

Unsere Stärken liegen in der professionellen Kommunikation

Woran erkennt man eine gute Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Krankenhaus? **Christoph Müller** sprach darüber mit **Michael Löhr** und kam dabei immer wieder auf die Schlüsselfrage der personellen Ausstattung.

► Herr Prof. Löhr, im Dezember 2017 hat das Arbeitsgericht Göttingen entschieden, dass der Träger einer psychiatrischen Klinik seine Abmahnung gegenüber einer pflegerischen Mitarbeiterin zurückziehen muss, die in einer Belastungsanzeige beklagt hatte, dass die personelle Besetzung unzureichend sei. Nicht nur unter psychiatrisch Pflegenden ist diese Rechtsprechung aufmerksam zur Kenntnis genommen worden. Was macht die Brisanz des Göttinger Urteils aus? Und sind Belastungsanzeigen zu Qualitätsmängeln in der psychiatrischen Versorgung eigentlich ein seltenes Ereignis?

Michael Löhr: Ich weiß nicht, ob Brisanz das richtige Wort ist. Vielmehr halte ich das Urteil für nachvollziehbar. Schlussendlich müssen wir uns klarmachen, wofür es Überlastungsanzeigen gibt. In einem sicherheits-sensiblen Bereich wie einer psychiatrischen Station gibt es die Möglichkeit, eine Überlastung anzuzeigen. Mit einer Überlastung kann eine Gefährdung für die Patienten und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einhergehen. Deshalb sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geradezu verpflichtet, Situationen anzuzeigen, in denen sie eine Überlastung wahrnehmen. Die Anzeige erfolgt gegenüber dem Vorgesetzten und der Krankenhausleitung. Da es bis heute keine einklagbaren Kenngrößen gibt – die es wohl auch nie geben wird –, bleibt nur die subjektive Wahrnehmung. Daher kann es aus meiner Perspektive nicht sein, dass Abmahnungen für Überlastungsanzeigen erteilt werden.

Es ist eine Frage der Behandlungsqualität, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer angemessenen Belastung ausgesetzt sind und damit eine angemessene Patientenversorgung betreiben können. Das Urteil bringt an dieser Stelle Handlungssicherheit für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wie oft Pflegekräfte Belastungsanzeigen erstatten, dazu gibt es leider keine belastbaren Zahlen. Dies liegt in der Hoheit der einzelnen Einrichtungen, und es erklärt sich von selbst, dass diese Zahlen nicht offen kommuniziert werden.

Wenn Sie betonen, dass bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen und der Begleitung der Angehörigen die Qualität im Zentrum steht, dann stellt sich doch eine Frage: Gibt es Kennzeichen, die die Qualität psychiatrischer Arbeit ausmachen? Oder anders gefragt: Woran erkennt ein Betroffener oder ein Angehöriger, dass gute Arbeit gemacht wird?

Michael Löhr: Die Frage gleicht der Frage nach der Weltformel. Die habe ich leider nicht. Was allerdings festzuhalten ist, ist das Faktum, dass die Qualität der Arbeit in der Psychiatrie an der Menge und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hängt. Wir können in unserem Fach nicht in großem Umfang mit Hightechmedizin – im technischen Sinne – glänzen. Unsere Stärken liegen in der Kommunikation. Dafür braucht es eine angemessene Anzahl an Menschen mit entsprechenden Ausbildungen. Trotzdem ist die Qualität der Arbeit für Nutzer nicht leicht zu beurteilen. Denn die Behandlungskonzepte sind vielfach prozessbezogen ausgerichtet und fokussieren nicht auf das Ergebnis der Behandlung oder Pflege.

Was heißt das? Geht es nicht darum, dass es dem Patienten, der Patientin durch die stationäre Behandlung besser geht? Was die Betroffenen ja durchaus feststellen können.

Michael Löhr: ... Dafür reicht es auch nicht aus, das Ergebnis der Behandlung am Ende der stationären oder teilstationären Behandlung zu messen. Hierzu müsste es Messungen über die stationäre Behandlung hinaus geben. Auch sind Nutzer oder auch die Angehörigen Teil des Behandlungsprozesses, damit ist ihre Mitwirkung nötig. Dies beeinflusst ebenfalls die Behandlungsqualität. Leider fehlen uns hier noch gute Instrumente, die die Qualität durch Angehörige und Nutzer bewertbar machen.

