

Individuell und bedarfsorientiert - Das Plattform-Modell zur Personalbemessung

Kernelemente und Machbarkeit

Michael Kölch, Marianne Klein, Veronika Knebusch, Arno Deister, Gereon Heuft, Dorothea Sauter, Peter Brückner-Bozetti

(Version KJP)

Das Konzept wird von folgenden Fachverbänden unterstützt:

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (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 e. V. (BDK)
- Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie 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)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)

Author's personal copy

Originalien

Nervenarzt
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0669-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



Iris Hauth¹ · Peter Brückner-Bozetti² · Gereon Heuft¹ · Michael Kölich⁴ · Michael Löhr⁵ · Annette Richert⁶ · Arno Deister⁷

¹Alexianer St. Joseph Krankenhaus, Berlin, Deutschland

²Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH/e.V., Bremen, Deutschland

³Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

⁴Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ruppiner Kliniken, Neuruppin, Deutschland

⁵Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

⁶Alexianer St. Hedwig Kliniken, Berlin, Deutschland

⁷Zentrum für psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe, Itzehoe, Deutschland

Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen

Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung

Im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136a (2) Sozialgesetzbuch (SGB) V [1] beauftragt, Richtlinien für geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen.

Nach dem PsychVVG sollen verbindliche Mindestvorgaben¹ das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal bestimmen, möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen [1]. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV; [2]) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstandard der Versorgung zu berücksichtigen. Die Richtlinie mit den verbindlichen Mindestvorgaben

des G-BA zur Personalausstattung soll zum 01.01.2020 wirksam werden.

Für den größten Teil der in den Kliniken behandelten psychischen Krankheiten gibt es inzwischen S3-Leitlinien. Diese Leitlinien entsprechen der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik. Jedoch werden störungsspezifische Leitlinien meist auf der Basis von Studien zu monosymptomatisch erkrankten Patienten entwickelt. In der Realität der Krankenhausbehandlung kommen jedoch häufig kombinierte Störungsbilder vor. Außerdem werden in den Leitlinien keine konkreten Angaben zur Personalbemessung gemacht. Deshalb sind adaptierte Vorgehensweisen notwendig. Soweit sich die Personalangaben nicht aus S3-Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auf externe Expertise – gestützt werden. Für das Fachgebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gilt es zudem zu berücksichtigen, dass die Psych-PV nie gegolten hat. Daher wurden von Heuft et al. [3] fachgebietsspezifische Personalanhaltszahlen entwickelt, die für die meisten psychosomatisch-psy-

chotherapeutischen Kliniken die aktuelle Basis für die Personalausstattung und die Verhandlung der hausindividuellen Entgelte darstellen.

Eine Arbeitsgruppe von Fachgesellschaften und Verbänden der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (im Folgenden Plattform² genannt) hat ein Strukturmodell entwickelt, welches sich zur systematischen Festlegung des Personalbedarfs eignet.

