



Stellungnahme der DGGPP e.V.

Gerontopsychiatrischen Kliniken fehlt das Personal

Die Abteilungen für Alterspsychiatrie waren in den vergangenen Jahrzehnten Motor für eine Vernetzung und Verbesserung der ambulanten Versorgung. Ohne sie ist eine gerontopsychiatrische Versorgung in vielen, insbesondere ländlichen, Regionen schwer vorstellbar.

Wegen fehlendem und überlastetem Personal können diese Leistungszentren schon länger nicht mehr mit der notwendigen Intensität und Qualität arbeiten. Die Mitarbeit an der Weiterentwicklung lokaler Versorgungsstrukturen ist zeitlich kaum noch möglich. Der immer wieder behauptete „Speck auf den Rippen der Krankenhäuser“ ist längst aufgebraucht. Ein gesellschaftlicher Diskurs über die Ressourcenverteilung ist dringend notwendig.

Der Ärztemangel ist eklatant, qualifiziertes Pflegepersonal wandert ab, nirgendwo sonst ist die Pflege so belastend. Zwar kränken trotz gleicher Gesetzeslage Vergleiche in Deutschland an den ungleichen örtlichen Bedingungen. Diese Unterschiede reichen von der Zahl der Behandlungsplätze pro Einwohner, die um den Faktor 2-3 differieren, über Zusammensetzung der Anbieter (Geriatric vor Ort oder nicht, behandeln Innere Medizin oder Neurologie die „leichteren psychiatrischen Fälle“ abhängig von deren Belegungsgrad) bis zu Traditionen in der Inanspruchnahme („Wir brauchen hier keine Gerontopsychiater“). Aber eines ist gleich: Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat ein Maß erreicht, das so nicht mehr hingenommen werden kann.

Eine Auswahl an Gründen

- ▶ Die ambulante Behandlung der „leichteren Störungen“ führt - von allen so gewollt - dazu, dass die Zusammensetzung der stationären Patienten bezüglich Schweregrad sich zum schwereren Pol hin verschoben hat. Die „Mischkalkulation“ in den Abteilungen besteht nicht mehr. Auf mancher Station wäre die Pflege froh, wenn 4 oder 5 Pat. alleine essen oder zum WC gehen könnten: Die Realität sieht so aus, dass 80-90% zumindest der an Demenz Erkrankten auf volle Pflegeübernahme angewiesen sind.
- ▶ Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) war 1990 für die stationäre Psychiatrie ein großer Fortschritt. In den knapp 20 Jahren seither hat sich die Psychiatrie aber rasant fachlich weiterentwickelt. Neben der Bildung gemeindepsychiatrischer Verbände sind diagnosespezifische Therapiekonzepte in den einzelnen psychiatrischen Disziplinen zu nennen. Diese umzusetzen, fehlt es aber oft an Mitteln. In der Psychiatrie sind die MitarbeiterInnen die „Diagnose- und Behandlungsinstrumente“. Die „Laufzeit“ kann nicht beliebig verlängert werden.

- ▶ Es besteht erneut die Gefahr, dass die psychiatrische Versorgung schlechter gestellt wird als die somatische. Wer würde in der somatischen Medizin heute noch Standards von 1990 akzeptieren, z.B. die Auflösung eines Sonografiegerätes von damals, die damaligen Transplantationskenntnisse oder dicke, unflexible Coloskope?
- ▶ Das gerontopsychiatrische Verständnis der Psych-PV war 1990 pflegeorientiert und kustodial geprägt. Die Verweildauer lag bei etwa 60 Tagen. Gegenwärtig liegt diese je nach Diagnose zwischen 20 und 30 Tagen, wurde im Durchschnitt also mehr als halbiert. Verbunden damit ist eine doppelt so hohe Fallzahl, also auch doppelt so viele Anamnesen, Familienkonferenzen, Pflege- und Arztberichte, Verschlüsselungen, Anfragen der Kassen etc.
- ▶ Angesichts der allgemeinen Probleme wie höhere Anforderungen an Dokumentation, Prophylaxen (Sturzrisiko) oder Fortbildung, klaffen fachlicher Anspruch und Realität immer weiter auseinander.
- ▶ Unberücksichtigt sind auch das höhere Durchschnittsalter der Patienten und die Multimorbidität. Die immer besser werdende somatische Medizin ermöglicht ein langes Überleben auch mit schweren Erkrankungen. Beispiele für vermehrt nachgefragte alterspsychiatrische Behandlungsaufträge sind delirante Syndrome nach OP's oder überstandenen Herzinfarkt mit Reanimation.
- ▶ Multimorbide PatientInnen aus DRG-Kliniken werden schnell („blutig“) verlegt.
- ▶ Der Dokumentationsaufwand ist nachweislich gestiegen. Das Verhältnis zu patientennaher Tätigkeit beträgt im ärztlichen Bereich inzwischen 1:1 und ist einer von vielen Gründen für die Schwierigkeiten bei der Nachwuchsgewinnung.
- ▶ Suizidale Krisen bilden einen beträchtlichen Anteil an den Akut-Aufnahmen. Zur Erinnerung: die höchsten Suizid-Raten finden sich bei über 80-jährigen Männern.

