

Position der Angehörigen zur Personalbemessung

Karl Heinz Möhrmann
Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Redebeitrag anlässlich einer Podiumsdiskussion beim 4. Nationalen Forum für Entgeltsysteme in der Psychiatrie und Psychosomatik, Berlin, 15./16. Oktober 2018.

Einleitend ist zu sagen, dass wir uns als Angehörigenverband in der Regel nicht unmittelbar in Fragen des Personalbedarfs und der Angemessenheit der finanziellen Vergütung einmischen.

Gleichwohl erleben wir in nahezu allen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen den zunehmenden Druck auf das Personal, die immer weniger und kürzer werdenden face to face Gespräche zwischen Therapeuten und Patienten bei gleichzeitig anwachsendem Dokumentationsdruck, sowie die fast immer auch zu Lasten der häuslichen Situation gehenden Entlassungen von nicht wirklich ausreichend behandelten Patientinnen und Patienten. Die ambulante nervenärztliche und psychotherapeutische Situation ist mindestens genauso schwierig. Wartezeiten von bis zu sechs Monaten können von vielen Patienten nicht durchgehalten und erwartet werden. So kommen sie früher in die klinische Behandlung zurück als eigentlich bei ausreichender ambulanter Versorgung notwendig wäre. Auch für die Angehörigen haben infolge der wachsenden „Drehtürpsychiatrie“ die Belastungen zugenommen.

Die Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) von 1990 bildet das heutige Leistungsgeschehen medizinisch nicht mehr adäquat ab. Psychiatrische Versorgung ist zeitaufwendiger als zu Zeiten der Entstehung der PsychPV. Ambulante, tagesklinische und komplementäre Angebote ergänzen heute die Versorgung durch das Krankenhaus. Die durchschnittliche Verweildauer hat sich verkürzt; es sind neue Behandlungskonzepte, wie die stationsäquivalente Behandlung, entstanden. Die Betroffenenrechte wurden zudem gestärkt. Parallel hat sich die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in allen Sektoren, auch im Krankenhaus, vervielfacht und grundlegend verändert. Die Verdopplung der Fallzahlen bei drastischer Verkürzung der Verweildauer ist ein Sachverhalt, den auch wir seit Jahren kritisch anmerken.

Die PsychPV wird nach meiner Kenntnis bis heute in den meisten Kliniken permanent unterschritten und ist, trotz gestiegener Anforderungen, seit ihrem Entstehen nicht angepasst worden. Öffentlich zugängliche Informationen belegen, dass die PsychPV aktuell im Schnitt nur zu etwa 90% finanziert und erfüllt wird. Dies führt zu Überlastung der Beschäftigten und zu schlechterer Versorgung der Patienten.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben oft besondere Probleme, ihr Leben selbst zu gestalten. Was sie brauchen ist eine verständnisvolle, vernünftige, personenzentrierte, ausreichend niederschwellige und kontinuierliche Begleitung. Das ist von manchen Leistungsanbietern und Kostenträgern lange nicht verstanden worden, zum Teil auch heute noch nicht. Die Behandelnden und Pflegenden brauchen Zeit für Gespräche, Vertrauens- und Beziehungsarbeit. Gerade in der sprechenden Medizin leidet die Behandlungsqualität, wenn diese Zeit fehlt.

Inzwischen wird eine Zunahme von Gewalt und Aggressionen gegen das Personal beobachtet, für die auch eine personelle Unterbesetzung mit verantwortlich ist. Eine Zunahme von Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen ist zu befürchten, wenn aufgrund von Personalmangel nicht mehr auf andere Art Ordnung in der Station gehalten

werden kann – auch, wenn dies aufgrund der neuen höchstrichterlichen Vorgaben erschwert wird. Wir Angehörige – und ja sicherlich auch Sie - wollen keinesfalls einen Rückfall in die Verwahrspsychiatrie früherer Zeiten. Nur mit ausreichend Personal können behandlungszuträgliche und gewaltarme Stationsmilieus geschaffen und damit auch Fragen der Gewalt gegen Patienten und Patientinnen sowie gegen Beschäftigte wirksam angegangen werden.

