

Tabelle 5: Beantwortung der 12 Leitfragen von Buchan (2005) durch die Autoren, für die Explizierung möglicher Entwicklungs-, Umsetzungs- und Einführungsschritte der PPR-PP

Leitfragen nach Buchan (2005)	Antworten der Autorinnen und Autoren
<p>1. Welche Pflege-Patienten-Relationen gibt es aktuell und welche organisatorischen/speziellen Variationen sind in diesen Verhältnissen abgebildet?</p>	<p>Zurzeit gibt es in Deutschland keine verbindlichen Pflege-Patienten-Relationen in den Psych-Fächern. Die Psych-PV hat zwar einen normativen Charakter, allerdings fehlt ihr in der Umsetzung die entsprechende Verbindlichkeit (Aktion Psychisch Kranke e.V. 2007; Hodek, et al. 2011; Hoffmann u. Rieger 2010; Löhr et al. 2014c). Für den Bereich der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen wurden Personalanhaltszahlen formuliert (Heuft et al. 1993), die vielfach in Budgetverhandlungen als Orientierungswerte akzeptiert wurden.</p>
<p>2. Was ist das Ziel – Erreichen von Sicherheit, einer Mindestbesetzung oder Wirksamkeit?</p>	<p>Ziel der Definition von PPR-PP ist die Herstellung von Sicherheit im Sinne einer patientenorientierten und milieufokussierten Psych-Behandlung. Neue Konzepte zur Wirksamkeit von symptombezogener Pflege müssen in weiteren Untersuchungen definiert werden. Hier gibt es erste Ergebnisse, die zu einer Basisbesetzung additiv hinzugefügt werden müssten (Berger et al. 2015; Löhr et al. 2015; Mehl et al. 2016). Die Kombination aus Basisbesetzung (Sicherheit) auf der einen Seite und Ergänzung der spezifisch therapeutischen Zeiten (Wirksamkeit) auf der anderen Seite ergibt ein sicheres und gleichzeitig flexibles System.</p>
<p>3. Gibt es brauchbare Alternativen zu Pflege-Patienten-Relationen?</p>	<p>Mit der Einführung des PEPP-Systems wird die Psych-PV zum 1. Januar 2019 ihre Gültigkeit verlieren. Damit sind keine Personalstandards mehr in den Psych-Fächern vorgegeben. Für die Psychosomatik gab es bisher nur die bereits erwähnten Personalanhaltszahlen der zuständigen Fachgesellschaft. Ein reines Preissystem würde dann ohne Personalvorgaben gelten. Dies kann bei ökonomischer Betrachtung nur zu einer deutlichen Reduktion von Stellen führen. Zwar hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) den Auftrag, Parameter für die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität stationärer Settings bis zu dem obigen Datum zu definieren. Diese Arbeit will einen Beitrag im Sinne eines empirisch abgesicherten, fachlichen Inputs für den GBA leisten. – Eine „modernisierte“, aktualisierte Psych-PV wäre eine praktikable Alternative.</p>
<p>4. Welches Personalbemessungssystem soll durch Pflege-Patienten-Relationen ersetzt werden?</p>	<p>Die Psych-PV soll durch ein PPR-PP in der Psychiatrie und Psychosomatik zum Teil ersetzt werden. Die PPR-PP soll die Basisbesetzung sicherstellen, die dann über pflegetherapeutische Zeiten, die je nach Behandlungssetting unterschiedliche Ausprägungen besitzen, ergänzt werden. Die PPR-PP ist unabhängig von einem bestimmten Finanzierungssystem zu betrachten.</p>