Fachstandards

In den psychiatrischen Disziplinen wurden Fachstandards entwickelt. Aus dem Gebiet der Alterspsychiatrie und -psychotherapie sind schlaglichtartig zu nennen:

- ▶ Verhaltenstherapie bei Depression unter Berücksichtigung der lebensaltertypischen Schwellen und Belastungen wurde validiert und als Standardpsychotherapie in die Stationskonzepte eingebaut.
- ▶ Demenzdiagnostik und -therapie - vor allem der nichtkognitiven Störungen („herausforderndes Verhalten“) - wurden untersucht und nach anerkannten Prinzipien in die Behandlung eingeführt.
- ▶ Bei allen Krankheitsbildern wird ressourcenorientiert, gemeinwesennah und regional vernetzt mit anderen Anbietern des Gesundheitswesens und der Altenhilfe gearbeitet.
- ▶ Viele Erkrankungen werden identifiziert, die früher nicht wahrgenommen wurden, wie die Demenz vom Lewy Körperchen Typ, oder frontotemporale Demenzen.

- ▶ Alt gewordene Psychosekranken, die immer häufiger ambulant wohnen und betreut werden, brauchen von dort häufiger Krisenaufnahmen, als früher bei Langzeithospitalisierung.
- ▶ Qualitätsmanagement wurde implementiert ohne einen Cent Mehrvergütung; auch wurden/werden die dazu notwendigen personellen Ressourcen zusätzlich von der Patientenversorgung abgezogen.

Fazit:

Durch die Budgetdeckelung und die sog. BAT-Schere, d.h. die Kluft zwischen niedriger Änderungsrate im Budget und Lohnkostensteigerung, sinkt seit spätestens 2001 die Zahl der Mitarbeiter pro Behandlungsplatz. Inzwischen versorgen - mit großen regionalen Unterschieden - in der Gerontopsychiatrie rund 80% der Mitarbeiter, die 1990 für das absolute Mindestmaß gehalten wurden, mehr als doppelt so viele Patienten und das mit höheren Behandlungs- und Dokumentationsstandards. Eine durchschnittliche 20 Betten-Einheit hat heute noch Geld für ca. 1,5 Therapeuten, 0,5 Sozialarbeiter und nicht mal 1 ganze Stelle (sondern ca. 0,8) Ergotherapie bzw. Präsenzkraft. Den anderen psychiatrischen Disziplinen geht es teilweise ein wenig besser, auch eine Folge der damaligen Fehleinschätzung der Bedeutung und Arbeitsweise von Alterspsychiatrie.

Forderungen

- ▶ Die Anhaltzzahlen der Psych-PV von 1990 müssen an die gestiegenen Anforderungen und die reduzierten Verweildauern angepasst werden.
- ▶ Die Bundespflegesatzverordnung muss so geändert werden, dass die Anhaltzzahlen konstant erreicht werden und nicht durch Änderungen von Vergütung, Steuer, Energiekosten o.ä. wieder aufgebraucht werden, d.h. Aufhebung der Deckelung zumindest für Psych-PV-Personal.
- ▶ Der MDK muss überprüfen, dass das errechnete Psych-PV-Personal auch tatsächlich auf den Stationen arbeitet.

Es ist zu befürchten, dass wenn sich jetzt nichts ändert...

- ... Behandlungs- und Pflegefehler zunehmen werden.
- ... weiter Ärzte aus den gerontopsychiatrischen Abteilungen abwandern werden.
- ... die Fluktuation beim Pflegepersonal weiter zunimmt und vor allem die fachlich gut qualifizierten, motivierten MitarbeiterInnen aussteigen werden.
- ... die Gerontopsychiatrie letztlich wieder zu einer „Verwahrpsychiatrie“ wird.