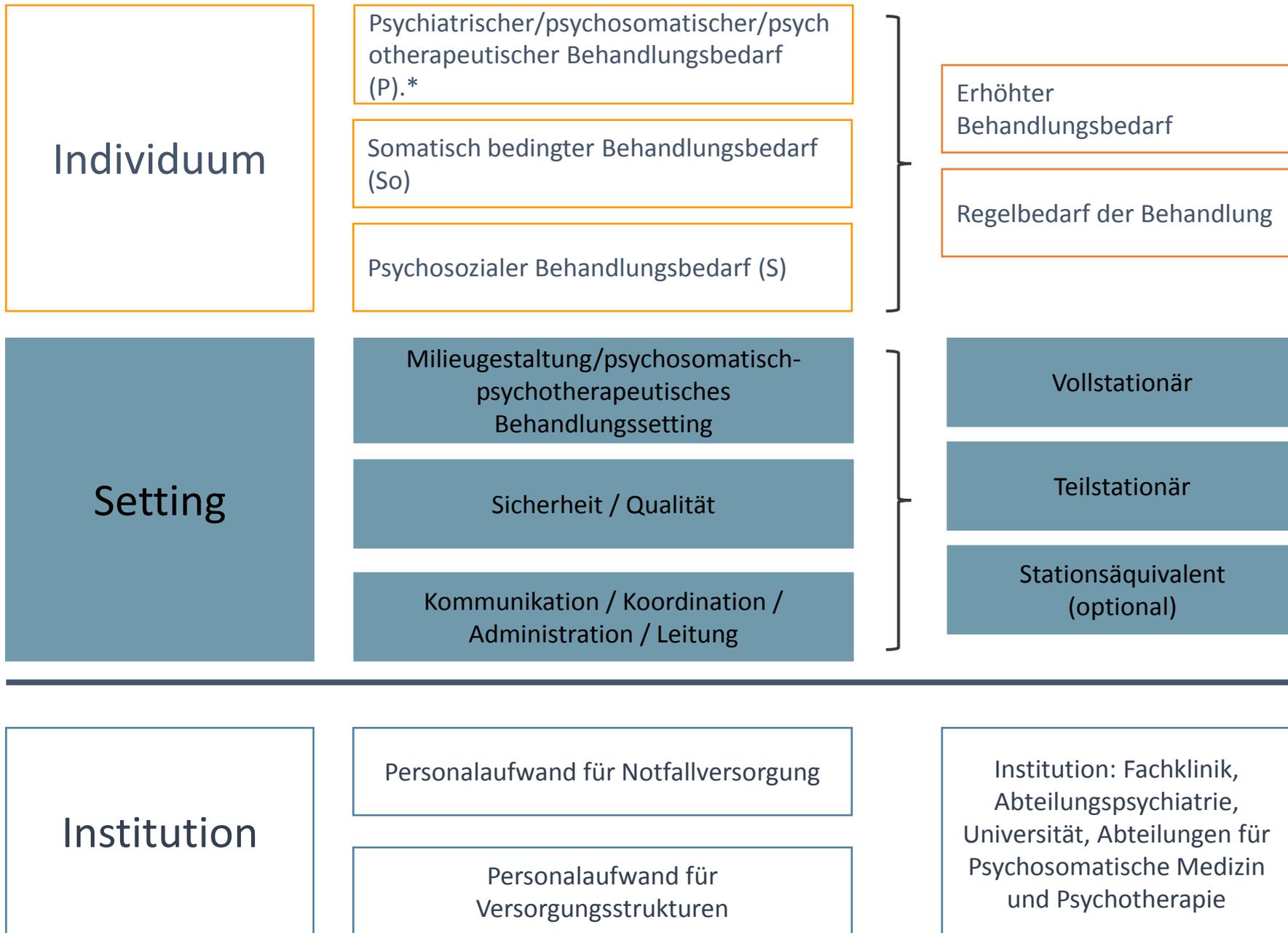
Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2 ●	Som 2 ●	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1	Soz 1 ●
Frau, 87 J.	.... stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, habe nachts Mitbewohner in deren Zimmern besucht und wahnhaft verkannt, Weglauftendenzen	zum Einstufungszeitpunkt multimorbide, delirante Zustände im Rahmen einer Demenzerkrankung ....	.... im Pflegeheim lebend. Entfernt lebende Tochter ist vorsorgebevollmächtigt.
Mann, 48 J.	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidalität,	Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen nach Myokardinfarkt	verheiratet, Ingenieur, 2 erwachsene Söhne, Ehefrau verbeamtete Lehrerin
Mann, 24 J.	zum Einstufungszeitpunkt suizidale Krise bei Borderline-Persönlichkeitsstörung - .mehrere ambulante Behandlungen abgebrochen. Stark eingeschränkte Kommunikationsprobleme.	Entgiftung bei Polytoxikomanie	.... Studiert Schauspiel, hatte bereits Engagements. Häufig wechselnde Beziehungen.
Mann, 29 J.	zum Einstufungszeitpunkt depressive Symptomatik bei Asperger-Autismus	wiederholt Leusssymptomatik nach Milzresektion nach Ruptur bei Fahrradunfall	lebt noch bei den Eltern
Frau, 63 J.	Zum Einstufungszeitpunkt akute psychotische Exazerbation....	....unter Medikamentenumstellung bei schwerem Spät-Parkinsonoid, neuroleptische Neueinstellung und Behandlung der motorischen Symptomatik.	.... lebt in TWG

Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 7: Fall mit erhöhtem psychiatrischen und psychosozialen Aufwand

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2 ●	Som 2	Soz 2 ●
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1 ●	Soz 1
Mann, 25 J.	Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Zum Einstufungszeitpunkt akute Dekompensation, Unterbringungsbeschluss, 3. stationäre Behandlung	keine bekannten somatischen Begleiterkrankungen	alleinlebend, Hartz IV, Räumungsklage
Mann, 78 J.	zum Einstufungszeitpunkt schwer depressiv mit Schuldwahn, Verarmungswahn und wahnhafter Überzeugung, an einer Demenz erkrankt zu sein, keine Krankheitseinsicht – eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten	Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen nach Myokardinfarkt	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, 53 J.	Zum Einstufungszeitpunkt seit 67 Wochen aufgrund eines therapieresistenten depressiven Syndroms mit erheblicher Antriebsminderung	rezidivierende Gastritiden, die gut auf Medikation ansprechen	mit 83jähriger blinder Mutter in 2 Raum-Wohnung lebend - arbeitsunfähig, spricht kaum noch und fehlende soziale Kontakte
Frau, 32	heroinabhängig. Zum Einstufungszeitpunkt 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 J.	zum Einstufungszeitpunkt suizidale / autoaggressive Krise nach schwerer narzisstischer Kränkung durch Fremdgehen der Ehefrau und Zurücksetzung am Arbeitsplatz.	Herzinfarkt in der Vorgeschichte	Arbeitslos, da impulsiv gekündigt, kaum soziale Kontakte

