

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

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

Summary

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

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

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

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

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

Z Psychosom Med Psychother 62/2016, 150–166

Keywords

Nursing to Patient Ratios – Psychiatry – Basic Staffing – Patient Safety – Psychiatric Nursing – Psychosomatic Medicine

¹ Fachhochschule der Diakonie Bielefeld.

² LWL-Klinik Münster.

³ Psychiatrisches Krankenhaus Rickling.

⁴ LWL-Klinikum Gütersloh.

⁵ Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

⁶ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld.

⁷ Zentrum für Psychische Erkrankungen am Universitätsklinikum Freiburg.

⁸ Bezirkskrankenhaus Augsburg.

⁹ LVR-Klinik Langenfeld.

¹⁰ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster.

Zusammenfassung

Fragestellung: Ziel dieser Arbeit ist es, auf der Grundlage interner und externer Evidenz die Basisbesetzung einer verantwortbaren Pflege-Patienten-Relation in der teilstationären und stationären Behandlung Erwachsener sowohl in der Psychiatrie als auch der Psychosomatik (PPR-PP) in Deutschland zu definieren. Hierdurch soll auch zukünftig die Patientensicherheit, weitgehend unabhängig vom aktuellen Finanzierungssystem, gewährleistet werden.

Methoden: Nach Identifikation und Berechnung der Basispflegeleistungen (1.) nach Psych-PV sowie (2.) unter Berücksichtigung von personellem Mehraufwand durch normative Vorgaben werden (3.) die Zeitwerte, ergänzt um Ergebnisse interner und externer Evidenz, in die PPR-PP-Level-Struktur überführt.

Ergebnisse: Es lassen sich sieben Level-Definitionen der PPR-PP definieren. Der Unterschied zur Basisbesetzung der Psych-PV liegt je nach Level zwischen +0.5 und +3.81 Stellen im Tagdienst. Für den Nachtdienst werden ebenfalls Pflege-Patienten-Relationen für die sieben Level definiert. Durch die Beantwortung der Leitfragen können konkrete Möglichkeiten zur Einführung und Umsetzung der PPR-PP aufgezeigt werden.

Schlussfolgerung: Die PPR-PP geben eine pflegerische Basisbesetzung unabhängig von dem Finanzierungssystem vor. Neben dieser Basisbesetzung müssen weitere Zeiten für die pflegetherapeutischen Aufgaben definiert werden und zur Basisbesetzung addiert werden. Die Realisierung der PPR-PP würde eine dem heutigen Stand des Wissens entsprechende Personalausstattung im Pflegedienst ermöglichen, die die Patientensicherheit weitgehend gewährleistete.

1. Einleitung

Die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV)“ (1990) wird nach aktuellem gesetzlichem Regelungsstand (PsychEntgG) am 01. Januar 2019 außer Kraft gesetzt. Die Psych-PV legte bisher die quantitativen und qualitativen Vorgaben des Personaleinsatzes in der teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung fest und ist Grundlage für die Verhandlung der Personalkostenvergütung zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern (Kunze et al. 2010). Da die stationären Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in der Psych-PV (noch) keinen Niederschlag gefunden hatten, wurden vor 23 Jahren eigenständige, empirisch ermittelte Personalanhaltszahlen für die Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausabteilungen formuliert (Heuft et al. 1993). Das bisher entwickelte Pauschalierte Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird begleitet von anhaltender Kritik (ackpa et al. 2015; DFPP; BFLK 2015), da mit der Einführung des PEPP-Systems die Finanzierung stationärer Psych-Behandlungen von einem Budget- auf ein Preissystem umgestellt wird.

Diese Umstellung impliziert, dass eine qualitative und quantitative Personalbemessung in den Psych-Fächern nicht mehr notwendig sei. Schon mit der Psych-PV gab es zwischen den Berufsgruppen unterschiedliche Ausschöpfungsgrade – in den Kalkulationshäusern etwa 90 % über alle Berufsgruppen hinweg (Wolff et al. 2015a).

Der tatsächliche Einsatz von Personal hat sich in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern im Pflegedienst seit 1998 negativ im Verhältnis zu den Medizinerinnen entwickelt. So lag die Belastung pro Mitarbeiter je Fallzahl im Jahr 2011 im Pflegedienst +35 % und im ärztlichen Dienst –2 % im Vergleich zu 1998 (Löhr et al. 2014c). In jüngster Vergangenheit wurde in wissenschaftlichen Fachzeitschriften wiederholt diskutiert, Personal über abgrenzbare Berufsprofile so zu bemessen, dass eine leitlinienkonforme und evidenz-basierte Versorgung möglich wäre (Berger et al. 2015; Mehl et al. 2016; Normann et al. 2015). Diese Artikel kommen zu dem Schluss, dass Ärzte und psychologische Psychotherapeuten zu wenige Ressourcen in Form von Stellen zugesprochen bekommen, wenn die Leitlinien mit der Psych-PV und den PEPP-Prognosen verglichen werden. Alle anderen Berufsgruppen scheinen ungefähr in dem Umfang, wie die Psych-PV sie ausweist, ausgebildet zu sein (Berger et al. 2015) oder wurden in der Publikation nicht berücksichtigt (Normann et al. 2015). Aus Sicht von Nienaber et al. (2015) wurden viele Limitationen dieser Annahmen in der Studie von Berger et al. (2015) übersehen. Für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung wurde aktuell auch für den Pflegedienst berechnet, zu welcher Unterdeckung die Durchschnittspreisbildung (vs. den vom InEK selber kalkulierten Minutenwerten, die den Personalanhaltszahlen nahezu vollkommen entsprechen) an den Abteilungen und Universitätsklinikum führen wird (Heuff et al. 2015). Ein ähnlicher Untersuchungsansatz für die Kinder- und Jugendpsychiatrie weist in die gleiche Richtung (Barufka et al. 2015).