<p>5. Für welche Gruppen sollen Relationen beschrieben werden – 3-jährig examinierte Pflegende (Pflegefachpersonen), alle Pflegende mit einer Ausbildung im Feld oder allen, die in der Pflege arbeiten . . . ?</p>	<p>Die Definition von PPR-PP bezieht sich explizit auf die Pflegenden mit einer mindestens 3-jährigen Grundausbildung, die mit dem Staatsexamen abschließt. Sie schließen ebenfalls Pflegende mit Examen und Studium der psychiatrischen Pflege oder Fachweiterbildung in der psychiatrischen Pflege ein. Darüber hinaus kann das Pflegeteam um weitere Kompetenzen ergänzt werden (Pflegeassistenten, Stationssekretariate, Peer Mitarbeiterinnen, usw.). Diese Ergänzungen stellen aber nicht die unabdingbare Sicherheit auf einer Station her. Daher werden sie hier nicht im Basisansatz berücksichtigt. Auch müssen Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege extrabudgetär betrachtet werden und können nicht aus den Mitteln für die Basisbesetzung finanziert werden.</p>
<p>6. Welche Akteure haben einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess, wie die neuen Relationen aussehen sollen? Wer wird die endgültige Entscheidung treffen?</p>	<p>Die Pflege in den Psych-Fächern gehört zu den sogenannten „Front Line Worker“. Sie versorgt die Patienten im Gegensatz zu allen anderen therapeutischen Berufsgruppen an 7 Tagen über 24 Stunden und hat ein spezifisches Aufgabenfeld. Daher ist grundsätzlich die Expertise der Pflege für die Definition des Personalbedarfes gefordert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird alle Interessen berücksichtigen und gewichten müssen. Neben der inhaltlichen Definition wird es politische Diskussionen über die Einführung einer relationsbasierenden Personalbemessung in der Pflege der Psych-Fächer geben müssen. Insgesamt kann der Prozess der Entscheidungsfindung nicht an der vorliegenden externen Evidenz und dem umfangreichen Erfahrungswissen der Psych-Pflegefachberufe vorbei geführt werden.</p>
<p>7. Wie werden sich die Pflege-Patienten-Relationen auf die Personalkosten auswirken?</p>	<p>Diese Frage kann nur für den Tagdienst beantwortet werden, da der Nachtdienst klinikindividuell verhandelt wird und keine Zahlen vorliegen. 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).</p>
<p>8. Was sind die Sanktionen für Nichteinhaltung?</p>	<p>Die Zweckbindung der gemäß PPR-PP erforderlichen Personalstellen mit deren Kostenerstattung bedingt bei einer Unterschreitung der Basisbesetzung eine Rückzahlung nicht zweckmäßig verwendeter Kostenerstattungen der Krankenkassen.</p>
<p>9. Welche Kriterien gibt es – falls es welche geben sollte – für die legitime Nichteinhaltung der Relationen?</p>	<p>Nicht planbare, überproportional auftretende, krankheitsbedingte Ausfallzeiten, die die PPR-PP-Relationen kurzfristig und vorübergehend unterschreiten, sollten in einem eng begrenzten Rahmen erlaubt sein. Ebenso kann eine Nachbesetzung von freigewordenen Stellen nicht immer in direktem Anschluss erfolgen. Ein konkreter Schwellenwert ist für die Dauer und/oder Häufigkeit von Unterschreitungen anzusetzen. Dieser ist auf die notwendige Basisstellenbesetzung einer Stationseinheit zu beziehen und sollte in den Fällen der Nichteinhaltung der PPR-PP Relationen nur mit zusätzlichen Aushilfen und nicht zu Lasten der Basisbesetzungen anderer Station auszugleichen sein.</p>

<p><i>10. Wer überwacht die Umsetzung der Relationen?</i></p>	<p>Der MDK scheint für eine Überwachung ungeeignet zu sein, da er ein Instrument der Krankenkassen darstellt. Auch die Krankenhausesellschaften der Länder wären hierzu gleichermaßen nicht geeignet. Vorgeschlagen wird ein unabhängiges Testat über eine sachgerechte Umsetzung der PPR-PP zur Vorlage in den jährlichen Kostenverhandlungen.</p>
<p><i>11. Wer wird die Einhaltung kontrollieren und die Umsetzung der Sanktionen bei Nichteinhaltung durchführen?</i></p>	<p>Die Kontrolle der sachgerechten Basisbesetzung erfordert eine dafür geeignete, realitätsbezogene Aufzeichnung der Krankenhäuser und sollte von der testierenden, unabhängigen Institution kontinuierlich überprüft werden. Hierfür wären zwei Verfahren notwendig:</p> <p>(1) eine monatliche Übermittlung der durchschnittlich behandelten Patienten in den jeweiligen Kategorien mit errechneter Soll-Besetzung und tatsächlicher Ist-Besetzung (tagesbezogen) – die Dokumentation erfolgt retrospektiv auf den vorhergehenden Tag;</p> <p>(2) unangemeldete, stichprobenartige Feststellung über die Umsetzung der PPR-PP.</p> <p>Das Verfahren ist im Rahmen der Personalverordnung für die Psych-Pflege verbindlich zu regeln. Die Sanktionen müssten von den Krankenkassen umgesetzt werden, da diese, aller Wahrscheinlichkeit nach, mit der Rückerstattung von ungenutzten finanziellen Mitteln für Personalstellen verbunden sein würden.</p>
<p><i>12. Wie wird die Evaluation der Einführung ausgeführt und wer übernimmt diese?</i></p>	<p>Wir schlagen vor, dass die Evaluation outcome-basierte Endpunkte im Kontext der Patientensicherheit aufweist. Die Durchführung sollte öffentlich ausgeschrieben und von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut durchgeführt werden.</p>