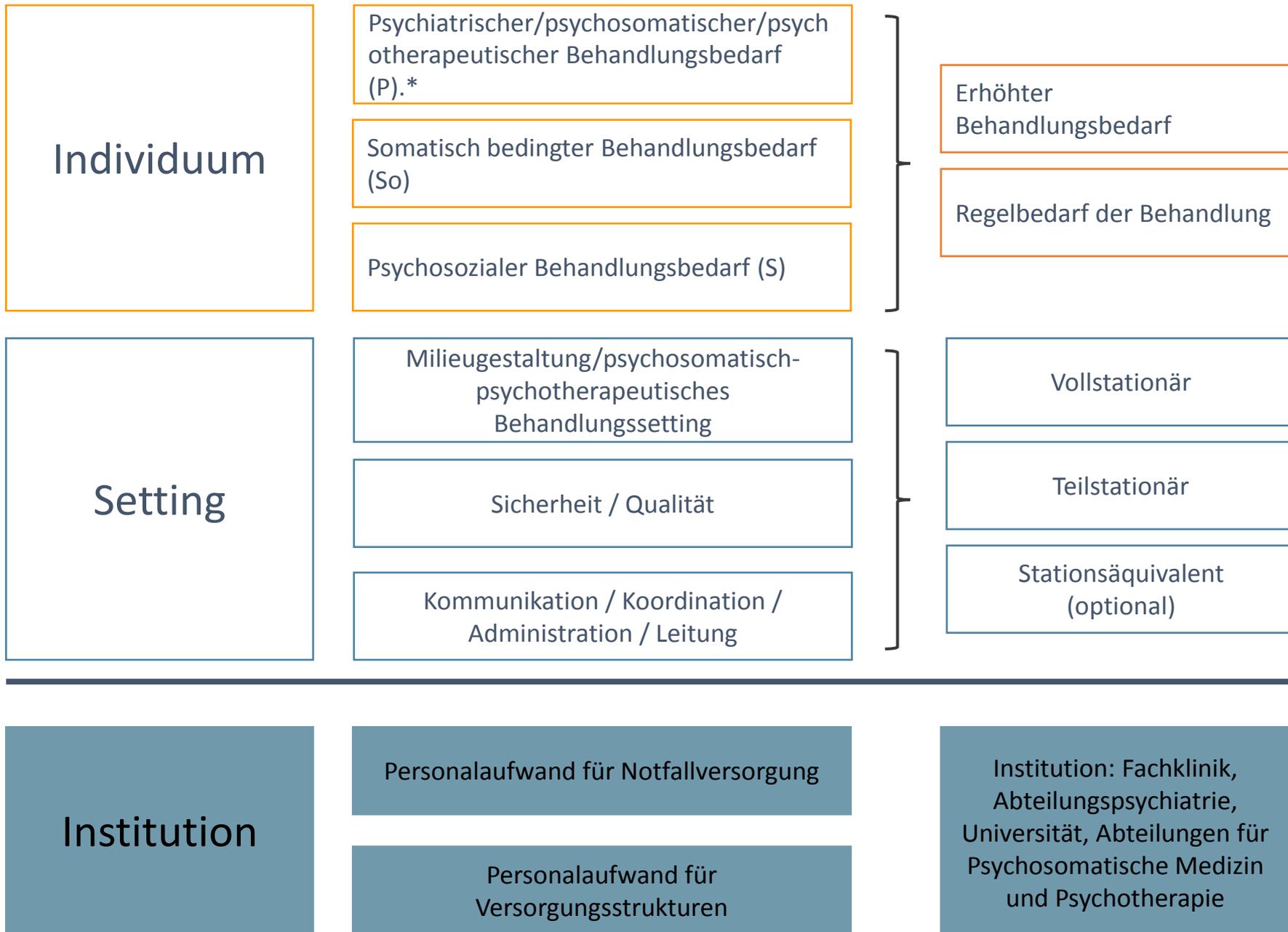
Fallbeschreibung für Bedarfs-Cluster 8: komplexer Fall mit erhöhten Aufwendungen in allen Bereichen

Erhöhter Behandlungs- bedarf	Psy 2 ●	Som 2 ●	Soz 2 ●
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1	Soz 1
Frau, 23 J.	PTBS, emotional instabil, mehrfache Suizidversuche, Selbstverletzendes Verhalten	schwer einstellbarer Diabetes mellitus Typ 1	WG des ABW, Probleme in der Interaktion mit Mitbewohnern, Grundsicherung, ohne Ausbildung
Mann, 19 J.	polytoxikoman, psychotische Symptomatik, keine Krankheitseinsicht.	Arm nach Fraktur in Fehlstellung verheilt, offene Wunde nach Fußamputation mit MRSA-Besiedlung	obdachlos, keine Ausbildung, kein Kontakt zur Familie
Mann, 82 J.	Erhebliche Fremdaggressivität im Rahmen einer vaskulären Demenzerkrankung, Eifersuchtswahn nach rechtshirinigem Infarkt, Verdacht auf Anfallsleiden bei fluktuierender Symptomatik	Mäßige Hemiparese links. Schlecht eingestellter Bluthochdruck, Raucher.	Lebt allein, nachdem EF aufgrund mehrerer Angriffe ausgezogen ist, verwehrlose Wohnung, Abmahnung, ständige Auseinandersetzungen mit Nachbarn
Frau, 23 J.	polytoxikoman, rezidivierende psychotische und manische Symptomatik wahrscheinlich substanzinduziert – erstmals zeitweise Abstinenzwunsch...	zum Einstufungszeitpunkt schwanger	Gemeldet im Obdach, hat aber dort nicht gewohnt.



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. Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Methodik
 - **Die Ermittlung der Personalausstattung**
 - 4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie**
 - 5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie**
 - 6. Wie kann es weitergehen?**
- 

Die Ermittlung der Personalausstattung

	Ärzte	Psychologen	Pflege	Bewegungstherapeuten	Kunsttherapeuten	Ergotherapeuten	Sozialarbeiter	
Behandlungstätigkeiten (Individuum)	1	Diagnostik	Diagnostik	Diagnostik	Diagnostik	Diagnostik	Diagnostik	
	2			Durchführung Pflegeprozess (mit Patient)				
	3	Medizinische Versorgung		Medizinische Versorgung	Interventionsplanung	Interventionsplanung	Interventionsplanung	
	4	Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung	Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung	Mitwirkung an Aufklärung, partizipativer Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung	Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung	Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung	Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung	Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung
	5	Patienten- und störungsbezogene Behandlung - Psychotherapie	Patienten- und störungsbezogene Behandlung - Psychotherapie	Patientenbezogene störungsspezifische Interventionen (leitlinienorientiert, geplant, bezogen auf multiprof. Behandlungsziele)	Patienten- und störungsbezogene Behandlung	Patienten- und störungsbezogene Behandlung	Patienten- und störungsbezogene Behandlung	Patienten- und störungsbezogene Behandlung
	6	Kriseninterventionen	Kriseninterventionen	Krisenintervention	Kriseninterventionen	Kriseninterventionen	Kriseninterventionen	Kriseninterventionen
	7			Management psychosozialer und körperlicher Funktionseinschränkungen				
	8	Herstellung von Umweltbezug/ Einbeziehung des Umfeldes	Herstellung von Umweltbezug/ Einbeziehung des Umfeldes	Herstellung von Umweltbezug/ Einbeziehung des Umfeldes	Herstellung von Umweltbezug	Herstellung von Umweltbezug	Herstellung von Umweltbezug/ Einbeziehung des Umfeldes	Herstellung von Umweltbezug/ Einbeziehung des Umfeldes
	9	Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)	Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)	Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)	Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)	Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)	Nachsorgeplanung (mit anderen Berufsgruppen) auf der Basis des (fortlaufenden) Assessments	Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)
	10			Präsenz, Begleitung, Support				
	11	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen	Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen

Tätigkeitsfelder mit dem Patienten (Individuum) - Ärzte

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

Die Ermittlung der Personalausstattung

Allgemeine Tätigkeiten Ärztlicher Dienst - Erwachsenenpsychiatrie	Individuum	Setting
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 • Psychopathologischer Befund bei EP • Biologische und pharmakologische Diagnostik • 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

Allgemeine Tätigkeiten Ärztlicher Dienst - Erwachsenenpsychiatrie	Individuum	Setting
Behandlungstätigkeiten	|	|
Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung im Rahmen von <ul style="list-style-type: none"> • Einzelgesprächen • Visiten • Team- Pat.-Angehörigen- / Netzwerkgesprächen • Planung von Belastungserprobungen und Kontrolle derselben • Psychoedukation • Adhärenz Förderung 	X	
Patienten- und störungsbezogene Behandlung und Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> • Patientenindividuelle Einzelpsychotherapie • Gruppenpsychotherapie • Familientherapie / Angehörigengespräche • Mitbehandlung somatischer Erkrankungen • Diagnose und Behandlung somatischer Erkrankungen bei EP • Spezielle psychosoziale Interventionen • Spezielle Therapie- und Trainingsprogramme 	X	
Kriseninterventionen <ul style="list-style-type: none"> • Präventive Tätigkeiten und individuelle Deeskalation; auch Erstellen von individuellen Krisenplänen • Indikationsstellung, Anordnung und Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsmedikation (inklusive Einholen der richterlichen Genehmigung) • Nachsorgehandeln nach Kriseninterventionen • Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit für den Patienten • Kommunikation der notwendigen Schritte und Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> - mit dem Patienten - mit den Angehörigen - mit externen Stellen (z.B. Betreuern, Gerichten) 	X	
Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen) <ul style="list-style-type: none"> • Organisation von weiterer Betreuung und Behandlung • ggf. notwendiger Änderung der Wohnform • Unterstützung in der Auseinandersetzung mit Behörden 	X	

Die Ermittlung der Personalausstattung

Allgemeine Tätigkeiten Ärztlicher Dienst - Erwachsenenpsychiatrie	Individuum	Setting
Behandlungstätigkeiten	|	|
Strukturelle und organisatorische Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit (Fremd-/Selbstgefährdung) <ul style="list-style-type: none"> • Risikoeinschätzung zu aggressivem und selbstverletzendem sowie eigengefährdendem Verhalten bei Aufnahme und kontinuierliche Überprüfung der Einschätzung • Einschätzung der Betreuungsintensität des Patienten inklusive möglicher notwendiger Sicherungsmaßnahmen • Kommunikation der notwendigen Schritte und Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> - im Team - Vor- und Nachbesprechungen von Sicherungsmaßnahmen bzw. Entscheidung über notwendige und nicht notwendige Maßnahmen mit allen Beteiligten 		X
Maßnahmen zur Förderung von Qualität <ul style="list-style-type: none"> • Verlaufsuntersuchungen • Laborkontrollen • Programme zur Stärkung der Eigenverantwortung (z. B. Empowerment, Recovery, Selbsthilfe) • Gesundheitsförderung • Qualitätszirkel • Behandlungspfade • Erhebung von Qualitätsindikatoren • CIRS • Meldungen von UAW an die Aufsichtsbehörden • Stationskonzepte zur Gewaltprävention • Supervision (Fall/Team) • Beschwerdemanagement • Deeskalationstraining • Strukturen, die der Deeskalation dienen 		X