Die PsychPV bleibt bis 2020 erhalten und soll mit dem PsychVVG durch eine neue verbindliche Regelung zum Personaleinsatz ersetzt werden. Wir Angehörige begrüßen prinzipiell eine Gesetzgebung, welche zu einem bedarfsgerechten neuen Entgeltsystem für die Krankenhausbehandlung sowie der krankenhausaquivalenten Leistungen im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatik führen soll. Mit Mindestpersonalvorgaben soll die menschliche Zuwendung gestärkt werden. Behandlungen mit hohem Aufwand sollen künftig besser vergütet werden, und durch besondere Behandlungsteams im häuslichen Umfeld soll gewährleistet werden, dass Menschen in akuten Krankheitsphasen noch besser versorgt werden. Ziel ist eine leistungsorientierte Finanzierung, die die Transparenz über die Versorgung verbessern soll. Die Nachweispflichten des einzelnen Krankenhauses werden allerdings erheblich ausgedehnt. Die Ausgestaltung des Entgeltsystems erfolgt weiter als Budgetsystem. Der bisher angestrebte Weg über das PEPP-Verfahren hat sich bekanntlich als untauglich erwiesen. Das Budget und die Pflegesätze müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Wir fordern zudem, alle personellen Berechnungsgrundlagen künftig auch an der Weiterentwicklung der psychosozialen Therapien, der Psychotherapie und Pharmakotherapie für die schwer und chronisch psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu messen. Multiprofessionelles Entlassmanagement, Ansätze integrierter Versorgung, Psychoedukation, Familienbehandlung, gute Versorgung für Patient/innen mit Migrationsgeschichte, vermehrt somatische Nebendiagnosen und Patienten mit Pflegestufe sind einige weitere Punkte, die berücksichtigt werden müssen.

Allerdings besteht auch nach der Einführung des PsychVVG die Gefahr, dass negative ökonomischen Anreize bezogen auf die Patienten bestehen bleiben: Ausdehnung der Leistungsmengen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion, Patienten kränker machen als sie sind, Patienten früher entlassen usw.

Bei den öffentlichen Krankenhäusern besteht zudem die Gefahr, dass der zuständige Kostenträger, z.B. die Kommune, die Bezahlung von notwendigen Investitionskosten ablehnt. Das bedeutet, dass die Investitionskosten aus den Betriebskosten bestritten werden müssen. Aber das heißt: es werden Abstriche beim Personal gemacht. Das gilt für die Psychiatrie gleichermaßen. Hier ist die gesetzgeberische Kompetenz der Bundesländer gefragt.

Die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung wird, wie das Gesundheitswesen generell, davon abhängen, dass qualifiziertes Fachpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht. Laut DKG haben derzeit 45 Prozent aller befragten psychiatrischen Kliniken Schwierigkeiten, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Der zunehmende Mangel an Fachärzten für Psychiatrie ist ebenfalls offenkundig. Auch wenn verbindliche Mindestpersonalvorgaben festgelegt werden, ist es keinesfalls sicher, dass es die notwendigen Fachkräfte 2020 auf dem Arbeitsmarkt geben wird – wenn nicht, haben die Kliniken keine andere Chance, als ihre Kapazitäten zu reduzieren. Diese Probleme sind mit Geld allein nicht zu lösen. Ein

Austausch gegen geringer qualifiziertes Personal ist nicht akzeptabel. Hier sehen wir dringenden Handlungsbedarf.