Eine adäquate Stellenbesetzung in der stationären und teilstationären Psychiatrie und Psychosomatik (den Psych-Fächern) setzt fraglich eine adäquate Besetzung der Gesundheits- und Krankenpflege voraus, da die Berufsgruppe der Pflege in vielen therapeutischen Bereichen der Krankenversorgung mitarbeitet. Pflege ist auch, aber nicht nur an den kurativen und edukativen Zielsetzungen der Krankenhausbehandlung beteiligt. Keine andere Berufsgruppe ist in so viele unterschiedliche Prozesse der Versorgung eingebunden wie die Pflege (Kocks et al. 2014). Sie erfüllt viele Bedarfe der Patienten jenseits von ärztlicher Behandlung im eigentlichen Sinn und ist maßgeblich an der Patientensicherheit, am interdisziplinären Informationsfluss, der Tagesstruktur der Patienten, der Alltagsbegleitung, der Angehörigenarbeit und der Ablauforganisation im Krankenhaus beteiligt. Nichtpflegerische Berufsgruppen hingegen sind überwiegend in die Diagnostik und Therapie eingebunden und in Zusammenhängen tätig, die eine minutengenaue Ressourcenzuordnung erheblich erleichtern.

Für die Gesundheits- und Krankenpflege in den Psych-Fächern müssen daher weitere Parameter zur Bemessung der Stellen genutzt werden. Nach der Entwicklung der Psych-PV in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts gab es über die letzten 35 Jahre keine Anpassungen an aktuelle Setting-Entwicklungen (Löhr et al. 2015). Behandlungseinheiten wie die sogenannten Langzeitbereiche, die in der Psych-PV noch eine große Rolle spielten, sind kaum noch vorhanden. Die Verweildauern haben sich deutlich reduziert und die Krankenhausbehandlung hat sich weitgehend auf akute Patientenaufnahmen fokussiert. Spezialisierte Behandlungssettings haben sich gebildet und die fachlichen Anforderungen beispielsweise im gerontopsychiatrischen Bereich sind deutlich gestiegen (Noelle et al. 2014; 2010).

Darüber hinaus ist die personelle Ausstattung der Pflege im Nachtdienst von den baulichen Strukturen und dem Verhandlungsgeschick der einzelnen Klinikleitungen abhängig. Fachliche Standards spielen hier eine untergeordnete Rolle. Eine Überprüfung der verhandelten Personalstrukturen ist bisher in der Regel nicht vorgesehen. Alle diese Bedingungen sind Grund für die intensive Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Basispersonalbedarf an Pflegefachpersonen in der stationären beziehungsweise teilstationären psychiatrischen-psychotherapeutischen und psychosomatischen-psychotherapeutischen Psych-Krankenhausbehandlung. Die Basisbesetzung in der stationären beziehungsweise teilstationären Psych-Krankenhausbehandlung im Pflegedienst definieren die Autoren als die Besetzung, die nur im begründeten Ausnahmefall unterschritten werden darf, um einen Stationsbetrieb fachgerecht an sieben Tage die Woche über 24 Stunden aufrechtzuerhalten und damit eine für die Patienten und das Personal sichere und milieuthérapeutische Behandlung zu ermöglichen. Neben der Basisbesetzung sind weitere Einsatzzeiten zu berücksichtigen, die mit pflegetherapeutischen Interventionen im Kontext der spezifischen Patientenklientel und des Behandlungssettings verbunden sind. Diese zusätzlichen Ressourcen stehen nicht im Fokus dieses Artikels.

2. Ziel der vorliegenden Untersuchung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Basisbesetzung im Sinne der oben genannten Definition im Pflegedienst für unterschiedliche Stationstypen der Psych-Fächer, die nur im begründeten Ausnahmefall unterschritten werden darf, zu definieren. Diese Basisbesetzung gewährleistet im Stationsalltag die Sicherheit. Sie beinhaltet die Gestaltung der im engeren Sinne therapiefreien Zeit, das Eingehen auf Bedürfnisse der Patienten, die Assistenz, die Begleitung oder die Anleitung bei Lebensaktivitäten im Rahmen des Erforderlichen, die Behandlungspflege einschließlich Medikamentenvergabe und Krankenbeobachtung, die Verfügbarkeit für ungeplante, entlastende und orientierungsgebende Gespräche und die Präsenz (für Patienten, Angehörige und Dritte), die Aktivitäten zur Herstellung eines therapeutischen Milieus sowie alle nichtdelegierbaren logistischen und administrativen Aufgaben, um einen Stationsbetrieb fachgerecht aufrechtzuerhalten.

3. Methoden

Für die Beantwortung der Fragestellung wird (1.) die Psych-PV als geltendes Instrument der Personalbemessung nach unspezifischen, dem Basisansatz folgenden Pflegeaktivitäten durchsucht und in die neuen Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) überführt. Notwendigkeiten aus aktuellen normativen Gesetzesvorgaben und Richtlinien werden (2.) in die Definition mit eingebunden (Löhr et al. 2015). Der auf eine zu 100 % realisierte Psych-PV bezogene Basisansatz wird dann in neue, dem aktuellen Stand der Psych-Pflege entsprechende

Kategorien (Level) überführt und in Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) ausgedrückt. Die Level der PPR-PP werden (3.) durch interne und externe Evidenz sowie normative Vorgaben gestützt

4. Ergebnisse

Um zu einer Beschreibung der Basisbesetzung in stationären und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Settings zu kommen, kann man die in der Psych-PV (Kunze et al. 2010) vorgesehenen Zeiten für die Pflege in den Psych-Fächern, die außerdem noch dem aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen wären, auf die folgenden Unterkategorien reduzieren:

1. Allgemeine Psych-Pflege
2. Spezielle Pflege
 - 2.1. Somatische Pflege
 - [2.2. Spezielle Psych-Pflege]
 - 2.3. Visiten des Arztes: Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten (Kunze et al. 2010).

Die Kategorie „2.2. Spezielle Psych-Pflege“ wurde in eckige Klammern gesetzt, da diese Zeiten jenseits der hier interessierenden Basisbesetzung zu definieren sind.

4.1. Ermittlung der Zeitwerte

Die so ermittelten Zeiten pro Woche pro Patient (inklusive Sockelwert) werden durch die durchschnittliche Wochenarbeitszeit (38.5 Std.) von Pflegefachpersonen dividiert. Die durchschnittliche Arbeitszeit kann je nach Tarifvertrag und Bundesland leicht abweichen. Hier ist kritisch zu berücksichtigen, dass bei einer höheren Wochenarbeitszeit ein geringerer Personalbedarf errechnet würde. Aus der dargestellten Formel errechnet sich eine Vollkraftäquivalenzziffer (1 VK = eine ganze Stelle) für den Tagesdienst. Diese VK berücksichtigt noch keine Fehlzeitquote, keinen Nacht- und keine abteilungs- oder/und einrichtungsleitenden Pflegestellen.