Die Ermittlung der Personalausstattung

	Ärzte	Psychologen	Pflege	Bewegungstherapeuten	Kunsttherapeuten	Erztherapeuten	Sozialarbeiter	
Settingtätigkeiten	1		Aufnahmemanagement					
	2	Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung	Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung	Verbale und nonverbale Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden Beziehung	Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung	Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung	Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung	Herstellung und Aufrechterhaltung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung
	3	Milieubezogenes Handeln	Milieubezogenes Handeln	Milieubezogenes Handeln	Milieubezogenes Handeln	Milieubezogenes Handeln	Milieubezogenes Handeln	Milieubezogenes Handeln
	4			Serviceleistungen außerhalb der Dienstzeit von Servicekräften				
	5	Strukturelle und organisatorische Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit (Fremd-/Selbstgefährdung)	Strukturelle und organisatorische Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit (Fremd-/Selbstgefährdung)	Strukturelle und organisatorische Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit (Fremd-/Selbstgefährdung)				
	6	Maßnahmen zur Förderung von Qualität	Maßnahmen zur Förderung von Qualität	Maßnahmen zur Förderung von Qualität	Maßnahmen zur Förderung der Qualität	Maßnahmen zur Förderung der Qualität	Maßnahmen zur Förderung von Qualität	Maßnahmen zur Förderung von Qualität
	7	Interprofessionelle Tätigkeiten	Interprofessionelle Tätigkeiten	Interprofessionelle Tätigkeiten	Interprofessionelle Tätigkeiten	Interprofessionelle Tätigkeiten	Interprofessionelle Tätigkeiten	Interprofessionelle Tätigkeiten
	8	Management von Aufnahme- und Entlassungsprozessen	Management von Aufnahme- und Entlassungsprozessen	Aufnahme- / Entlass-Management	Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlass-Management	Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlass-Management	Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlass-Management	Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlassungsmanagement
	9			Stationsorganisation				
	10	Koordination/ Kommunikation mit Behörden und Kostenträgern	Koordination/ Kommunikation mit Behörden und Kostenträgern					Koordination/ Kommunikation mit Behörden und Kostenträgern
	11	Leitungstätigkeiten	Leitungstätigkeiten	Leitungstätigkeiten	Leitungstätigkeiten	Leitungstätigkeiten	Leitungstätigkeiten	Leitungstätigkeiten
	12	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung	Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen
	13	Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation
	14	Fort- und Weiterbildungen	Fort- und Weiterbildungen	Fort- und Weiterbildungen	Fort- und Weiterbildungen	Fort- und Weiterbildungen	Fort- und Weiterbildungen	Fort- und Weiterbildungen

Tätigkeitsfelder mit indirektem Patienten- und Behandlungsbezug (Setting) - Ärzte

Strukturelle und organisatorische Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit

Maßnahmen zur Förderung von Qualität

Interprofessionelle Tätigkeiten

Management von Aufnahme- und Entlassungsprozessen

Koordination/Kommunikation mit Behörden und Kostenträgern

Leistungstätigkeiten

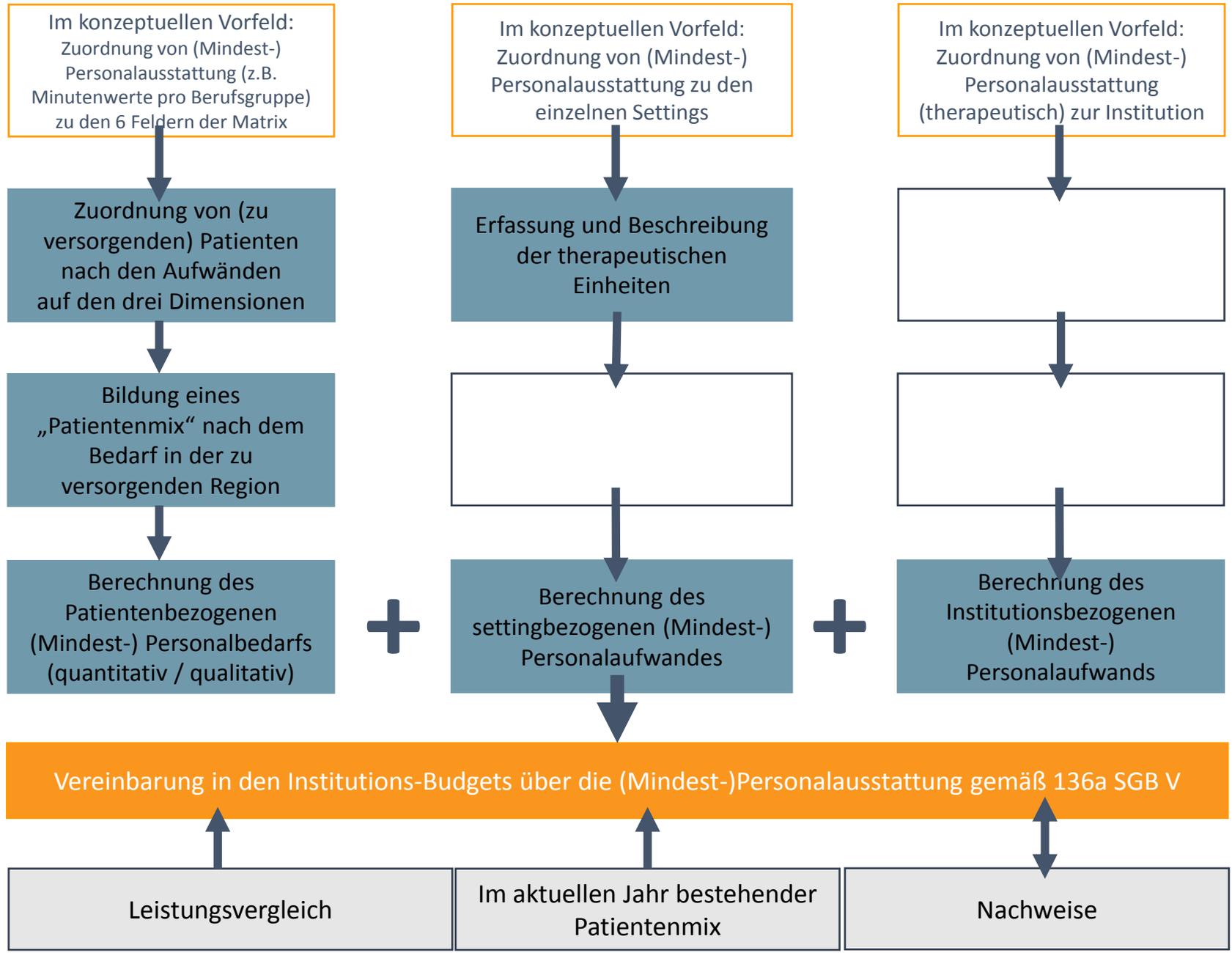
Netzwerkarbeit

Dokumentation

Fort- und Weiterbildung

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. Psych-PV 18 Patienten.
- Die Berechnung des Personalbedarfs soll sich auf alle Patienten einer Einrichtung beziehen.
- Ermittlung des Zeitaufwandes: Ausgehend von den Minutenwerten der PsychPV und der Personalanzahlzahlen in der Psychosomatik und normativ auf der Grundlage der Tätigkeitsprofile durch Expertenbefragungen