Ein Indikator für Qualität: die Personalausstattung

Jedoch geht es in der Psychiatrie um gute Beziehungs- und Milieuarbeit, die für alle weiteren Interventionen grundlegend sind. Daher könnten diese Faktoren auch zur Bewertung der Behandlung und Pflege herangezogen werden. Eine Behandlungseinheit

Foto: FH der Diakonie Bielefeld



Michael Löhr

mit wenig Mitarbeitenden ist bestimmt kein guter Indikator. Hier könnte denkbar sein, dass zukünftig der Besetzungsgrad an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Qualitätsbericht veröffentlicht werden muss. Dies könnte ein Anhaltspunkt sein, der Nutzern und Angehörigen etwas über die Strukturqualität verrät.

Sie betonen seit einiger Zeit den Begriff der Basisbesetzung. Was bedeutet der?

Michael Löhr: Seit einigen Jahren beschäftige ich mich intensiv mit dem Thema einer verbindlichen Personalbemessung in der Psychiatrie.

Die von uns beschriebene Basisbesetzung ist im Zusammenhang mit den neu zu entwickelnden Personalvorgaben in der Psychiatrie entstanden. Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss



Unabhängigbar: Zeit für Einzelgespräche im Rahmen des individuellen Behandlungsplans

(G-BA) den Auftrag gegeben, verbindliche Mindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre Krankenhauspsychiatrie zu entwickeln. Diese sollen zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Die Basisbesetzung im Pflegedienst der stationären/teilstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung definieren wir in unserer Autorengruppe als die Besetzung, die nur im begründeten Ausnahmefall unterschritten werden darf. Mit ihr muss man einen Stationsbetrieb fachgerecht über sieben Tage die Woche an 24 Stunden aufrechterhalten können und eine für die Patienten und das Personal sichere und milieutherapeutische Behandlung ermöglichen.

Über die Basisbesetzung hinaus sind dann weitere Einsatzzeiten zu berücksichtigen, die mit pflegetherapeutischen Interventionen im Kontext des Bedarfes der Nutzerinnen und Nutzer und des Behandlungssettings verbunden sind. Das sind zum Beispiel Einzelgespräche im Rahmen des individuellen Behandlungsplans.

Im Göttinger Urteil fällt häufiger der Begriff der Gefährdung. Was bedeutet dies für den stationären Alltag? Inwieweit sind Sorgen um die Versorgung psychisch erkrankter Menschen angebracht?

Michael Löhr: Schlussendlich können aus dem Göttinger Urteil keine Rückschlüsse auf andere Kliniken bzw. Stationen gezogen werden. Allerdings zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass es gerade im Pflegedienst in der Psychiatrie seit den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts zuerst einen Abbau der Stellen gab und im Weiteren nur einen leichten Aufbau. Dieser steht leider in keinem Verhältnis zu dem starken Aufbau anderer Berufsgruppen, z.B. des ärztlichen Dienstes (siehe die Infografik auf S. 20f.). Hinzu kommt, dass die Fallzahlen in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen sind. Festzuhalten ist die Tatsache, dass die Gesellschaft nicht zuerst die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen im Blick hat, wenn es um das Thema Versorgungssicherheit geht. Von einer auskömmlichen Personalausstattung kann also nicht die Rede sein.

Das war doch von den Akteuren der Psychiatriereform mal anders geplant, oder?

Michael Löhr: Die Psychiatriepersonalverordnung ist in den Achtzigerjahren entwickelt und zu Beginn der Neunzigerjahre in Kraft gesetzt worden. Bis heute gibt es keine Anpassung dieser Verordnung an die zwischenzeitliche Entwicklung. Im Rückschluss bedeutet dies, dass die aktuelle

Personalverordnung auf der Evidenz der Achtzigerjahre beruht, also auf dem, was damals der Stand der Erkenntnis über eine wirksame Behandlung war.