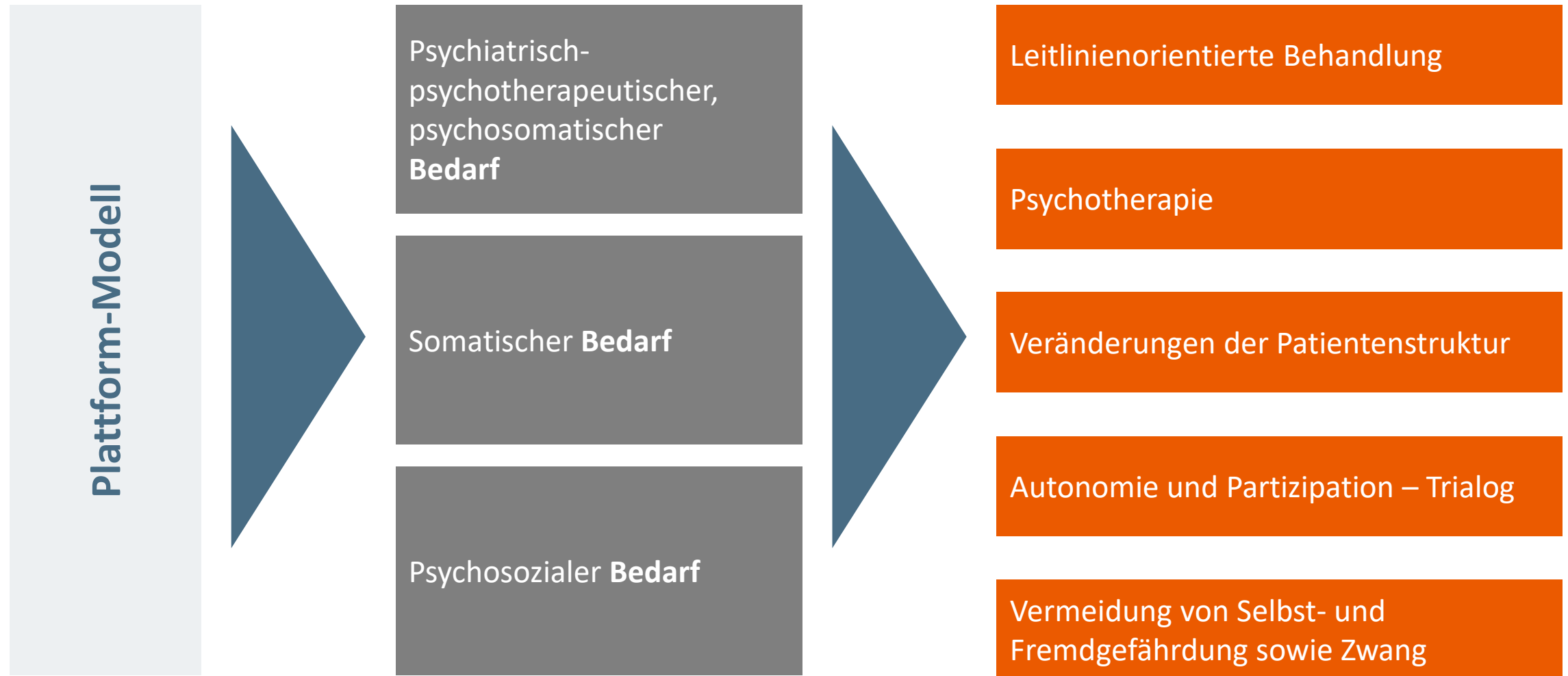
Die Grundannahmen des Modells sind:

1. In Anlehnung an die Psych-PV und die Personalanhaltszahlen soll ein System konstruiert werden, welches es erlaubt, für jede einzelne Behandlungseinrichtung den gesamten

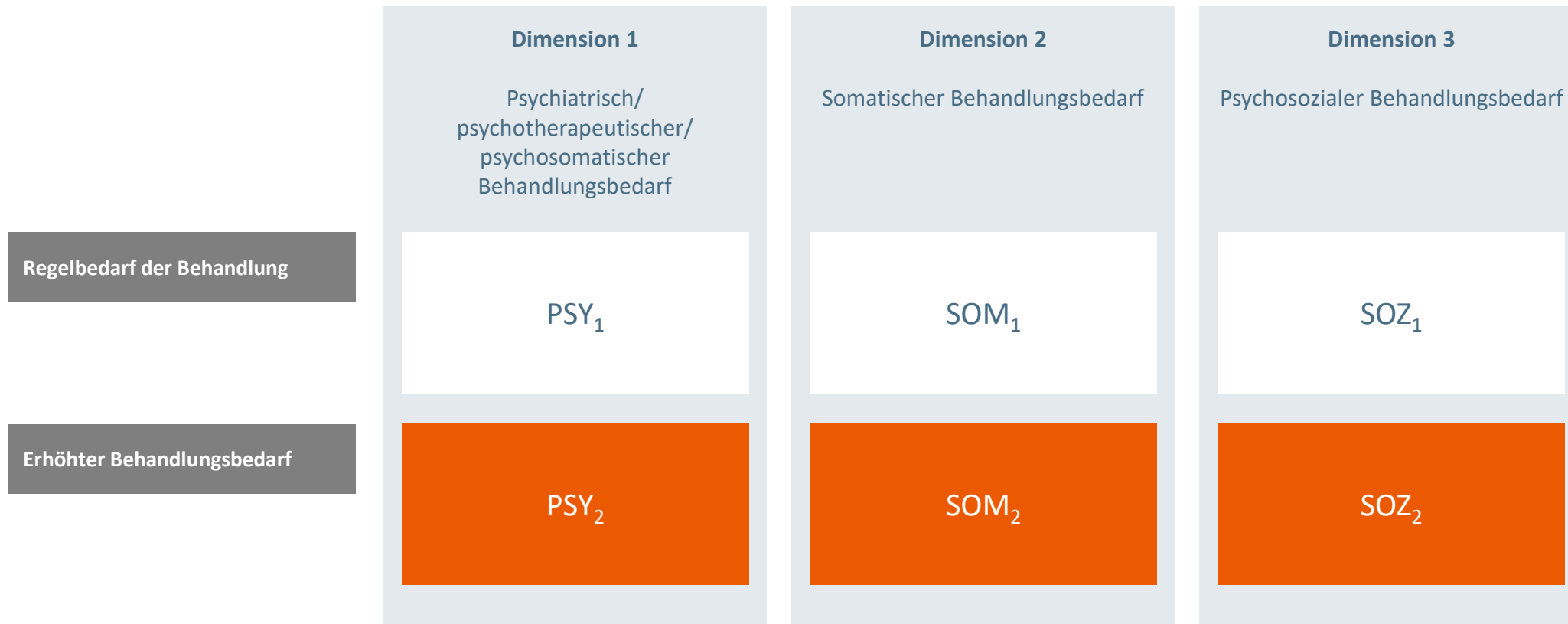
¹ Zur Definition des Personalmindestbedarfs siehe weiter unten in Einleitung und im Abschnitt *Diskussion des Modells*.