Die Anzahl der VK und die Umrechnung in Pflege-Patienten-Relationen werden in der Tabelle 1 für die Psych-PV Kategorien A, S, G 1–2 und A, S, G 6 (Regel-, Intensiv- und tagesklinische Behandlung) dargestellt. Auf die Explizierung der weiteren Psych-PV-Gruppen wird verzichtet, da diese in der Praxis kaum eine Rolle spielen (Godemann et al. 2015). In der Arbeit von Wolff et al. (2015) wurde in einer zweiwöchigen Vollerhebung eines Universitätsklinikums die Aufteilung der Arbeitsinhalte pro Berufsgruppe erhoben. Hier konnte für den Pflegedienst gezeigt werden, dass über alle Behandlungsbereiche und Pflegequalifikationen hinweg etwa 65 % der Arbeitszeit Basisaktivitäten sind. Im Kontext der speziellen Psych-Pflege (Therapy sessions [Einzel- und Gruppentherapie], Routine care [Stationsrunden und Patientenanleitung]) waren etwa 35 % der Aktivitäten angesiedelt (Wolff et al. 2015b).

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

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

*Ausnahme tagesklinische Behandlung, hier nur eine Schicht

Im Weiteren werden die Stellenanteile einer hundertprozentigen Psych-PV-Ausstattung im Pflegedienst auf Aktualität überprüft und um die Stellenanteile modifiziert, die für eine dem aktuellen Stand des Wissens entsprechende Pflege in der stationären und teilstationären Psychiatrie und Psychosomatik im Basisansatz notwendig sind. Auch hat sich der Aufwand für die Pflegedokumentation, Pflegeplanung und Administration deutlich erhöht (Hodek et al. 2011; Hoffmann u. Rieger 2010); diese Zeiten gilt es einzupassen. Die Überführung kann aufgrund der Datenlage nur über einen normativen Ansatz erfolgen, da die empirische Datenlage nicht ausreichend ist.

Zur Beschreibung dieser Aufwände orientieren wir uns an der ersten Gliederungsebene der Psych-PV. Der Nachtdienst wird gesondert beschrieben.

4.2. Allgemeine Pflege

Die Patientenbeobachtung und Patientenbetreuung hat einen hohen Stellenwert in der Basisversorgung der Patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik, um Sicherheit herzustellen. Vor allem bei Patienten mit Steuerungsproblemen sowie selbst- und/oder fremdgefährdenden Anteilen stellen diese Basisleistungen einen wichtigen präventiven Beitrag in der stationären und teilstationären Versorgung dar. Hierfür ist eine entsprechende ausreichende Personalausstattung im Pflegedienst notwendig (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006). Es konnte gezeigt werden, dass die Anzahl an Pflegepersonen einen Einfluss auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen hat (Bowers et al. 2014; Gerolamo 2006). Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass es sich um ausgebildetes Pflegefachpersonal handelt. Staggs et al. (2013) konnten zeigen, dass es nicht ausreicht, ausschließlich die Anzahl an Personen zu erhöhen, da dies mit einer Steigerung der gewalttätigen Situationen korreliert (Staggs 2013).

Hoffmann und Rieger (2010) überprüften in ihrer Studie, ob die Standardvorgaben der Psych-PV den realen Arbeitsanfall abdecken. Im Rahmen der Studie wurden die Mitarbeiter des Pflegedienstes, 9.18 Stellen im Tagdienst (100 % gemäß Psych-PV entsprechen 11.28 Stellen), und des ärztlichen Dienstes, 2.7 Stellen (100 % gemäß Psych-PV entsprechen 1.75 Stellen), von insgesamt 14 Ratern mit Hilfe der Methode

der Multimomentaufnahme (MMA) an Werktagen beobachtet. Ort der Untersuchung war eine allgemeinpsychiatrische Station mit 21 Betten. Im Bereich der Pflegedokumentation fanden die Autoren einen 2.9-fach höheren realen Aufwand, als in der Psych-PV vorgesehen.

Hodek et al. (2011) untersuchten auf einer allgemeinpsychiatrischen Station mit einem Erfüllungsgrad von 74.4 % gemäß Psych-PV im Pflegedienst und einer gerontopsychiatrischen Station mit 70.5 % Psych-PV-Erfüllungsgrad im Pflegedienst eines psychiatrischen Fachkrankenhauses, in wie weit die Vorgaben der Psych-PV die anfallenden Tätigkeiten von Pflegenden und Ärzten abbildet. Die Autoren nutzten für die Untersuchung eine Tätigkeitsanalyse durch Fremdbeobachter. Die Beobachtungen erstreckten sich über eine reguläre Arbeitswoche. Hier wurden in der Früh- und Spätschicht je zwei Pflegenden beobachtet. Des Weiteren wurden pro Tag zwei Ärzte in der Regeldienstzeit beobachtet. Deutlich wurde, dass eine große Differenz zwischen der Soll-Vorgabe der direkten Pflege (61.5 %) und der Ist-Situation (25.9 %) zu finden ist. Die Werte für die gerontopsychiatrische Station unterschieden sich nicht gravierend (Hodek et al. 2011). Die Ergebnisse im ärztlichen Dienst zeigten dieselbe Tendenz wie im Pflegedienst. Auch hier gab es auf der allgemeinpsychiatrischen Station eine Verschiebung der Tätigkeiten aus der direkten (17.9 % unterhalb der Psych-PV-Vorgabe) in die indirekte Behandlung. Der Aufwand für Administration und Dokumentation (28.6 %) wurde auf der gerontopsychiatrischen Station annähernd um das Vierfache der Psych-PV-Vorgabe (7.6 %) überschritten. Auf der allgemeinpsychiatrischen Station wurden die Tätigkeiten der Dokumentation und Administration ebenfalls um das Dreifache (31.6 %) der Arbeitszeit im Vergleich zur Psych-PV-Vorgabe (9.8 %) überschritten (Hodek et al. 2011).