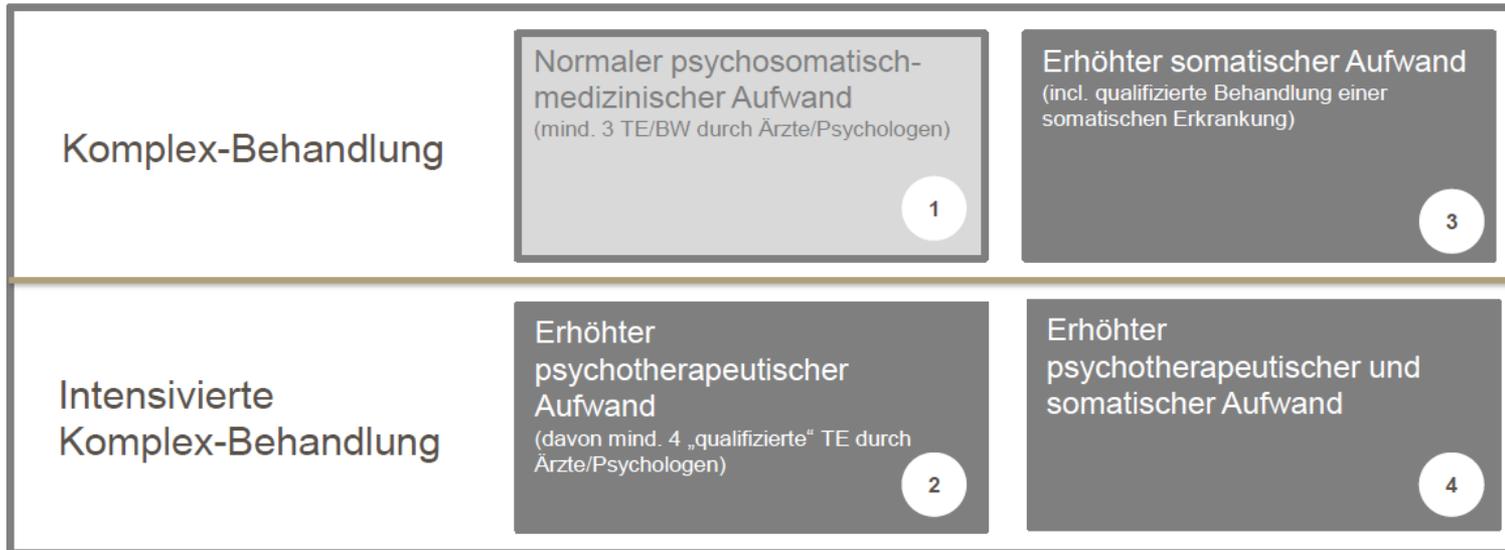


AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
 - 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
 - 3. Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Methodik
 - Die Ermittlung der Personalausstattung
 - 4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie**
 - 5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie**
 - 6. Wie kann es weitergehen?**
- 

4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik

Behandlungs-Cluster (PSM-PT):



- In der psychosomatischen Medizin werden die Patient*innen i.d.R. elektiv aufgenommen.
- Dabei finden i.d.R. geplante Behandlungsstrukturen und –prozesse Anwendung.
- Dies spiegelt sich in den Behandlungs-Clustern wider.
- Behandlungs-Cluster 1 ist durch normalen psychosomatischen Behandlungsaufwand gekennzeichnet. Behandlungs-Cluster 2 durch
- erhöhten psychotherapeutischen, Cluster 3 durch erhöhten somatischen und Cluster 4 durch erhöhten psychotherapeutischen und
- somatischen Behandlungsaufwand.
- Diese Behandlungs-Cluster können sich während der Verweildauer der Patient*innen verändern.

4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik

Diese Systematik orientiert sich am Modell der Plattform...

Matrix der Behandlungs-Bedarfe im Plattform-Modell:

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy ₂	Som ₂	Soz ₂
Regelbedarf der Behandlung	Psy ₁	Som ₁	Soz ₁
	Psychiatrisch / psychotherapeutischer / psychosomatischer Behandlungsbedarf	Somatisch bedingter Behandlungsbedarf	Psychosozialer Behandlungsbedarf

Behandlungs-Cluster (PSM-PT):

Komplex-Behandlung	Normaler psychosomatisch-medizinischer Aufwand (mind. 3 TE/BW durch Ärzte/Psychologen) 1	Erhöhter somatischer Aufwand (incl. qualifizierte Behandlung einer somatischen Erkrankung) 3
	Erhöhter psychotherapeutischer Aufwand (davon mind. 4 „qualifizierte“ TE durch Ärzte/Psychologen) 2	Erhöhter psychotherapeutischer und somatischer Aufwand 4

- Das Plattform definiert drei Dimensionen des Behandlungsbedarfs: (1) psychiatrisch/ psychotherapeutischen /psychosomatischen, (2) somatischen sowie (3) psychosozialen.
- Dabei wird zwischen regelhaften und erhöhten Bedarf differenziert.
- Das Plattform-Modell leitet daraus 8 Bedarfs-Cluster ab.
- In psychosomatischen Medizin werden daraus 4 Behandlungs-Cluster begründet, die ein strukturiertes Angebot darstellen.
- Dieses Angebot kann sich - wie in der Psychiatrie die Bedarfs-Cluster - während der Aufenthaltsdauer der Patient*innen verändern.
- Im Mittelpunkt der Behandlungs-Cluster der psychosomatischen Medizin stehen die psychotherapeutischen und somatischen Behandlungsaufwendungen.

4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik

Zur Definition der Behandlungs-Cluster: Cluster 1 und 2

Nach ärztlich-psychologisch psychosomatischer Erstuntersuchung mit Diagnostik und Differenzialdiagnostik wird die **Indikation gestellt**, ob die psychosomatische Erkrankung des Patienten eine **komplexe Behandlung** oder eine **intensivierte Komplexbehandlung** benötigt.

Normaler psychosomatisch-medizinischer Aufwand
(Komplexbehandlung)

- Behandlungs-Cluster 1 -

In das Behandlungscluster der Komplexbehandlung gelangen Patienten, die eine multimodale und multiprofessionelle Therapie im psychosomatischen Setting benötigen, um die Ziele einer Krankenhausbehandlung zu erreichen, indem sie mind. 3 therapeutische Elemente à 25 Min. durch Ärzte oder Psychologen erhalten sowie weitere spezialtherapeutische, sozialtherapeutische und pflegerische Maßnahmen.

Erhöhter psychotherapeutischer Aufwand
(Intensivierte Komplexbehandlung)

- Behandlungs-Cluster 2 -

In die intensivierte Komplexbehandlung kommen die Patienten, die eine hohe Intensität an qualifizierten therapeutischen Maßnahmen innerhalb einer Krankenhausbehandlung benötigen, mind. 8 – 10 à 25 Minuten, insgesamt 200 Min. qualifizierte psychosomatische, psychotherapeutische Behandlungen, von denen mind. 4 Einheiten durch Ärzte oder Psychologen durchgeführt werden, insgesamt 100 Min.

Neben den therapeutischen Elementen zeichnet sich die intensivierte Komplexbehandlung sowohl durch eine erhöhte Anzahl von Supervisionen, Visiten und Konferenzen als auch die von vornherein berücksichtigte erhöhte Anzahl an außerplanmäßigen Krisengesprächen aus.

Bei der intensivierten Komplexbehandlung handelt es sich um intensivierte Therapieprogramme für **Patienten mit schweren Essstörungen, schweren somatoformen Störungen, schweren Zwangsstörungen, schweren posttraumatischen Belastungsstörungen, schweren Borderline-Persönlichkeitsstörungen.**

4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik

Zur Definition der Behandlungs-Cluster: Cluster 3 und 4

Erhöhter somatischer Aufwand (Komplexbehandlung)

- Behandlungs-Cluster 3 -

Basis für den psychotherapeutischen Aufwand ist die Definition des Behandlungs-Clusters 1.

Eine Indikation für erhöhten somatischen Aufwand liegt vor, wenn die komplexe Erkrankung eines Patienten eine 24-stündige Infrastruktur eines Akutkrankenhauses benötigt mit Notfall-Labor und Notfall-Röntgen-Diagnostik, mit regeltem Zugang für eine somatische Intensivstation.

An somatischer Behandlung benötigen diese Patienten täglich mindestens 3 Bezugspflegekontakte und die kontinuierliche Anwesenheit einer Pflegekraft über 24 Stunden auf einer Station mit max. 24 Betten und Vitalzeichenkontrolle pro Schicht.

Die pflegerische Behandlung von bettlägerigen Patienten über 24 Stunden täglich soll gewährleistet sein. Kontinuierliches Monitoring aller Kreislaufparameter sowie mind. 3 med. Visiten inkl.

Befunddokumentation sowie kontinuierliche Kontrollen der Laborparameter durch einen qualifizierten Facharzt sind ebenfalls Bestandteil der Behandlung.

Erhöhter psychotherapeutischer Aufwand (Intensivierte Komplexbehandlung)

- Behandlungs-Cluster 4 -

Das Behandlungs-Cluster 4 stellt eine Kombination der Cluster 2 und 3 dar, d.h. es gibt erhöhten psychotherapeutischen und somatischen Behandlungsaufwand.