² Folgende Fachverbände haben in der Plattform zusammengelassen: ackpa, BÄK, BAG Kinder- und Jugendpsychiatrie, BAG-Psychiatrie, BDK, BFLK, DFPP, DGGPP, DGKJP, DGPM, DGPPN, LIPPs, VKD (Untergruppe psychiatrische Kliniken, s. Infobox).

Orientierung an leitliniengerechter Behandlung



Regel- und erhöhter Behandlungsbedarf in drei Dimensionen



Regelbedarf der Behandlung: umfasst alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und darüber hinaus erforderlichen Tätigkeiten, die für die Behandlung der Patienten in der Regel erforderlich sind.

Erhöhter Behandlungsbedarf: umfasst eine hohe Frequenz von Kontakten und Gesprächen, kurzfristigen Interventionen unterschiedlicher Berufsgruppen, Anleitung und Begleitung, erhöhten Pflegeaufwand, erhöhten Aufwand für Abstimmung, Koordination, Kommunikation sowie Einzelbetreuungsanforderungen.

Dimensional statt kategorial: Patientenbedarf wird auf drei Behandlungsdimensionen abgebildet

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

Regelbedarf
 Erhöhter Bedarf

Zielsetzung und Methodik

der Machbarkeitsstudie

Die Zielsetzungen der Machbarkeitsstudie

Die Ziele

1. Überprüfung, ob die im Plattform-Modell vorgenommene Clusterbeschreibung (u. a. paradigmatische Fallbeschreibung) geeignet ist, 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 Modells auf die Personalbemessung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychotherapie ergeben.

Was ist machbar?
Was bewährt sich?

Die Methodik

Stichtagserhebungen

Delphi-Methode

Limitationen – Empfehlungen für
die Weiterentwicklung

In die Schätzungen der Soll-Arbeitszeitwerte waren ca. 120 Expert*innen aus allen Berufsgruppen eingebunden