Mit der Einführung der nationalen Expertenstandards in der Pflege (Moers u. Schiemann 2004; Schiemann u. Moers 2007) sind, der aktuellen Evidenz entsprechend, Aufwände in Versorgung und Schulung hinzugekommen. Diese Aufwände sind schwer zu beschreiben und können nur der internen Evidenz folgend geschätzt werden, da nationale Expertenstandards, so wie auch die Leitlinien, nicht zur Personalbemessung entwickelt wurden.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie ist in der Basisbesetzung nach Psych-PV in jedem Fall von einer Unterdeckung auszugehen. Hier konnte in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen werden, dass die Psych-PV-Zeitwerte für die somatische Versorgung von Menschen mit SGB XI attestierten Pflegestufen deutlich differieren (Noelle et al. 2014; 2010). Noelle et al. (2014) beschrieben, dass in einer untersuchten Stichprobe bei 1813 Patienten in der Psych-PV-Kategorie G1 und 653 Patienten in der Kategorie G2 nur 37 Minuten pro Tag für Pflegeleistungen nach SGB XI über die Psych-PV zur Verfügung stehen. Von diesen Patienten hatten 28.9 % die Pflegestufe I, 19.5 % die Pflegestufe II und 5.9 % die Pflegestufe III. In 45.7 % der Stichprobe lag keine Pflegestufe vor. Nimmt man nun die Minimumwerte der Pflegezeiten nach SGB XI, bestünde hier – in defensiver Betrachtungsweise – ein Bedarf von 78 Minuten pro Tag je Patient. Im Bereich der somatischen Pflege bedeutete dies eine Erhöhung um 111 % gegenüber der Psych-PV-Vorgabe (Noelle et al. 2014).

4.3. Somatische Pflege

Ein auffälliges Ergebnis von Hoffmann und Rieger (2010) ist der erhobene hohe Zeitaufwand im Bereich der somatischen Pflege. Die Kategorie „Richten und Ausgeben von Medikamenten“ stellte sich in der Ist-Situation als doppelt so umfangreich dar wie die Soll-Vorgabe. Die Autoren haben aufgrund des hohen Zeitanteils eine schriftliche Nacherhebung für die Kategorie „Richten und Ausgeben“ der Medikamente durchgeführt. Hier wurde transparent, dass das Richten der Medikamente 34 % der Gesamtzeit der Kategorie ausmacht.

4.4. Mittelbare patientenbezogene Tätigkeit

Hoffmann und Rieger (2010) fanden die größte Differenz in ihrer Untersuchung bei der „internen Disposition“ im Rahmen der Stationsorganisation. Der gemessene Wert liegt 20-fach über der Vorgabe der Psych-PV. Die Zeiten für interne Fort- und Weiterbildungen lagen bei Hoffmann und Rieger (2010) sowie bei Hodek et al. (2011) unterhalb den Vorgaben der Psych-PV. Dieser Befund deckt sich mit den Daten des statischen Bundesamtes. Das Ausbildungsniveau der Pflegenden ist in den letzten Jahren nicht gestiegen. In der Krankenhausstatistik des statistischen Bundesamtes wird deutlich, dass nur noch 46 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser Fachpflegende der Psychiatrie beschäftigen (Statistisches Bundesamt 2015).

4.5. Qualifikation der Mitarbeiter

Die Qualifikation der Mitarbeiter im Pflegedienst ist ein wichtiger Qualitätsaspekt. In einer Untersuchung über sieben Jahre konnte in England gezeigt werden, dass in 50 % der Kliniksuzide kein ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal mit der Intensivbetreuung betraut war (National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness 2015). Auch kann als gesichert gelten, dass bei der Zunahme von gering qualifiziertem Personal die Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen steigt (Nienaber et al. 2013). Neben den berufsfachlichen Schulungsmaßnahmen sind interne Schulungen zu berücksichtigen, die aufgrund neuer oder erweiterter normativer Vorschriften hinzugekommen sind (z. B. Medizinproduktebetriebsverordnung; Erste Hilfe; Brandschutz; Hygiene; qualitätssichernde Maßnahmen). Hier entstehen zusätzliche und wiederkehrende Schulungsaufwände, die in einer Untersuchung bei konservativer Betrachtungsweise auf 21 Minuten pro Fall berechnet wurden (Löhr et al. 2015).

4.6. Nachtdienst

Der Nachtdienst wurde in der Psych-PV als extra zu verhandelnde Position beschrieben. Dies sollte den Kliniken die Freiheit geben, den speziellen Versorgungssituationen und -strukturen Rechnung zu tragen. Wie bereits erwähnt, gab es zur Zeit der Entwicklung der Psych-PV noch vielerorts Langzeitbereiche in den Fachkliniken, wobei die Verweildauern länger und die zu behandelnden Patienten im

Tabelle 2: Level-Beschreibung zur Definition von Pflege-Patienten-Relationen bei einer Stationsgröße von 18 Patienten

Level	Setting	Behandlungsbereich	Relation Pflege zu Patienten	Nachtrelation Pflege zu Patienten
0	Tagesklinische Behandlung Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	1:9	
1	Tagesklinische Behandlung	Gerontopsychiatrie	1:6	
2	Konzeptstationen ohne Aufnahmeverpflichtung	Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	1:8	1:9
3	Konzeptstationen ohne Aufnahmeverpflichtung	Gerontopsychiatrie	1:5	1:9
4	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen (Diagnosen unspezifisch, durchgehende Bezugsstruktur)	Sucht, Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik	1:5	1:9
5	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen (Diagnosen unspezifisch, durchgehende Bezugsstruktur)	Gerontopsychiatrie	1:4	1:6
6	Akutaufnahmestation mit Aufnahmeverpflichtung	Sucht und Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie	1:5	1:6
7	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen mit und ohne Aufnahmeverpflichtung (Spezialstation für Menschen mit Demenz)	Gerontopsychiatrie	1:3	1:6

Schweregrad der Erkrankung eher durchmischt waren. Heute fokussiert die stationäre und teilstationäre Behandlung auf den akut erkrankten Patienten mit deutlich kürzeren Verweildauern. Sektorenstationen sind weitgehend von Konzeptstationen abgelöst worden. Die Spezialisierung der Behandlung und die Akuität der Fälle bedürfen einer festen und nicht dem Verhandlungsgeschick der Selbstverwaltungspartner determinierten Besetzung, auch im Nachtdienst. Die Nachtsituation ist für viele Patienten in psychischen Krisen eine sehr vulnerable, wobei auf gerontopsychiatrischen Stationen der somatische Versorgungsbedarf hinzukommt. Die Zunahme an Patienten mit dementiellen Störungen und multimorbidem Krankheitsgeschehen macht die pflegerische Versorgung über 24 Stunden hinweg komplex (Löhr et al. 2014a, 2014b). Auch hier bedarf es einer Besetzungsrelation, die die Patientensicherheit gewährleistet.