Nicht nur, dass die Psychiatriepersonalverordnung in die Jahre gekommen ist, sie ist lange Zeit nicht zu 100 % umgesetzt worden. Dies hatte unterschiedliche Gründe: Einerseits wurden in manchen Regionen in Deutschland die gestiegenen Personalkosten nicht durch die Krankenkassen refinanziert. Das führte zu einer Abschmelzung der Personalmengen. Durch die Deckelung der Krankenhausbudgets in den Neunzigerjahren konnten nicht alle Betriebskosten an die Krankenkassen weitergegeben werden. Hinzu kam eine neue Arbeitszeitregelung im ärztlichen Dienst. Hier brauchte es mehr ärztliche Kolleginnen und Kollegen, um die Bereitschaftsdienstregelungen erfüllen zu können. Bei einem gedeckelten Budget führt das automatisch zu Problemen.

Ein weiterer Effekt, der in den letzten Jahrzehnten die Personalsituation verschärft hat, ist der sukzessive Rückzug der Bundesländer aus der Krankenhausfinanzierung. Kliniken sind häufig alleingelassen, ihre Investitionen zu tätigen, obwohl dies Aufgabe des Bundeslandes ist. Nehmen wir all diese Effekte zusammen, so wird deutlich,

warum wir heute keine adäquate Besetzung in Kliniken mehr haben. Es wäre zu einfach gesagt, dass sich Träger aus der Verantwortung ziehen. Vielmehr führt die Gesamtsituation zu einer unerfreulichen Personalausstattung.

Profite auf Kosten guter Versorgung

Einen Effekt habe ich noch vergessen. Diesen halte ich aus persönlicher Perspektive für verwerflich, obwohl er politisch gewollt ist. So haben wir in Deutschland einen bunten Strauß an Trägern von psychiatrischen Einrichtungen. Es gibt öffentlich-rechtliche, frei gemeinnützige und private Träger. Kliniken in privater Trägerschaft sind in den letzten Jahrzehnten deutlich mehr geworden. Dies ist politisch auch so gewollt. Allerdings scheint es schon skurril, wenn einzelne aktiendierte psychiatrische Krankenhausträger über 20 % Rendite aus diesem Versorgungsbereich ziehen. Solche Renditen sind nur über die Reduktion vom Personal erreichbar. Hier werde ich als Bürger und Krankenkassenbeitragszahler nervös.

In den psychiatrischen Kliniken werden glücklicherweise immer häufiger die Stationstüren geöffnet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzen zunehmend partizipative Konzepte oder neue Behandlungssettings wie die stationsäquivalente Behandlung um. Betroffene wie Angehörige spüren immer häufiger die neuen Entwicklungen. Kann dies aktuell und in Zukunft mit den vorhandenen Personalressourcen geleistet werden?

Michael Löhr: Das ist eine gute Frage. Wie erwähnt, ist die Psychiatriepersonalverordnung in die Jahre gekommen. Die Weiterentwicklung der nachweislich guten Behandlung ist in den Bemessungsdaten der PsychPV nicht abgebildet. Damit braucht es etwas Neues. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt zurzeit neue Personalvorgaben. Der Gesetzgeber hat formuliert, dass die neuen Personalvorgaben sich an Leitlinien und aktueller Evidenz orientieren sollen. Neben diesen Kriterien werden auch Experten eingebunden, um ein breiteres Spektrum an Informationen für die Entwicklung neuer Vorgaben zu bekommen.

Die Entwicklung der Personalvorgaben ist ja Teil des neuen Entgeltsystems für psychiatrische Krankenhäuser, das in dem 2016 verabschiedeten »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergü-

tung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen« (PsychVVG) angegangen wird. Sie sprechen von der Einbindung von Experten. Setzen Gesetzgeber und G-BA also weiterhin auf das Know-how von medizinischen Fachgesellschaften, vielleicht auch auf den Sachverstand der Nutzerinnen und Nutzer?

Michael Löhr: Dass der Gesetzgeber bei der Neugestaltung des Entgeltsystems in der Psychiatrie auf den Einbezug der medizinischen Fachgesellschaften setzt, kann ich so nicht wahrnehmen. Die Fachgesellschaften sehen sich in der Verantwortung, den Gesetzgeber regelhaft über Fehlsteuerungen, auch im PsychVVG, zu informieren und Vorschläge zur Korrektur zu machen. Dem Vorschlag, einen Expertenbeirat für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems zu installieren, ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Daher sind alle beteiligten Verbände gefordert, die Entwicklung des PsychVVG zu beobachten, zu kommentieren und dort, wo Konsens besteht, gemeinsam gegenzusteuern. Was den Einbezug der Pflege, der Nutzer sowie der Angehörigen angeht, gilt dies gleichermaßen.