4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik

Es wurden neue Tätigkeitsprofile für alle Berufsgruppen entwickelt (Ärzte)

Tätigkeitsprofil (Ärzte)

1: Tätigkeitsfelder mit dem Patienten (Individuum)

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

2: Tätigkeitsfelder mit indirektem Patienten- und Behandlungsbezug (Setting)

Strukturelle und organisatorische 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



In diesem Workshop zu schätzende Aufgabenfelder

Diagnostik
Durchführung Pflegeprozess (mit Patient)
Medizinische Versorgung
Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung und kontinuierliche Behandlungsplanung
Patienten- und störungsbezogene Behandlung - Psychotherapie
Kriseninterventionen
Management psychosozialer und körperlicher Funktionseinschränkungen (Pflege)
Herstellung von Umweltbezug/ Einbeziehung des Umfeldes (Pflege)
Nachsorgeplanung und Entlassmanagement (patientenbezogen)
Präsenz, Begleitung, Support (Pflege)
Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen
Dokumentation

4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik

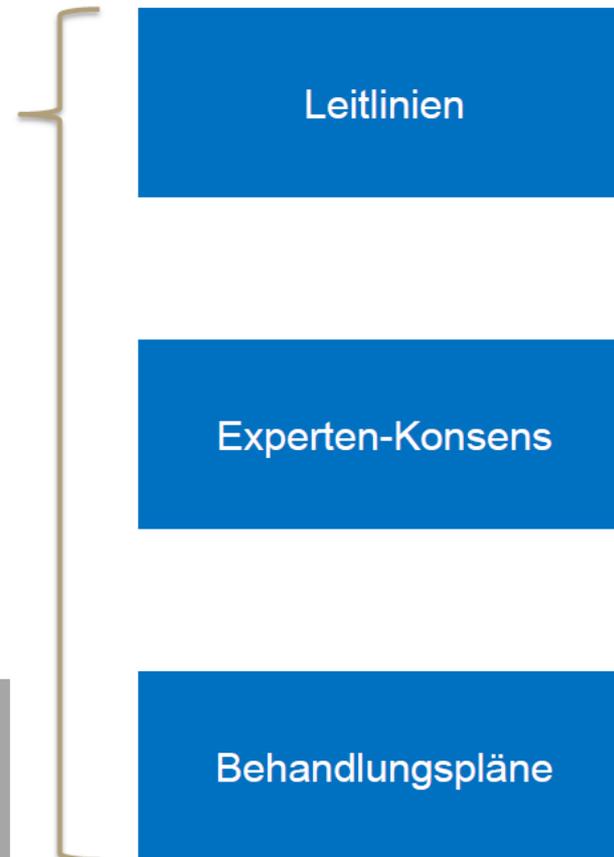
Die Zeitschätzungen orientieren sich an Leitlinien bzw. an den Behandlungsplänen in ihren Einrichtungen...

Bitte schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand (in Minuten) für das jeweilige Aufgabenpaket bei dem / der beschriebenen Patienten / Patientin innerhalb einer Woche (Montag bis Sonntag) bei einer täglichen Arbeitszeit von 6:00 bis 22:00 Uhr ein – unter Berücksichtigung moderner, leitlinienorientierter Versorgung bzw. Expertenkonsens.

Grundlage sind u.a. auch die Behandlungspläne in ihren Einrichtungen.

Dabei wird unterstellt, dass sich der Status des Patienten in der zu bewertenden Woche nicht verändert!

8 Stunden = 480 Minuten
16 Stunden = 960 Minuten
5 Tage (8 Stunden-Tag) = 2700 Minuten
7 Tage (8 Stunden-Tag) = 3360 Minuten
5 Tage (16 Stunden-Tag) = 5400 Minuten
7 Tage (16 Stunden-Tag) = 6.720 Minuten



AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
- 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
- 3. Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Methodik
 - Die Ermittlung der Personalausstattung
- 4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie**
- 5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie**
- 6. Wie kann es weitergehen?**

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Kern des Modells sind: Regel- und erhöhter Behandlungsbedarf (Behandlungs-Matrix) in drei Dimensionen.

Erhöhter Behandlungs- bedarf	Psy ₂	Som ₂	Soz ₂
Regelbedarf der Behandlung	Psy ₁	Som ₁	Soz ₁

Psychiatrisch /
psychotherapeutischer /
psychosomatischer
Behandlungsbedarf

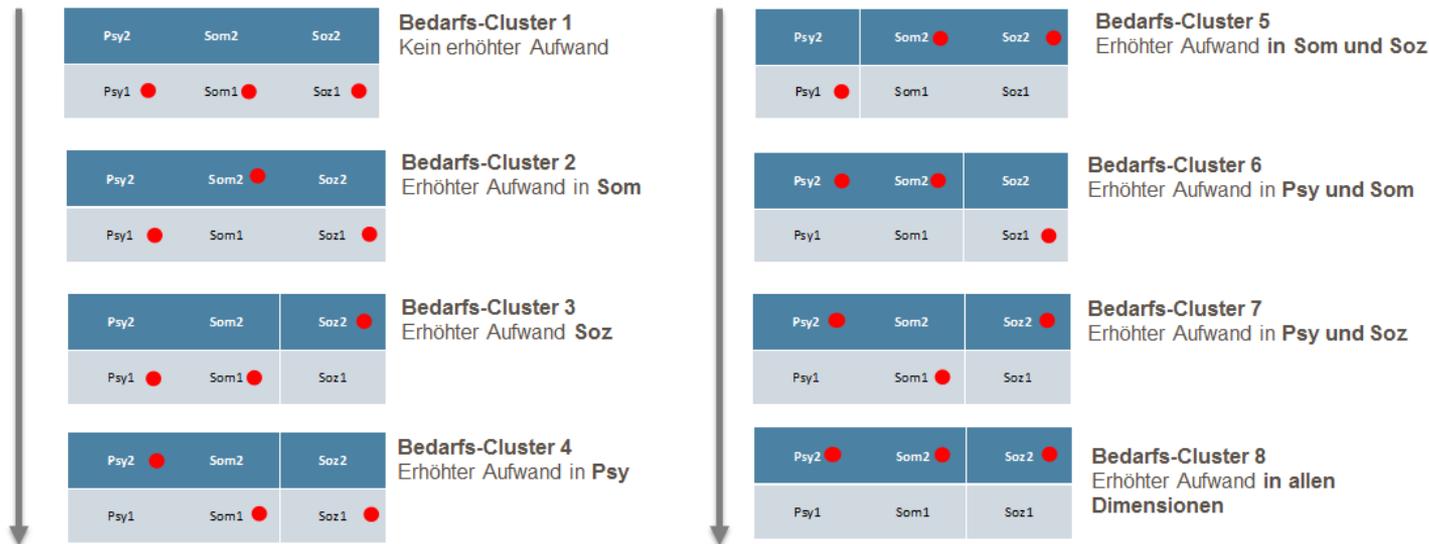
Somatisch bedingter
Behandlungsbedarf

Psychosozialer
Behandlungsbedarf

- **Regelbedarf der Behandlung:** Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und darüber hinaus erforderlichen Tätigkeiten, die für die Behandlung der Patienten in der Regel erforderlich sind.
- **Erhöhter Behandlungsbedarf:** Dieser ist verknüpft mit einer hohen Frequenz von Kontakten und Gesprächen, kurzfristigen Interventionen unterschiedlicher Berufsgruppen, Anleitung und Begleitung, erhöhtem Pflegeaufwand, erhöhtem Aufwand für Abstimmung, Koordination, Kommunikation sowie Einzelbetreuungsanforderungen.

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Aus dieser Matrix wurden 8 Bedarfs-Cluster abgeleitet: Es geht um regelhaften und erhöhten Aufwand in den drei Dimensionen.



- Für jedes Cluster wurden als Analogie-Muster paradigmatische Fälle beschrieben und validiert.
- Für jedes Cluster wurden dann durch Experten Behandlungsbedarfe definiert.
- Daraus leiten sich notwendige Behandlungstätigkeiten qualitativ und quantitativ ab.
- Für diese Tätigkeiten wurden / werden derzeit noch von den Experten Zeitwerte geschätzt.