Paradigmatische Fall-Vignetten

Beispiel: Kinder- und Jugendpsychiatrie – Cluster 4

Junge, 15 Jahre. Manische Symptomatik seit 3 Wochen. Patient hat stark gesteigertes Selbstwertgefühl, Größenwahn, Denken stark beschleunigt und phasenweise zerfahren; Antrieb gesteigert, Patient läuft den ganzen Tag umher, kommt nicht zur Ruhe, ist logorrhöisch; er ist unkritisch und hat daher kein Gefahrenbewusstsein, ausgeprägte Schlafstörung mit mehrfach hintereinander durchwachten Nächten; erhöhte Libido, spricht Mädchen an und betatscht sie auch. Sehr hohes externes Monitoring bis hin zu Einzelbetreuung ist notwendig; Stimmung gesteigert, zum Teil sehr fröhlich, zum Teil stark gereizt bis aggressiv mit unvorhersehbarem Wechsel. Bisher trotz gesteigerten Essensdrangs keine Gewichtszunahme während der Krankheitsperiode. Gymnasiumbesuch 10. Klasse mit sehr guten Leistungen. Seit 3 Wochen krankheitsbedingt kein Schulbesuch mehr möglich. Lebt bei seiner Mutter gemeinsam mit dem 18-jährigen Bruder, Eltern geschieden, regelmäßiger Kontakt zum Vater. Die Eltern ziehen bezüglich der Kinder an einem Strang.

Mädchen, 14 Jahre. Beginnende Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; in Vorgeschichte mehrmals Suiziddrohungen, und -versuche (einmal 4mg Paracetamol; einmal Versuch der Strangulation mit Handtuch an Heizkörper bei letztem Aufenthalt vor 2 Monaten). Aufnahmegrund waren Suizidgedanken, die andauernd vorhanden sind und nur minimal über den Tag und die Woche in ihrer Intensität fluktuieren. Patientin gibt Handlungsdruck bzgl. Suizidalität an und kann nicht versprechen, sich bei Suizidgedanken zu melden. Wechselhafte Stimmung, Freiwilligkeit der Behandlung ebenfalls wechselnd, aber noch gegeben. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten täglich, aber oberflächlich; Wundversorgung durch Desinfektion ausreichend. Lebt in therapeutischer Wohngruppe.

Mädchen, 10 Jahre. Zwangsstörung mit stundenlangen Waschzwängen und Toilettenzwängen und Behinderung nahezu aller Abläufe ihres Alltags auf Station. Wird aggressiv, wenn Pflege- und Erziehungsdienst Handlungen unterbrechen will. Zum Teil Zwangshandlungen auf Zimmer verlegt mit Pulli an- und ausziehen. Patientin lehnt Medikation bisher ab. Blockierte vor Aufnahme stundenlang das Familien-Bad, in dem überdies „Merkzettel“ auf der Waschmaschine in bestimmter Ordnung für die Patientin von ihr ausgelegt sind, damit bekämpft sie ihre Angst etwas zu vergessen. Haut der Hände durch gehäuftes Waschen gerötet und rissig, jedoch keine Superinfektion Außer mehrmals täglichem Eincremen keine medizinische Behandlung diesbezüglich notwendig. Patientin kooperiert beim Eincremen. Eltern beide Lehrer, pädagogisch einfühlsam. Keine Geschwister. Patientin besucht die Schule (5.Klasse Gymnasium) aufgrund der Zwänge aktuell nicht mehr, vermeidet dadurch auch die dort befürchtete Kontamination. Die guten Leistungen lassen jedoch genügend Spielraum ohne dass die Versetzung gefährdet ist.

Junge, 7 Jahre. Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters. Seit Kindergartenalter in sozialer Gruppe sehr ängstlich-zurückhaltend, sozial zurückgezogen, spielt nur wenig in Gruppen mit. Spricht nur wenig mit Erzieherinnen, lässt sich auf diese kaum ein. Kaum Verbesserung der Symptomatik über die Jahre trotz ambulanter Psychotherapie und Heilpädagogik. Starke Ängste vor der anstehenden Einschulung; Patient benötigt altersbedingt enge Begleitung und Haltgebung in Situationen wie Zubettgehen, nächtliches Aufwachen, Gestaltung von Freizeit. Lebt mit Eltern und 2 Geschwistern, Mittelschichtfamilie ohne psychosoziale Belastungen. Mutter war in Kindheit ebenfalls ängstlich, jetzt leichte Ängstlichkeit ohne Krankheitswert. Eltern befürchten Misslingen der Einschulung aufgrund des bisherigen Verlaufs. Hilfen durch das Jugendamt sind bereits angebahnt.