Das Ringen um eine neue Personalverordnung

Der Unterausschuss des G-BA ist nun seit einigen Jahren – unter Ausschluss der Öffentlichkeit – mit dieser Thematik Personalbemessung befasst. In den pflegerischen Verbänden der Psychiatrie entsteht mittlerweile eine gewisse Unruhe, da aktuell nicht klar ist, wie die Struktur und die Inhalte dieser neuen Verordnung aussehen werden. Auch spricht der Gesetzgeber von Mindestvorgaben. Jeder, der sich in der ökonomischen Welt auskennt, weiß, dass Mindestvorgaben gleich Maximalwerte sind. Auch wenn der Gesetzgeber dies nicht intendiert, wird dies in unserer ökonomisierten Welt übrig bleiben. Daher gilt es frühzeitig klarzumachen, dass Mindestvorgaben eine »state of the art«-Behandlung ermöglichen müssen. Ansonsten macht auch der Einbezug von Leitlinien keinen Sinn. Man kann also nicht sagen, dass man auf höchstem Niveau arbeiten soll, aber dafür nur ein Mindestmaß an Personal vorsehen. Das Ganze scheint höchst paradox.

Alles in allem bin ich allerdings vorsichtig optimistisch, dass der G-BA ein gutes Konstrukt entwickeln wird. Bis September 2019 muss das neue Modell vorliegen. Dann haben die Fachverbände ein kurzes Zeitfenster, um die neuen Personalvorgaben zu analysieren

und ihre Rückmeldungen zu geben. Ab dem 1. Januar 2020 sollen dann diese Vorgaben in Kraft treten. Nun habe ich lange ausgeholt, um auf die Frage konkret zu antworten. Ich gehe davon aus, dass die neuen Personalvorgaben die neuen Ansätze in der Psychiatrie wertschätzen. Im Gegensatz zur somatischen Medizin haben wir keine teuren Apparate. Unser Kapital und unsere Interventionen bauen auf professionelle Kommunikation. Das funktioniert nur mit einer entsprechenden Qualität und Quantität an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Um nochmals zu dem Urteil des Arbeitsgerichts Göttingen zurückzukommen: Bestärkt es nicht – da Belastungsanzeigen subjektiven Maßstäben unterworfen sind – die Pflegekräfte auch in ihrer Kompetenz?

Michael Löhr: Na ja, was heißt hier subjektiv? Am Ende muss man Folgendes festhalten: Jede Überlastung wird hochindividuelle Gründe haben. Und diese können nur durch die Fachexpertinnen und Fachexperten vor Ort begründet werden. Schlussendlich ist ein Krankenhaus eine Expertenorganisation. Hier arbeiten Menschen aus unterschiedlichen Professionen. Sollte also eine dieser Personen aufgrund ihrer Expertise zu der Erkenntnis kommen, dass eine Überlastung vorliegt, so ist das selbstverständlich subjektiv und gleichzeitig eine Expertenmeinung. Auf welchen anderen Indikator sollte man ansonsten bauen? Sollte dies nicht so sein, wäre dies ein grundsätzliches Misstrauensvotum eines Krankenhausträgers gegenüber der Kompetenz seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das würde ja bedeuten, dass diesen auch ohne Überlastung, im Sinne guter psychiatrischer Arbeit, zu misstrauen sei. Das wird aber wohl kein Krankenhausträger so unterschreiben. Und deswegen muss grundsätzlich allen Überlastungsanzeigen seriös nachgegangen werden.

Herr Prof. Löhr, herzlichen Dank für das Gespräch. ◀

Michael Löhr, ausgebildeter Krankenpfleger, hat an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld eine Professur für Pflegewissenschaft inne. Er leitet in der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. die Arbeitsgruppe »Neues Entgeltsystem Psychiatrie« und ist in der DGPPN Mitglied der Forschungsgruppe »Versorgungsindikatoren in Psychiatrie und Psychosomatik« sowie der Referate »Entgelt« und »Pflege«.