Tabelle 3: Vergleich der Psych-PV Relationen mit den PPR-PP im Tagdienst bei einer Stationsgröße von 18 Patienten

Level	Setting	Behandlungsbe- reich	Passende Psych-PV Kategorie	Relation PPR-PP	Relation Psych-PV	Differenz in VK-Stel- len im Tag- dienst
0	Tagesklinische Be- handlung Sucht, Allge- meinspsychiatrie und Psychosomatik	Sucht, Allge- meinspsychiatrie und Psychoso- matik	A6 und S6	1:9	1:21.25	+1.15 ^a
1	Tagesklinische Be- handlung	Gerontopsychi- atrie	G6	1:6	1:15	+1.80 ^a
2	Konzeptstationen ohne Aufnahmever- pflichtung	Sucht, Allge- meinspsychiatrie und Psychoso- matik	A1, S1	1:8	1:9	+0.5 ^b
3	Konzeptstationen ohne Aufnahmever- pflichtung	Gerontopsychi- atrie	G1	1:4	1:4.7	+1.34 ^b
4	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen (Diagnosen unspezi- fisch, durchgehende Bezugsstruktur)	Sucht, Allge- meinspsychiatrie und Psychoso- matik	9 Pat. A1 u. S1 9 Pat. A2 u. S2	1:5	1:9 1:5.8	+2.1 ^c
5	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen (Diagnosen unspezi- fisch, durchgehende Bezugsstruktur)	Gerontopsychi- atrie	9 Pat. G1 9 Pat. G2	1:4	1:4.7 1:4.4	+1.08 ^c
6	Akutaufnahmestation mit Aufnahmever- pflichtung	Sucht und Allge- meinspsychiatrie, Gerontopsychi- atrie	A2, S2, G2	1:4	1:5.3	+2.20 ^b
7	Akutaufnahme- und Behandlungsstationen mit und ohne Aufnah- meverpflichtung (Spe- zialstation für Men- schen mit Demenz)	Gerontopsychi- atrie	G2	1:3	1:4.4	+3.82 ^b

Formel a zur Berechnung der Differenz auf zwei Nachkommastellen der Level 0 und 1

Differenz = (Relation PPR-PP * Patientenzahl) – (Relation Psych-PV * Patientenzahl)

Formel b zur Berechnung der Differenz auf zwei Nachkommastellen der Level 2, 3, 6 und 7

Differenz = [(Relation PPR-PP * Patientenzahl) – (Relation Psych-PV * Patientenzahl)]*2

Formel c zur Berechnung der Differenz auf zwei Nachkommastellen der Level 4 und 5

Differenz = [(Relation PPR-PP * Patientenzahl) – ((Relation Pat.Gruppe 1 Psych-PV * Patientenzahl) + (Relation Pat.Gruppe 2 Psych-PV * Patientenzahl))]*2

4.7. Tagesklinik

Die besondere Situation der Tageskliniken wird bei der Betrachtung der Tabelle 1 deutlich. Hier zeigt sich, dass gerade in der Basisbesetzung nach Psych-PV eine Tagesklinik ökonomisch kaum zu betreiben ist, da auch hier die Anforderungen an eine moderne tagesklinische Behandlung gestiegen sind.

Unter Berücksichtigung der dargestellten Veränderungen und dem Erfahrungswissen der Autoren wurden die Ergebnisse in eine neue PPR-PP überführt (vgl. Tabelle 2). Die unterschiedlichen Relationen werden über Settingmerkmale in Level definiert. Vergleicht man die Relationen aus der Psych-PV mit denen der PPR-PP, dann wird deutlich, dass es einen Anstieg der Personalkosten geben wird. Der größte Anstieg ist, relativ gesehen, im Bereich der Tageskliniken und auf Spezialstationen für Menschen mit Demenz zu erwarten (vgl. Tabelle 3).

5. Diskussion

Wird die Psych-PV auf einen Basispflege-Ansatz reduziert, zeigt sich eine unterschiedliche Gewichtung der Basisbesetzung. So liegen die stationären Bereiche der Allgemeinpsychiatrie (A) und Suchtkrankenbehandlung (S) in den Kategorien 1–2.6 nahe zusammen (vgl. Tab. 1). Die Basisbesetzung innerhalb der Gerontopsychiatrie (G) liegt in der 1er Kategorie etwa 17 %, in der 2er Kategorie etwa 12 % und in der 6er Kategorie etwa 9 % über den Bereichen (A) und (S). Dieses Ergebnis scheint insoweit bemerkenswert, da mit dem Eintritt einer intensiven Behandlungsnotwendigkeit (2er Kategorien der Psych-PV) der Anteil der Basisbesetzung zugunsten der therapeutisch-pflegerischen Aspekte abnimmt. Auch wird deutlich, dass die tagesklinische Behandlung eine sehr geringe Basisbesetzung nach Psych-PV aufweist.