Neue bedarfsorientierte Tätigkeitsprofile

Beispiel „Pflege-KJP“

Individuumbezogene Behandlungstätigkeiten – unmittelbar und mittelbar

Aufnahme des Patienten
Herstellung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung
Durchführung Pflegeprozess (mit Patient*in, wenn entwicklungsbedingt möglich)
Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung
Herstellung von Umweltbezug und Einbeziehung des Umfeldes; Inklusion
Patientenbezogene störungsspezifische Interventionen (leitlinienorientiert, geplant, bezogen auf multiprof. Behandlungsziele) – Psychotherapie
Medizinische Versorgung
Krisenintervention
Erzieherische Tätigkeiten
Präsenz, Begleitung, Support
Förderung von Gesundheit, Problemlösung, Inklusion und Ressourcen
Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit (Fremd-/Selbstgefährdung)
Maßnahmen zur Förderung von Qualität (patientenbezogen)
Interprofessionelle Tätigkeiten (im Zusammenhang mit der Patientenversorgung)
Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung (patientenbezogen)
Pflegedokumentation (patientenbezogen)
Entlass-Management

Strukturelle Setting-Tätigkeiten

Aufnahmemanagement
Milieubezogenes Handeln
Maßnahmen zur Herstellung von Sicherheit (strukturell)
Maßnahmen zur Förderung von Qualität (strukturell)
Interprofessionelle Tätigkeiten (Team, Arbeitsorganisation, Führung, Weiterbildung)
Management der Netzwerkarbeit/Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen
Stationsorganisation
Leitungstätigkeiten (Führung und Organisation der Behandlungseinheit)