Wir Angehörige wünschen uns eine bessere Einbindung der Angehörigen in die stationäre Versorgung. Die Einbeziehung von Angehörigen im klinischen Bereich erfolgt bundesweit extrem uneinheitlich. Hierfür ist zwar in der Tätigkeit der klinischen Mitarbeiter bei der PsychPV unter „mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten“ auch „Selbsthilfe und Angehörigengruppen“ ausgewiesen. Damit ist aber keineswegs gesichert, dass diese auch tatsächlich stattfinden. Als Angehörige fordern wir die Verankerung der Kooperation mit den Angehörigen im Sinne einer gegenseitigen Kooperationsvereinbarung zwischen klinischen, aber auch ambulanten Anbietern und einer regionalen Angehörigenorganisation als Teil der Qualitätssicherung der klinischen oder außerklinischen Behandlung. In Bayern konnten wir bzw. unsere regionalen und lokalen Mitgliedsvereine entsprechende Vereinbarungen bereits mit mehr als 20 psychiatrischen Kliniken abschließen. Unser Bundesverband führt ein entsprechendes Projekt in den übrigen Bundesländern durch. Die Erfüllung solcher Forderungen wird jedoch bei zunehmendem Personalmangel weiter erschwert.

Wir weisen auch darauf hin, dass Angehörige nicht quasi automatisch in die Rolle der Hilfspfleger gedrängt werden dürfen. Eine Verantwortungsübernahme wie z.B. für die Medikamenteneinnahme im Sinne der Sicherstellung von „Compliance“ lehnen wir ab. Angehörige sind keine Hilfspfleger.

Grundsätzlich begrüßen wir die Öffnung der klinischen Zuständigkeit für psychiatrische Behandlung einschließlich der Pflege auch außerhalb des stationären klinischen Bereiches in Form von Home-Treatment und stationsäquivalenter Behandlung. Interessant sind auch neuere Überlegungen zu „PIA intensiv“, welches eine Art Mischlösung zwischen PIA und StäB darstellt und somit eine höhere Flexibilität in der Behandlung gewährleisten könnte. Allerdings ist bei einschlägigen Verhandlungen unbedingt darauf zu achten, dass das ungedeckelte Finanzierungssystem für die PIA erhalten bleibt.

Die Kenntnis der häuslichen Situation, das Aufsuchen von Patienten, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind von sich aus ambulante oder klinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, die damit mutmaßlich leichter werdende Kooperation auch mit solchen Angehörigen, die die Klinik sonst nicht kontaktieren, entspricht unseren Forderungen. Allerdings sehen wir hierbei eine Reihe von ungeklärten Sachverhalten, die erheblichen Einfluss auf den Personalbedarf und auf unsere Belastbarkeit als Angehörige haben werden. Die Belastung der Angehörigen droht möglicherweise anzusteigen, da eine Verschiebung der Infrastrukturaufwendungen (z.B. Befriedigung der Grundbedürfnisse) aus der Klinik zurück in die Familie erfolgt und da die Angehörigen in der überwiegenden Zeit weiter den unmittelbaren Kontakt zu dem betroffenen Patienten haben. Nur eine kooperative Entscheidung zusammen mit den Angehörigen kann zielführend sein. Dies muss durch verbindliche Regelungen verankert werden.

Es ist anzunehmen, dass der Personalaufwand für diese Versorgungsform deutlich höher ist als bei stationärer Versorgung allein, wenn die erforderlichen Behandlungsteams während der Versorgung im häuslichen Umfeld nicht für die Versorgung stationärer Patienten zur Verfügung stehen. Da dieser Aufwand auch über das Gesamtbudget gedeckt werden muss, kommt es entscheidend auf die personellen Mindestvorgaben an, ob diese Versorgungsform kostendeckend finanziert ist. Ist sie es nicht, werden die Krankenhäuser sie vermutlich nicht einführen. Eine Verknüpfung mit dem Abbau stationärer Betten verkennt den

steigenden Versorgungsbedarf für psychisch Kranke und droht, einen Einstieg in die stationsäquivalente Behandlung für die Krankenhäuser unmöglich zu machen. Die Bestimmungen bzgl. der stationsäquivalenten Leistungen müssen so gestaltet werden, dass für die Krankenhäuser eine wirtschaftliche Leistungserbringung möglich ist.

Eine erfolgreiche Umsetzung könnte andererseits Vorbild werden für den somatischen Versorgungsbereich, denn auch dort ist die strikte Sektorentrennung längst nicht mehr zielführend.