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

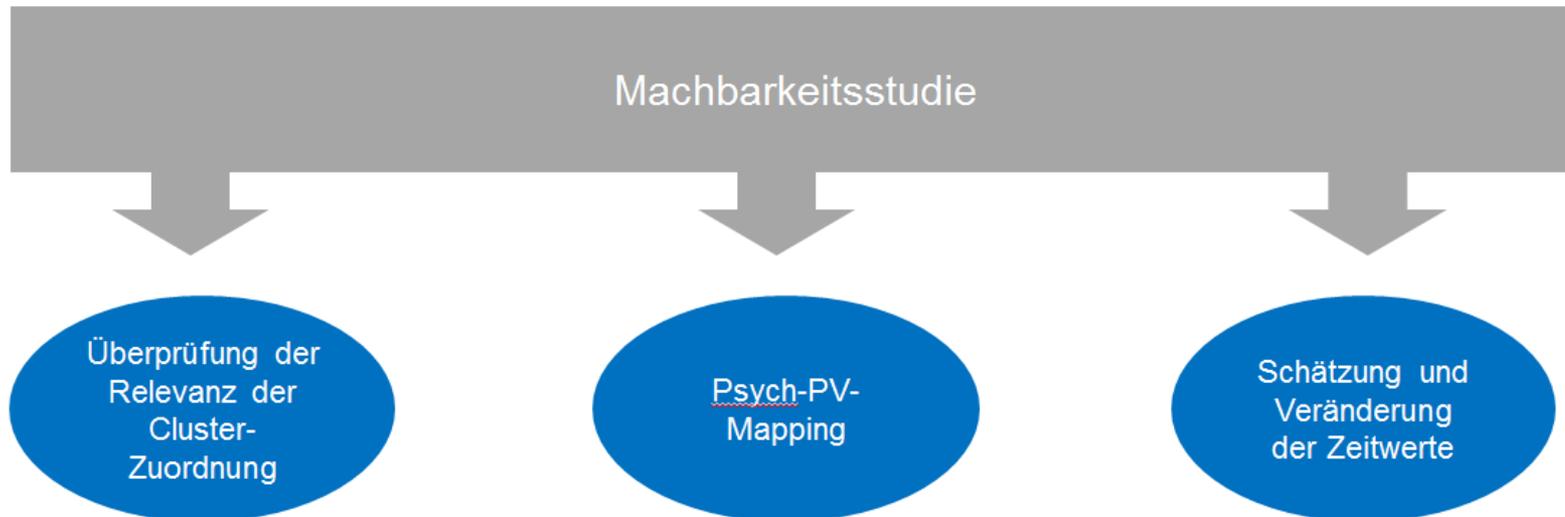
Ziele der Machbarkeitsstudie waren...



Ziele

1. Überprüfung, ob die im Plattform-Modell vorgegebenen Cluster-Beschreibungen (u.a. paradigmatische Fallbeschreibungen) geeignet sind, das gesamte Spektrum der Symptomkonstellationen in der Erwachsenen- und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik adäquat abzubilden und ob diese trennscharf sind.
2. Beschreibung der Auswirkungen, die sich aus der Anwendung des Plattform-Modells auf die Personalbemessung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ergeben.

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie



- Die Überprüfung der Relevanz der Cluster-Zuordnung als Alternative zur Psych-PV-Kategorisierung. Es soll in jeweils 3 Kliniken (Fachklinik, Abteilungspsychiatrie, Universitätsklinik) der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP an drei Stichtagen eine Zuordnung nach Psych-PV und den Clustern des Plattform-Modells erfolgen.
- Beim Psych-PV-Mapping wird der Anteil der Psych-PV-Kategorien in den jeweiligen Clustern berechnet.
- Bei der Schätzung / Änderung der Zeitwerte wird in (zwei) Experten-Workshops (mit Teilnehmern aus den verschiedenen Berufsgruppen) eine Schätzung der Zeitwerte im Plattform-Modell vorgenommen.

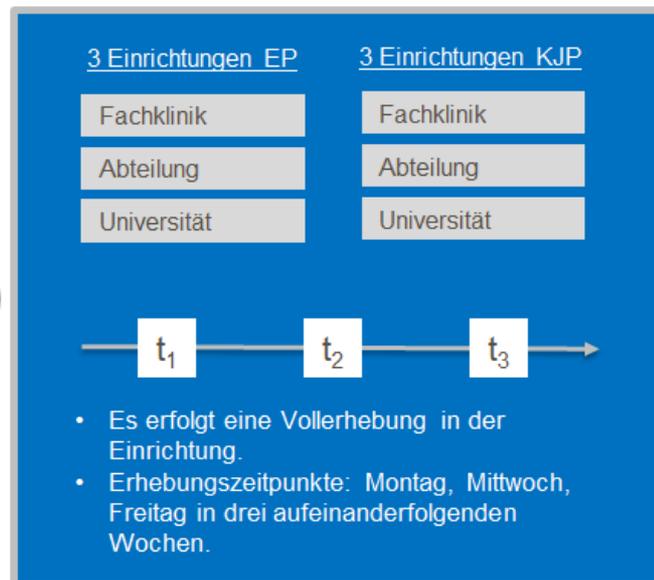
5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die vorliegenden Zwischenergebnisse beziehen sich auf die Relevanz des Cluster-Modells...

Vorbereitende Aktivitäten:

- Auswertung Validierung I – Experten – Interviews
- Ergänzende Validierung durch ausgewählte Experten
- Überarbeitung der Fallbeschreibungen (durch Redaktionsgruppe)
- Ergänzung der Fallbeschreibungen (Zuschlags- / Abschlags-Cluster)
- Inhaltliche Vorbereitung der Stichtagserhebungen
- Qualifizierung der „Erheber“
- Organisatorische Vorbereitungen der Erhebungen

Empirische Erhebung:



Ergebnisse:

Die Verteilung der Patienten nach Psych-PV und nach Clustern.

Patient	Psych-PV-Kategorie	Cluster
1	A 1	7
2	G2	8
3	A2	6
4	S2	5
.....		

- Die Termine für die Erhebung waren: 18. März, 27. März und 5. April 2019.
- Die Patienten werden hinsichtlich ihres regelhaften oder erhöhten Bedarfs in den Dimensionen PSY, SOM, SOZ sowie nach Psych-PV eingeordnet.
- Die Erhebung soll durch die gleichen Personen erfolgen, die in der Regel die Stichtagserhebung nach Psych-PV vornehmen (bspw. Oberarzt / Pflegedienstleitung).

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

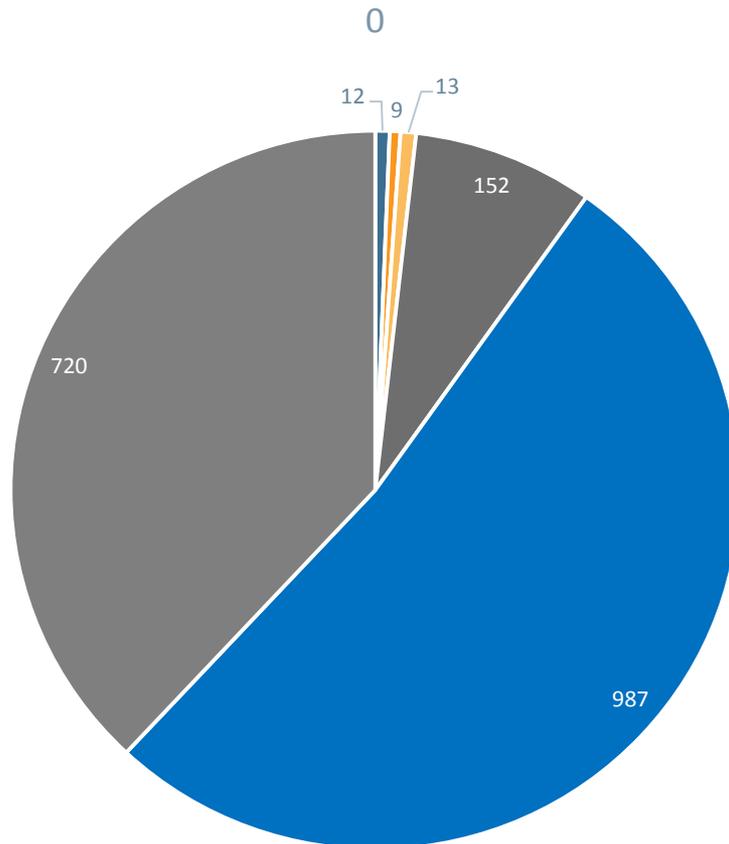
Die Daten der Stichprobe sind mit der BAG-Erhebung 2017 verglichen worden: Die Stichprobe spiegelt den klinischen Alltag.

	A1	A2	A3	A4	A5	S1	S2	S3	S4	S5	G1	G2	G3	G4
BAG in %	47,52%	9,41%	0,00%	0,50%	4,46%	8,91%	8,42%	0,00%	0,50%	0,00%	11,39%	8,42%	0,00%	0,50%
Anteil Cluster (%)	49,06%	16,70%	0,21%	1,46%	0,42%	9,50%	3,24%	0,00%	0,42%	0,00%	10,44%	7,52%	0,00%	1,04%
Differenz	-1,54%	-7,30%	-0,21%	-0,97%	4,04%	-0,59%	5,18%	0,00%	0,08%	0,00%	0,95%	0,90%	0,00%	-0,55%

- Der Vergleich der Stichprobe mit einer BAG-Stichprobe (135 Einrichtungen) zeigt insgesamt, dass die Daten der Machbarkeitsstudie grundsätzlich den klinischen Alltag spiegeln – bereinigt um die teilstationären Patient*innen (A6, S6, G6), die in der Pilotstudie überrepräsentiert sind.
- Auffällige Abweichungen gibt es noch in A2 (in der Stichprobe überrepräsentiert), S2 (unterrepräsentiert).

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Wie sicher waren sich die Rater bei Schätzung des Behandlungsbedarfs?