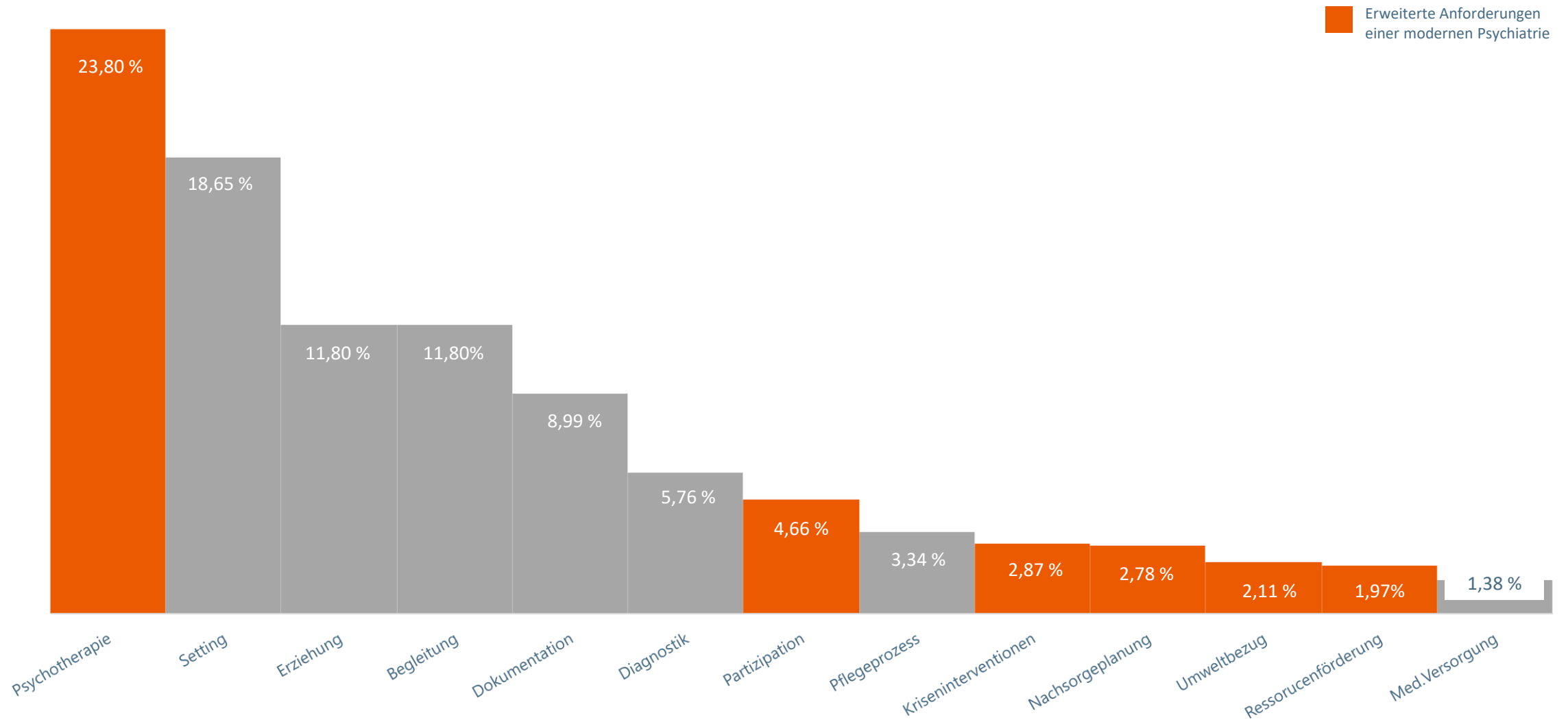


Ca. 15 Prozent
des Zeitbedarfs

 Erweiterte Anforderungen einer modernen Psychiatrie

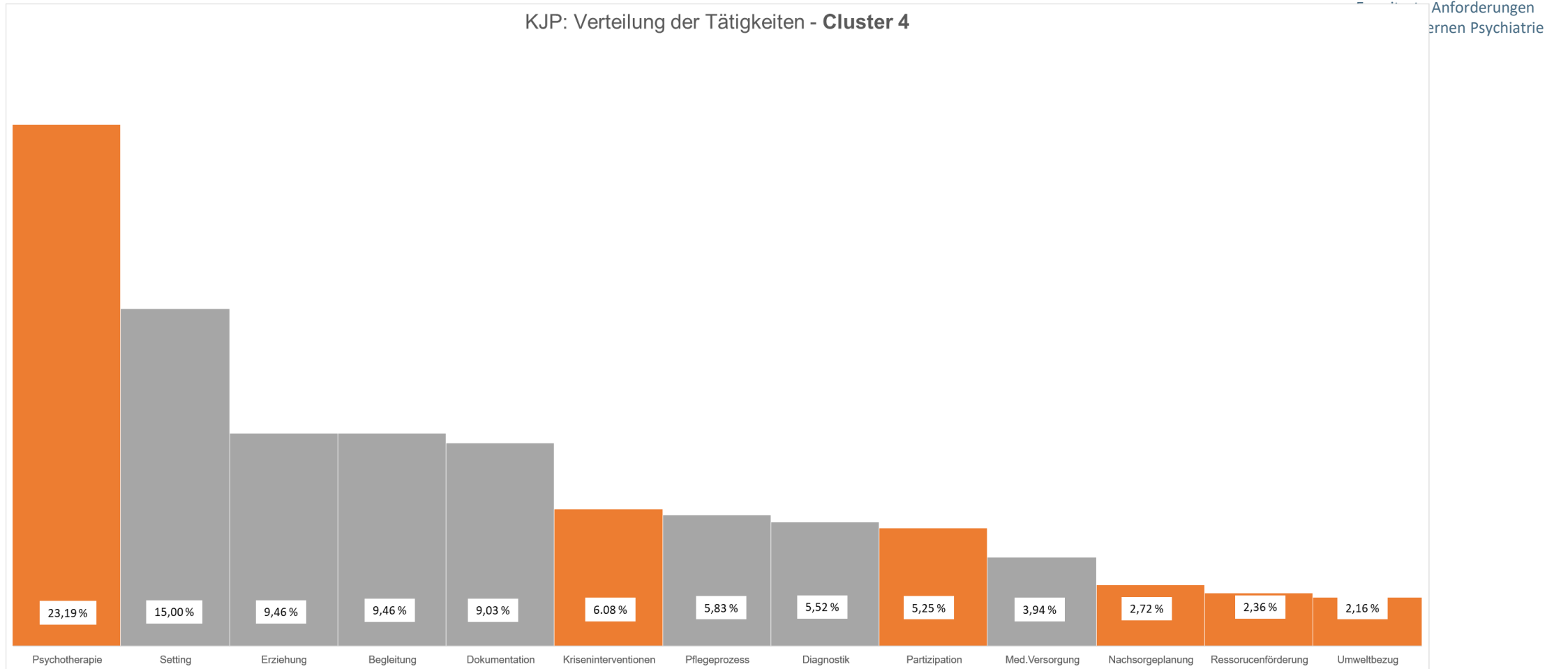
Neue bedarfsgerechte und leitlinienorientierte Zeitwerte