Die Psych-PV ist Verhandlungsgrundlage für die Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhaus. Vielerorts wird sie nur noch als Orientierungsmaß genutzt. Aber auch da, wo sie noch substanziell genutzt wird, wird eine hundertprozentige Ausfinanzierung nicht realisiert. Es ist nach wie vor eines der bestgehüteten Geheimnisse, wie viel der verhandelten Psych-PV-basierten Personalvergütungen die Kliniken und Abteilungen tatsächlich in die Patientenversorgung investieren. Auch gibt es noch keine gesetzliche Nachweispflicht zum Einsatz der verhandelten Stellen. Hier wurden in der Vergangenheit Betriebskosten unterschiedlich eingesetzt. So konnten Wolff et al. (2015) nachweisen, dass die Kalkulationshäuser nur mit durchschnittlich 90 % Psych-PV in die Kalkulation gehen. Für den Pflegedienst sind es gerade mal 84 % (Wolff et al. 2015a). Löhr et al. (2014) wiesen nach, dass die Stellenentwicklungen der einzelnen Berufsgruppen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern nicht parallel verliefen und Schief lagen in der Stellenentwicklung zu erkennen sind (Löhr et al. 2014c). Schon 2007 zeigte die Aktion Psychisch Kranke e. V. auf, dass ein Trend der Stellenaushöhlung begonnen hatte (Aktion Psychisch Kranke e. V. 2007). Auch wurde der reduzierte Einsatz an Personal im Pflegedienst in den Publi-

kationen von Hodek et al. (2011) mit 74.4 % und 70.5 % Psych-PV-Erfüllungsgrad sowie Hoffmann und Rieger (2010) mit 81 % Psych-PV-Erfüllungsgrad evident.

Die Autoren fanden keine Studie, die einen direkten Einfluss der Pflege-Patienten-Relation auf die Mortalität in der psychiatrischen Versorgung zeigen würde. Dieser Indikator scheint allerdings auch für die Psych-Fächer wichtig zu sein (National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness 2015). Denn in der somatischen Krankenhausversorgung konnte dieser Zusammenhang nachgewiesen werden. So untersuchten Aiken et al. (2014) 422.730 Patienten über 50 Jahre mit unterschiedlichen Erkrankungen in 300 Krankenhäusern in neun europäischen Ländern mit dem Ergebnis, dass bei einer Zunahme der Arbeitslast um einen Patienten pro Pflegeperson die Mortalität 30 Tage nach Aufnahme um 7 % zunimmt (odds ratio 1.068, 95 %-CI 1.031–1.106) und bei jeder zehnzehntigen Zunahme der Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss die Sterblichkeit um 7 % reduziert werden konnte (0.929, 0.886–0.973). Im Gesamtkontext konnte gezeigt werden, dass Krankenhäuser mit einem Anteil von 60 % der Pflegepersonen mit einem Bachelorabschluss, die im Durchschnitt jeweils nicht mehr als sechs Patienten zu versorgen haben, eine um 30 % geringere Sterblichkeitsraten 30 Tage nach Aufnahme haben gegenüber Kliniken, die mit 30 % Bachelorabsolventen in der Pflege arbeiten, mit durchschnittlich acht Patienten im Workload.

Duffield et al. (2011) haben in einer australischen Longitudinalstudie auf einer somatischen Station den Zusammenhang zwischen Besetzung mit ausgebildetem Pflegepersonal, Arbeitsbelastung und unruhiger Station zum einen sowie Zwischenfällen bei Patienten auf der anderen Seite untersucht. Im Hinblick auf Zwischenfälle beziehungsweise negative Outcomes wurden auf den untersuchten Stationen für Innere Medizin und Chirurgie Stürze der Patienten und Fehler bei der Medikamentengabe gezählt. Die Datenerhebung erfolgte über fünf Jahre. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass mehr qualifiziertes Personal zu weniger Zwischenfällen führt. Umgekehrt führen die Flexibilisierung von Arbeitsverträgen und eine bedarfsorientierte Zuweisung von Personal auf die Stationen zu instabilen Situationen in den einzelnen Bereichen. Die wahrgenommene Stabilität der Stationsatmosphäre durch die Pflegenden war ein wichtiger Prädiktor für die Frage nach Zwischenfällen bei Patienten (Duffield et al. 2011).

Weitere Autoren konnten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einer erhöhten pflegerischen Besetzung und Outcome-Faktoren für die Behandlung feststellen (Needleman et al. 2002; Rafferty et al. 2007). Auch wenn es sich um Untersuchungen im somatischen Kontext handelt, sind ähnliche Zusammenhänge aufgrund häufiger multimorbider Krankheitsbilder zumindest im gerontopsychiatrischen Bereich denkbar (Schütz u. Füsgen 2013). Darüber hinaus gibt es somatisch mit zu behandelnde Patienten mit erhöhten Risiken in beiden Psych-Fächern.

Gerolamo (2006) stellte im Kontext von freiheitseinschränkenden Maßnahmen fest: „Wenn das Outcome (Episode einer physischen freiheitseinschränkenden Maßnahme) als Behandlungsfehler betrachtet wird, ebenso wie Tod oder Komplikationen, dann ist eine Verbindung zu der Qualität der Pflege herzustellen.“ (S. 182). Im

Weiteren kommt Gerolamo (2006) in ihrer konzeptuellen Übersichtsarbeit zum Schluss, dass es einen starken evidenten Zusammenhang zwischen Mitarbeitern, Skill-Mix, Praxis der Pflegenden und physischen freiheitseinschränkenden Maßnahmen zu geben scheint. Auch der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Report (2001) zeigt, dass eine Vielzahl von Todesfällen bei physisch freiheitseinschränkenden Maßnahmen mit dem Einsatz von ungeschultem Personal einhergehen.

Hoffmann und Rieger (2010) interpretierten ihre Ergebnisse als objektiven Beleg dafür, dass die Psych-PV für den Bereich der Ärzte und Pflegekräfte überholt ist. Diese Situation begründen sie mit dem erhöhten Aufwand an Dokumentation und Organisation. Die Ressourcen für die Administration fehlen im Bereich der direkten Patientenversorgung. Die beiden Autoren votieren dafür, die Zeitwerte der Psych-PV anzupassen, da eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes nicht realistisch erscheine. Im Weiteren schätzen sie den Effekt, der durch die Einstellung von Hilfskräften zur Übernahme berufsfremder Tätigkeiten eintreten würde, als gering ein.

Hodek et al. (2011) kommen zum Schluss, dass eine Abweichung der Tätigkeiten von den Vorgaben der Psych-PV festzustellen ist. Die Dokumentation und Administration nimmt viel – deutlich über dem Psych-PV-Soll – Zeit in Anspruch. Weitgehend unbeachtet ist die Entwicklung der Stationsgrößen von psychiatrischen und psychosomatischen Stationen. Wobei die Größe der Stationen und damit die Menge der Aufnahmen einen deutlichen Einfluss auf die Anzahl verbaler und nonverbaler Eskalationen hat (Ng et al. 2001; Nienaber et al. 2013). Dieser Aspekt sollte in zukünftigen Arbeiten ebenfalls berücksichtigt werden.