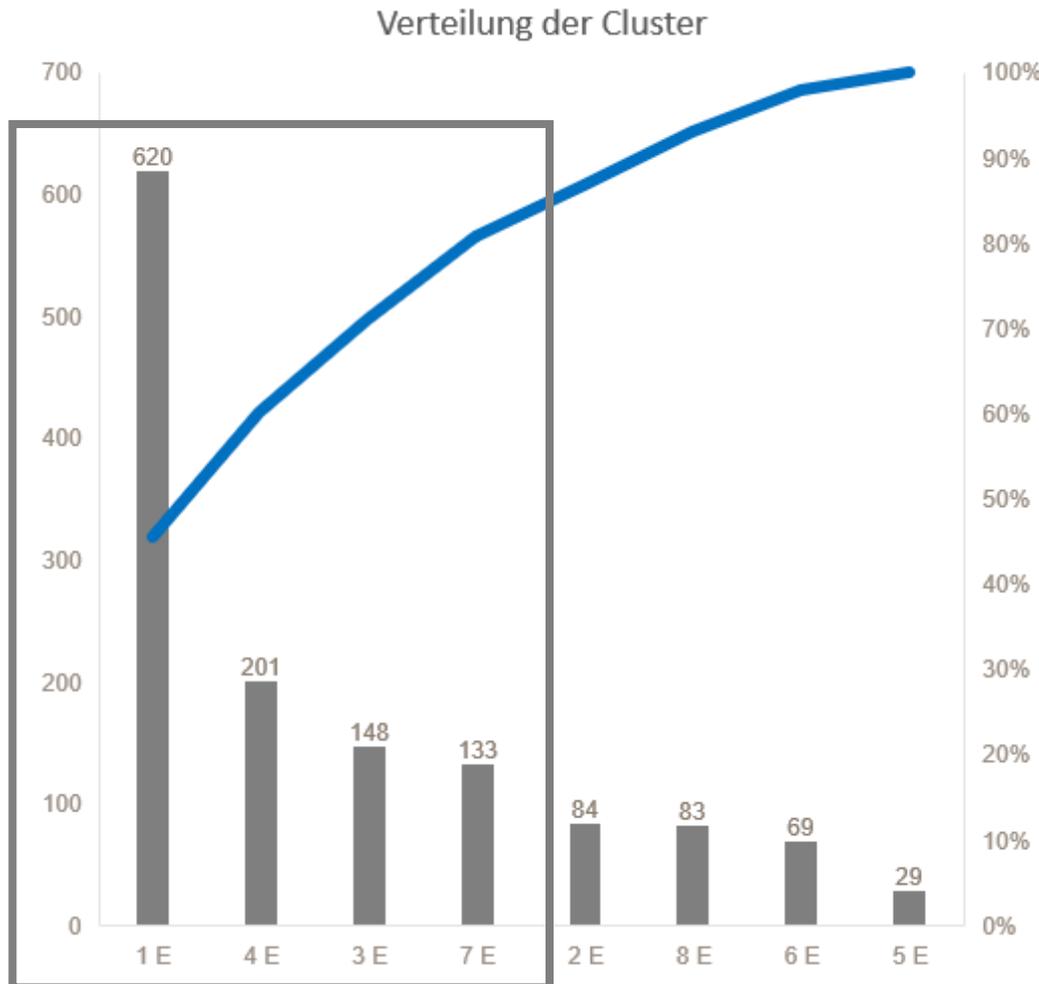
■ unsicher ■ relativ unsicher ■ weder sicher noch unsicher ■ Relativ Sicher ■ sicher ■ Sehr Sicher

- Bei 1893 Schätzungen hinsichtlich des regelhaften oder erhöhten Behandlungsbedarfs der Patient*innen waren sich die Rater zu 98 Prozent „relativ sicher bis sehr sicher“.
- Das Instrument der Behandlungs-Matrix wird damit als geeignetes Instrument zur Erfassung des Patientenbedarfes durch die Machbarkeitsstudie bestätigt.

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy ₂	Som ₂	Soz ₂
	Psy ₁	Som ₁	Soz ₁
Regelbedarf der Behandlung			
	Psychiatrisch / psychotherapeutischer / psychosomatischer Behandlungsbedarf	Somatisch bedingter Behandlungsbedarf	Psychosozialer Behandlungsbedarf

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Knapp über 80 Prozent (81 Prozent) des Leistungsgeschehens findet sich in 4 Bedarfs-Cluster:



- Ca. 45 Prozent des Bedarfs ist regelhafter Bedarf (Cluster 1).
- Erhöhter psychosozialer und die Kombination von erhöhtem psychiatrischem und psychosozialen Bedarf machen ca. 21 Prozent des Leistungsgeschehens aus (Cluster 3 und 7).
- Es folgt erhöhter psychiatrischer Bedarf mit ca. 15 Prozent (Cluster 4).

Cluster	Summe	Anteil
1 E	620	45%
2 E	84	6%
3 E	148	11%
4 E	201	15%
5 E	29	2%
6 E	69	5%
7 E	133	10%
8 E	83	6%

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Relevanz des erhöhten Aufwands nach Bedarfs-Dimensionen:

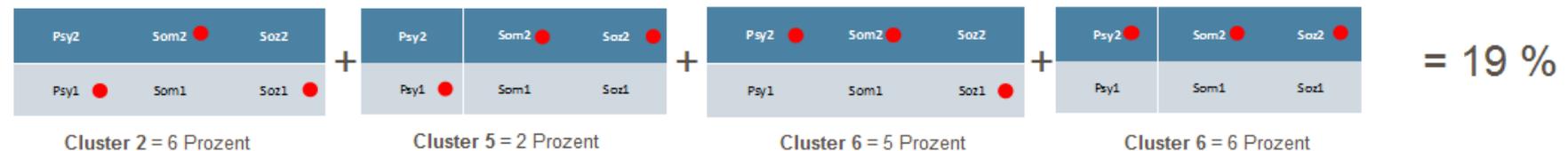
Erhöhter psychiatrischer Aufwand



Erhöhter psycho-sozialer Aufwand



Erhöhter somatischer Aufwand



- Weisen 36 Prozent der Patient*innen erhöhten psychiatrischen Aufwand auf, ...
- ...so beträgt der Anteil mit erhöhtem psycho-sozialen Aufwand 29 Prozent.
- Es folgen die Patient*innen mit erhöhtem somatischen Aufwand mit 19 Prozent.

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Der Bedarf wird unabhängig vom strukturellen Setting deutlich. Komplexe Fälle finden sich bspw. auch im teilstationären Setting.

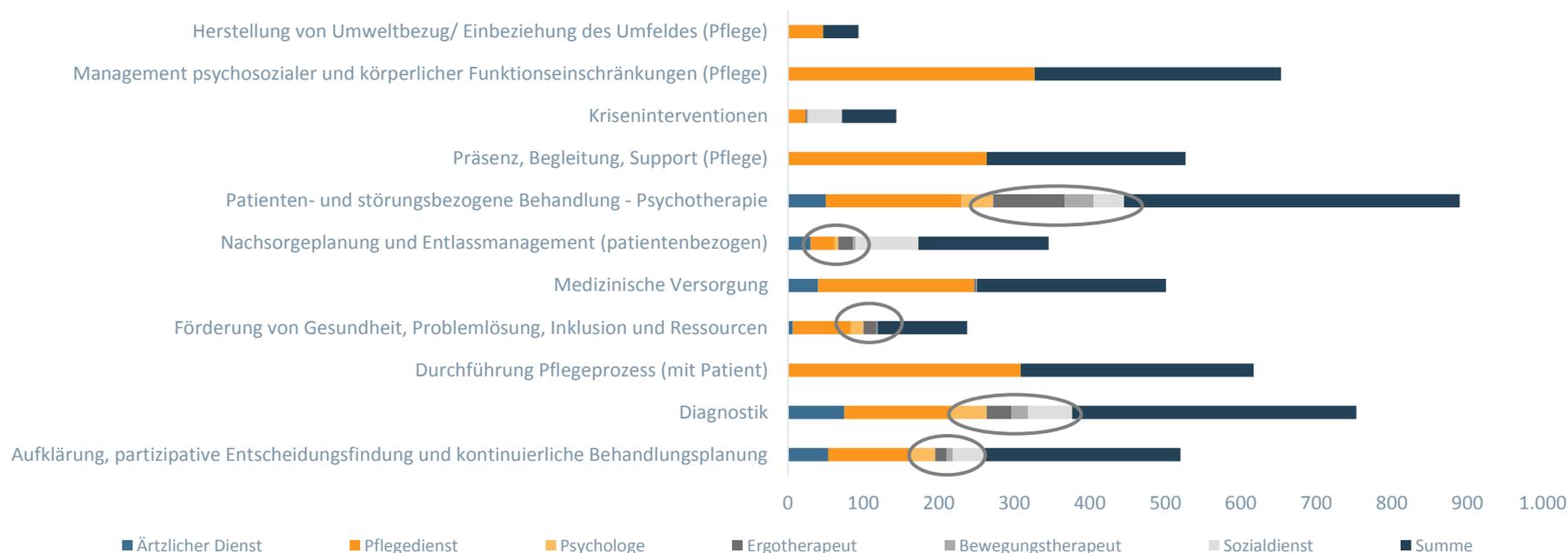
Cluster	A1	A2	A4	A5	A6	S1	S2	S4	S6	G1	G2	G4	G6	Summe
1	262	14	0	3	198	52	6	0	29	46	3	1	6	620
2	22	9	1	0	10	6	1	0	4	23	6	0	2	84
3	67	5	0	0	23	21	3	3	18	7	1	0	0	148
4	45	51	3	1	54	4	7	0	6	8	21	0	0	201
5	10	1	2	0	4	2	0	0	1	5	3	1	0	29
6	17	12	2	0	4	1	2	0	0	8	16	1	6	69
7	34	47	5	0	18	3	3	1	7	2	10	1	2	133
8	13	21	1	0	9	2	9	0	5	1	12	6	3	83
Ergebnis	470	160	14	4	320	91	31	4	70	100	72	10	19	1367