Beispiel „Regelbedarf“ (Cluster 1)



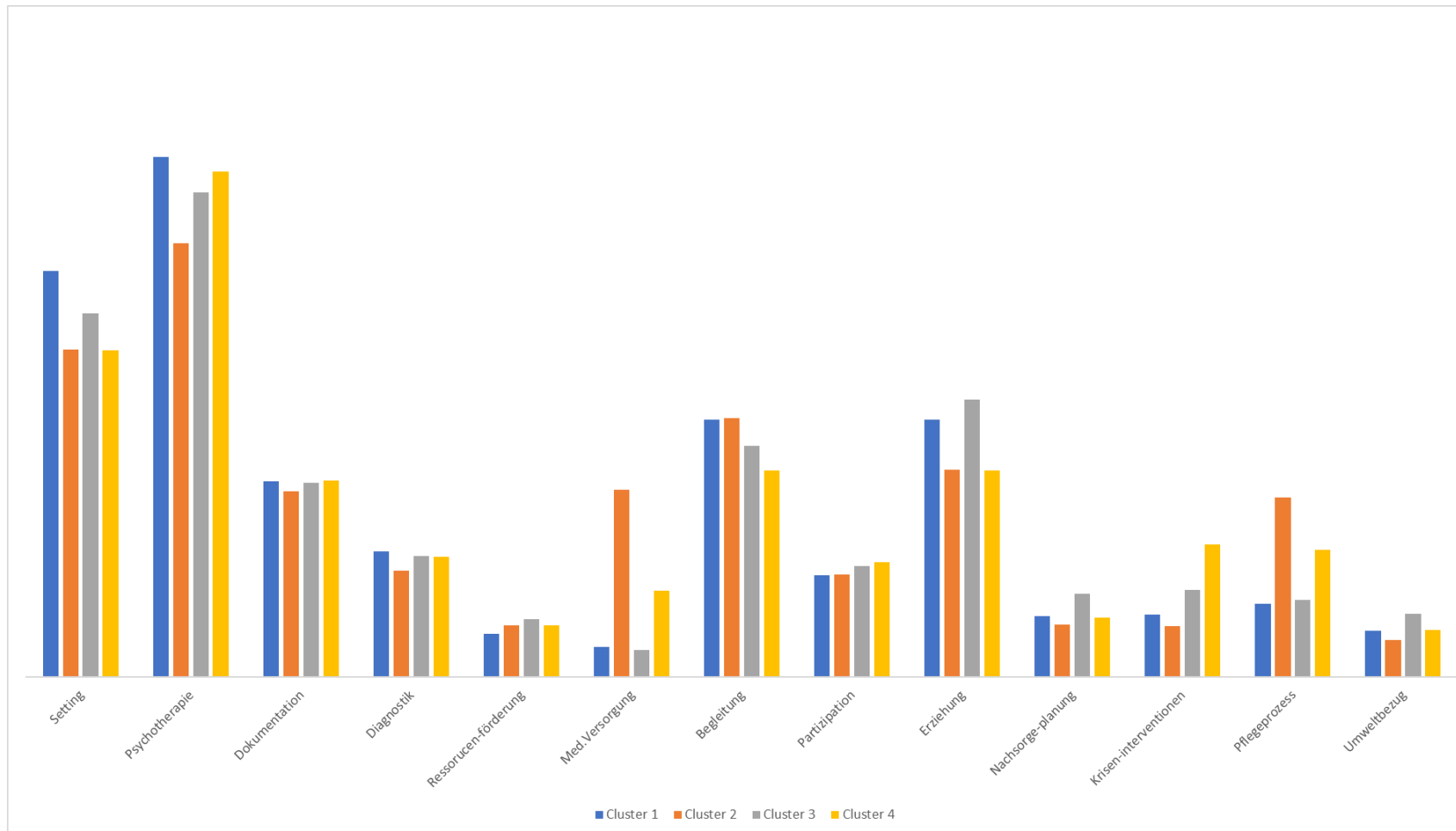
Neue bedarfsgerechte und leitlinienorientierte Zeitwerte

Beispiel „erhöhter psychiatrischer Behandlungsbedarf“ (Cluster 4)



Neue bedarfsgerechte und leitlinienorientierte Zeitwerte

Die Cluster 1 bis 4 im Vergleich – unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte werden deutlich.