Die dargestellten PPR-PP sind unabhängig von einem bestimmten Finanzierungssystem relevant. Die so definierte Besetzung ist notwendig, um ein sachgerechtes Maß an Patientensicherheit zu gewährleisten. Die Relationen im Tagdienst beziehen sich auf 16 (2×8) Stunden und die Relationen im Nachtdienst auf acht Stunden. Alle dargestellten Relationen sind Netto-Besetzungen. Das bedeutet, dass Fehlzeiten wegen zum Beispiel Krankheit, Mutterschutz, externer Bildungsgänge, Urlaub, und so weiter noch zu berücksichtigen sind.

Limitierend muss dargestellt werden, dass die PPR-PP einem weitgehend normativen Ansatz folgen. Diese Einschränkung haben die Psych-PV und die Personalanzahlzahlen allerdings auch, wobei deren Ermittlung jeweils auf empirischen Erhebungen fußt. Nicht alle Relationen lassen sich eindeutig über Zeitwerte aus der Literatur ableiten. Die dargestellten Level sind ein erster Ansatz, der noch weiter expliziert werden muss. Mit der Überprüfung der PPR-PP sind bürokratische Aufwände verbunden. Allerdings scheint ein normativer Ansatz ohne Sanktionspotential ein stumpfes Instrument zu sein (Buchan 2005). Weiterhin ist hervorzuheben, dass die Umsetzung der Basisbesetzung noch keine auskömmlich umgesetzte Personalbesetzung beschreibt. Zu der Basisbesetzung müssen additiv die Zeiten für evidenzbasierte spezielle Psych-Pflege der Patienten mit unterschiedlichen Schweregraden und Diagnosen ergänzt werden. Die Definition von Pflege-Patienten-Relationen hat für die Kliniken nicht nur Vorteile. So formulierte Buchan (2005) Vor- und Nachteile für die Definition von Relationen (vgl. Tabelle 4). Auch formulierte Buchan (2005) zwölf

Tabelle 4: Argumente für und gegen Minimum-Personal-Patienten-Relationen (Buchan 2009, S. 243)

Positiv	Negativ
Kann zum Stopp oder zur Umkehr des Abbaus von Pflegepersonal führen.	Definiertes „Minimum“ – wird zur mittleren oder maximalen Personalausstattung.
Kann zur Stabilität der Mitarbeiterbindung beitragen – mehr Wiederkehrer und geringerer Einsatz von Leasing Personal.	Das definierte Minimum – ist fraglich ausreichend auf die Arbeitsbelastung ausgerichtet.
Einfach zu implementieren und einfach zu verstehen.	Problem der Einhaltung und Frage der Sanktion bei Nichteinhaltung.
Bietet einen Standardansatz; reduziert das Bedürfnis nach komplexen lokalen Systemen.	Was sind die Kosten der Einführung? Wird anderes Personal reduziert?
Bei verpflichtender Einführung gelten die Vorgaben für alle Arbeitgeber.	Frage der (In-)flexibilität und der Passung der Vorgabe für alle.

Leitfragen, die er für die Definition von Pflege-Patienten-Relationen aufgestellt hat. Die Autoren dieser Arbeit haben die PPR-PP mit der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) und der Bundesfachvereinigung leitender Pflegefachpersonen in der Psychiatrie (BFLK) konsentiert und sich bei der Beantwortung der Leitfragen mit DFPP und BFLK abgestimmt. Es ist davon auszugehen, dass die hier entwickelten Grundannahmen gleichermaßen für die pflegerische Basisversorgung im Fachgebiet Psychosomatik-Psychotherapie gilt. – Die Leitfragen und deren Beantwortung sind in Tabelle 5 abzulesen (Die Tabelle 5 ist online zugänglich).

6. Schlussfolgerung

Die Psych-PV als Personalbemessungs- und Budgetfindungsinstrument hat in wenigen Jahren ausgedient. Ein Preissystem wie das PEPP-System sieht keine Personalvorgaben vor. Daher ist die Definition von Personalvorgaben, unabhängig von einem bestimmten Finanzierungssystem, sowohl in der Psychosomatik als auch in der Psychiatrie notwendig. Der hier dargestellte Ansatz der PPR-PP folgt der Logik einer Pflege-Patienten-Relation für eine Basisbesetzung. Weitere Zeiten und damit Stellen müssen für definierte Behandlungsansätze ergänzt werden. Die PPR-PP Logik hat den Anspruch, der aktuellen Evidenz und normativer Vorgaben folgend, den unterschiedlichen Behandlungssettings eine pflegerische Basisbesetzung zur Sicherstellung der basalen Patientensicherheit zuzuordnen. Ein weiterer inhaltlicher und politischer Diskussionsprozess ist notwendig, um auch in Zukunft Patientensicherheit durch Quantität und Qualität in der Pflege in den Psych-Fächern herzustellen.

Die Autoren geben an, keine Interessenkonflikte im Kontext dieser Arbeit zu haben.