- In den Kategorien A6, S6 und G6 sind von insgesamt 409 Patienten 179 in die Cluster 2 bis 8 eingeordnet und haben damit unterschiedlich ausgeprägten erhöhten Aufwand. Dies entspricht 43 % der Patient*innen der Stichprobe.
- Dies bestätigt die Vermutung der Plattform-Entwickler, dass auch im nicht vollstationären Setting Fälle mit erhöhtem Aufwand anzutreffen sind.

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Anforderungen an den Personalbedarf sind nicht pauschal, sondern nach Clustern sehr differenziert – vom Bedarf abhängig.

Zeitbedarfe in Cluster 3 - exemplarisch -



- **Cluster 3 ist mit erhöhtem psychosozialen Bedarf verbunden. Dieser spiegelt sich auch in der leitlinienorientierten Zeit-Schätzung (SOLL-Bedarf) der Expert*innen wider.**
- **Hinweise darauf sind u.a.:**
 - **Ergotherapeuten und Sozialarbeiter haben in diesem Cluster erhöhten Zeitbedarf.**
 - **Nachsorgeplanung, Entlass-Management sowie die partizipative Entscheidungsfindung benötigen einen hohen Anteil des Behandlungsaufwandes.**
- **Entsprechend differenzierte Auswertungen werden für alle Cluster erstellt und in einem 2. Experten-Workshop weiter bearbeitet.**

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Zwischenergebnisse deuten einen Paradigmenwechsel an: Von der Struktur zum Patienten!

- Die Stichprobe spiegelt im Wesentlichen die vollstationäre Kliniklandschaft. Die Ergebnisse sind damit – bei aller Vorsicht – übertragbar.
- Die Matrix eignet sich zur Einordnung der Patient*innen.
- Die Cluster spiegeln sehr viel differenzierter als die Psych-PV-Kategorien die aktuelle psychiatrische Versorgungslandschaft und den Bedarf des Patienten.
- Knapp über 80 Prozent (81 Prozent) des Leistungsgeschehens findet sich in 4. Bedarfs-Cluster:
 - *Ca. 45 Prozent des Bedarfs ist regelhafter Bedarf (Cluster 1).*
 - *Erhöhter psychosozialer und die Kombination von erhöhtem psychiatrischen und psychosozialen Bedarf machen ca. 21 Prozent des Leistungsgeschehens aus (Cluster 3 und 7).*
 - *Es folgt erhöhter psychiatrischer Bedarf mit ca. 15 Prozent (Cluster 4).*

5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Zwischenergebnisse deuten einen Paradigmenwechsel an: Von der Struktur zum Patienten!

- Weisen 36 Prozent der Patient*innen erhöhten psychiatrischen Aufwand auf, so beträgt der Anteil mit erhöhtem psychosozialen Aufwand 29 Prozent. Es folgen die Patient*innen mit erhöhtem somatischen Aufwand mit 19 Prozent. Damit wird die Relevanz der psychosozialen Dimension deutlich.
- Der Bedarf wird unabhängig vom strukturellen Setting deutlich. Komplexe Fälle finden sich bspw. auch im teilstationären Setting.
- Entsprechend geht es bei der Personalanpassung nicht um eine lineare Anhebung über alle Berufsgruppen, sondern differenziert nach dem Bedarf des Patienten ist der (zusätzliche) Personalbedarf sehr unterschiedlich ausgeprägt.
- Auf den Punkt: Eine wesentliche Hypothese des Plattform-Modells wird bestätigt. Der Bedarf des Patienten und nicht die Strukturen der Versorgung (stationär – teilstationär – StäB – ambulant) sind Treiber des Personalbedarfs.

AGENDA

- 1. Gesetzlicher Auftrag**
- 2. Anforderungen an die Personalausstattung**
- 3. Plattformkonzept für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Methodik
 - Die Ermittlung der Personalausstattung
- 4. Plattformkonzept für das Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie**
- 5. Zwischenergebnisse der Machbarkeitsstudie**
- 6. Wie kann es weitergehen?**

6. Wie geht es weiter?

- Ziel ist es, dass Modell in den G-BA-Prozess einzubringen.
- DKG beschreibt in ihrer Richtlinie, dass in der zweiten Stufe ein am Bedarf orientiertes flexibles Modell entwickelt werden soll, die DKG unterstützt das Modell.
- Mindestvorgaben: Mindestpersonalvorgaben können nicht Personaluntergrenzen sein, die lediglich eine gefährliche Behandlung abwenden, sondern Ziel des Gesetzgebers war es die Versorgungsqualität in den Kliniken zu sichern und die Personalanforderungen an den aktuellen Wissensstand anzupassen – Personalbemessung?
- Die sachgerechte Finanzierung der Vollstellen in den verschiedenen Personalgruppen muss gesichert sein!

6. Wie geht es weiter?



Gemeinsame Stellungnahme

—

**Sicherstellung einer funktional geregelten
Personalbemessung in den Fachkliniken und
Abteilungen für Psychiatrie, Psychosomatik
und Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 2020**

16.04.2019

Jetzt ausreichende und verbindliche Personalausstattung sichern

Eine qualitativ und quantitativ gute und verbindliche Personalausstattung ist die wichtigste Voraussetzung für eine leitliniengerechte, personenzentrierte und menschenrechtsorientierte Behandlung an psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Vom Ergebnis der aktuellen Beratungen über eine Nachfolgeregelung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hängt deshalb ab, ob die Versorgungsqualität langfristig gesichert werden kann. Eine Plattform aus Ärztekammer, Fachgesellschaften und Verbänden hat ein Personalbemessungsinstrument entwickelt, welches die Grundideen der Psych-PV aufnimmt und gleichzeitig ihre Schwächen beseitigt. Dieses Instrument wird in etwa 1-2 Jahren einsatzbereit sein. Die Plattform fordert den Gesetzgeber deshalb auf, die Gültigkeit der Psych-PV zu verlängern und die Frist zur Erstellung der neuen Richtlinie zu verschieben. Für diese Übergangszeit müsste die Psych-PV bereits im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung aufgewertet werden.

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber 2016 den G-BA damit beauftragt, bis Ende 2019 eine Richtlinie zu verabschieden, die eine personelle Mindestbesetzung für stationäre Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik festlegt, um eine leitliniengerechte und evidenzbasierte Behandlung zu gewährleisten. In der Tat bedarf es dringend einer Neuregelung der Personalbemessung in diesen Bereichen, weil zum 31.12.2019 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ihre Gültigkeit verliert.

Der Tagespresse ist zu entnehmen, dass der G-BA offenbar erhebliche Schwierigkeiten hat, rechtzeitig eine solche Richtlinie zu konsentieren und zu verabschieden, weil die entsprechende empirische Datengrundlage fehlt. Diese Situation ist für den gesamten Bereich der stationären und teilstationären Behandlung psychisch kranker Menschen höchst besorgniserregend und gefährlich, weil ohne eine fundierte Personalbemessung ab 2020 eine massive Erosion der bereits jetzt insuffizienten Personalressourcen in den Kliniken droht.



**BAG
Psychiatrie**
Bundesarbeits-
gemeinschaft
der Träger
Psychiatrischer
Krankenhäuser

Vorsitz: Dr. Margitta Bormann-Hassenbach
Kliniken des Bezirks Oberbayern
Postfach 22 12 61
80502 München
E-Mail: kontakt@kbo.de

Verband der
Krankenhäusdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen



Vorsitz: Holger Höhmann
LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Str. 82
40764 Langenfeld
E-Mail: holger.hoehmann@lvr.de

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



Bild: Plqza