Cluster / Tätigkeiten - Verteilung	Setting	Psychotherapie	Dokumentation	Diagnostik	Ressourcen-förderung	Med.Versorgung	Begleitung	Partizipation	Erziehung	Nachsorge-planung	Krisen-interventionen	Pflegeprozess	Umweltbezug
Cluster 1	18,65%	23,89%	8,99%	5,76%	1,97%	1,38%	11,80%	4,66%	11,80%	2,78%	2,87%	3,34%	2,11%
Cluster 2	15,04%	19,91%	8,51%	4,86%	2,38%	8,60%	11,88%	4,68%	9,50%	2,40%	2,31%	8,24%	1,70%
Cluster 3	16,71%	22,24%	8,90%	5,56%	2,65%	1,24%	10,62%	5,08%	12,74%	3,82%	3,99%	3,54%	2,91%
Cluster 4	15,00%	23,19%	9,03%	5,52%	2,36%	3,94%	9,46%	5,25%	9,46%	2,72%	6,08%	5,83%	2,16%

Was hat sich in der Machbarkeitsstudie bewährt?

Fall-Vignetten eignen sich zur Zuordnung von Patient*innen in die Cluster.



Neue Tätigkeitskataloge berücksichtigen neue anforderungsgerechte Aufgabenprofile – Leitlinien- und Expertenkonsens orientiert.



Die neuen Bedarfs-Cluster sind – unabhängig(er) von Diagnose und Setting-Bezug – in der Lage, den Patient*innen-Bedarf widerzuspiegeln.



Die geschätzten Zeitwerte berücksichtigen – abhängig vom Bedarf – unterschiedliche Schwerpunkte des Behandlungsaufwandes.



Es ist aus den Behandlungsbedarfen differenzierter Personalmehrbedarf ableitbar.



Es liegen nun methodische Erkenntnisse und Limitationen vor, die für die Weiterentwicklung des Personalbemessungssystems genutzt werden können.



Vergleich von PsychPV und Plattform-Modell

PSYCH-PV (1991)	PLATTFORM-MODELL (2020)
Interne „Sektorisierung“ (Allgemein, Sucht, Geronto)	3 Bedarfsdimensionen (psychiatrisch, psychotherapeutisch, psychosozial)
25 Behandlungsbereiche	8 Bedarfscluster für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie / 3 Behandlungscluster für Psychosomatik
Beschränkung auf 2 Behandlungssettings (voll- und teilstationär)	Keine Beschränkung auf bestimmte Settings
Berufsbilder und Tätigkeitsprofile der 1980er Jahre	Aktuelle Berufsbilder und Tätigkeitsprofile
Beschränkung auf den Regeldienst	Grundsätzlich keine Beschränkung auf den Regeldienst
Statischer Ansatz	Dynamischer Ansatz

Nervenarzt
<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00995-w>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2020



A. Deister¹ · P. Brückner-Bozetti² · G. Heuft³ · M. Kölich⁴ · M. Klein⁵ · M. Löhr⁶ ·
A. Richert⁷ · I. Hauth⁸

¹Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe, Itzehoe, Deutschland

²Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH/e.V., Bremen, Deutschland

³Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

⁴Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,
Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

⁵Zentrum für Psychiatrie, Klinikum Schloß Winnenden, Winnenden, Deutschland

⁶LWL-Klinikum Gütersloh, Gütersloh, Deutschland

⁷Alexianer St. Hedwig Kliniken, Berlin, Deutschland

⁸Alexianer St. Joseph-Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie

Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell

KJP Artikel bei ZfKJP eingereicht

Vielen Dank