Literatur

- ackpa, AKP, APK, BAG-Psychiatrie, BAG-KJPP, BAG-PED-KJPP, BApK, BDK, BFLK, DFPP, DGBS, DGGPP, DGKJP, DGPPN, VKD (2015): Gemeinsamer Standpunkt zum neuen Entgeltssystem für Psychiatrie und Psychosomatik. Online unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/Gemeinsamer_Standpunkt_zum_neuen_Entgeltssystem_f%C3%BCr_Psychiatrie_und_Psychosomatik__2_.pdf. Zugriff: 27.7.2015.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., RN4CAST consortium, R. C. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383, 1824–1830.
- Aktion Psychisch Kranke e. V. (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Barufka, S., Heller, M., Prayon, V., Fegert, J. M. (2015) Normative Vorgaben zum Personaleinsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt Preisfindung an Hand von Mittelwerten unter Konvergenzbedingungen. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother* 43, 411–423.
- Berger, M., Wolff, J., Normann, C., Godemann, F., Schramm, E., Klimke, A., Heinz, A., Herpertz, S. (2015): Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalmittlung am Beispiel Depression. *Nervenarzt* 86, 542–548.
- Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., James, K. (2011): Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48, 1459–1465.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Iennaco, J. D. (2014): Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64, 423–430.
- Buchan, J. (2005): A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. *Journal of Health Services Research & Policy* 10, 239–244.
- DFPP, BFLK (2015): Patientenversorgung in Gefahr – Neues Entgeltssystem ohne Personalbemessung, Verbände fordern eine Gewährleistung von Strukturqualität in der Psychiatrie nach Wegfall der Psych-PV. Online unter: http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/SN_Strukturqualitaet_DFPP-BFLK.pdf. Zugriff: 27.7.2015.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., Aisbett, K. (2011): Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res* 24, 244–255.
- Gerolamo, A. M. (2006): The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20, 175–185.
- Godemann, F., Wolff-Menzler, C., Löhr, M., Nitschke, R., Salize, H., Seemüller, F., Laengle, G., Wolff, J., Hauth, I. (2015): Berechnung der Personalbemessung bei einer Umsetzung von 100 % Psych-PV. *Nervenarzt* 86, 845–851.
- Heuft, G., Senf, W., Janssen, P., Pontzen, W., Streeck, U. (1993): Personalanzahlzahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 262–270.
- Heuft, G., Hochlehnert, S., Barufka, S., Nikendei, C., Kruse, J., Zipfel, S., Hofmann, T., Hildenbrand, G., Cuntz, U., Herzog, W., Heller, M. (2015) Normativ-empirische Bestimmung des

- Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 384–391.
- Hodek, J. M., Scholz, S., Vieten, B., Greiner, W. (2011): Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst: Abgleich der PsychPV-Vorgaben mit dem Arbeitsalltag auf einer stationären psychiatrischen Einrichtung. *Nervenarzt* 82, 351–359.
- Hoffmann, M., Rieger, W. (2010): Vorgaben und Realität der PsychPV: Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. *Nervenarzt* 81, 1354, 1356–1359, 1361–1362.
- Kocks, A., Michaletz-Stolz, R., Feuchtinger, J., Eberl, I., Tuschy, S. (2014): Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 108, 18–24.
- Kunze, H., Kaltenbach, L., Kupfer, K. (2010): *Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Löhr, M., Nitschke, R., Schulz, M., Wolter, A., Hennings, A., Wolff-Menzler, C., Behrens, J. (2014a): Leistungsdokumentation durch Therapieeinheiten bei stationär behandelten Menschen mit dementieller Erkrankung – erlauben sie Rückschlüsse auf das Leistungsgeschehen? Eine explorative Analyse. *Gesundheitswesen* 76, 479–485.
- Löhr, M., Schulz, M., Behrens, J. (2014b): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psych Pflege Heute* 20, 189–195.
- Löhr, M., Schulz, M., Kunze, H. (2014c): Wegfall der Psych-PV – was dann? *Psych Pflege Heute* 20, 140–155.
- Löhr, M., Sauter, D., Nienaber, A., Heuft, G., Ahrens, R., Oppermann, G., Heinz, A., Schulz, M., Mitarbeit der A. G. Struktur und Qualität der DFPP BFLK (2015): Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen: Bedarfsermittlung am Beispiel der Pflegefachberufe in Deutschland. *Nervenarzt* 86, 857–865.
- Mehl, S., Falkai, P., Berger, M., Löhr, M., Rujescu, D., Wolff, J., Kirchner, T. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. *Nervenarzt* 87, 286–294.
- Moers, M., Schieman, D. (2004): Expertenstandards in der Pflege. *Pflege und Gesellschaft* 3, 75–78.
- National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2015): *In-patient suicide under observation*. Manchester: University of Manchester.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002): Nursing-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 349, 1715–1722.
- Ng, B., Kumar, S., Ranclaud, M., Robinson, E. (2001): Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 52, 521–525.
- Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., Löhr, M. (2013): Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. *Psychiatr Prax* 40, 14–20.
- Nienaber, A., Evers-Grewe, B., Döring, A., Schulz, M., Sauter, D. (2015): Ausreichende Besetzung in den Bereichen Pflege und Fachtherapien? *Nervenarzt*, doi: 10.1007/s00115-00015-04440-00114.
- Noelle, R., Schulz, M., Behrens, J., Driessen, M. (2010): Der Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären Gerontopsychiatrie – Vergleichende Ressourcenbemessung nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung. *Gesundheitswesen* 72, 233–239.
- Noelle, R., Sauter, D., Löhr, M. (2014): Vereinfachte Erfassung der Pflegeleistung in der Gerontopsychiatrie. *Psych. Pflege Heute* 20, 253–258.
- Normann, C., Wolff, J., Hochlehner, A., Klein, J. P., Hohagen, F., Lieb, K., Deckert, J., Falkai,

- P., Berger, M., Herpertz, S. C. (2015): Aufwand und Finanzierung leitliniengerechter, psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus. *Nervenarzt* 86, 534–541.
- Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV (1990): Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Online unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html> – BJNR029300990BJNG000100308. Zugriff: 12.08.2015.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., Aiken, L. H. (2007): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud* 44, 175–182.
- Schiemann, D., Moers, M. (2007): Expert standards in nursing as an instrument for evidence-based nursing practice. *J Nurs Care Qual* 22, 172–179.
- Schütz, D., Füsgen, I. (2013): Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr* 46, 203–207.
- Staggs, V. S. (2013): Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health* 36, 26–37.
- Statistisches Bundesamt (2015): Krankenhausstatistik Online unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/Krankenhausstatistik.html>. Zugriff: 31.7.2015.
- Wolff, J., Berger, M., Normann, C., Godemann, F., Hauth, I., Klimke, A., Löhr, M. (2015a): Wohin führt die Konvergenz der Psychiatriebudgets?: Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und tatsächlichen Personalressourcen. *Nervenarzt* 86, 852–856.
- Wolff, J., McCrone, P., Berger, M., Patel, A., Ackermann, C., Gerhardt, K., Normann, C. (2015b): A work time study analysing differences in resource use between psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50, 1309–1315.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr, Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld, Grete-Reich-Weg 9, 33617 Bielefeld, E-Mail: michael.loehr@fhdd.de