

Für eine Psych-PVplus: Bedarfsgerechte Personalbemessung muss umfassend, verbindlich und durchsetzbar sein

Kurzfassung der ver.di-Positionen zur Neugestaltung der Personalbemessung in der psychiatrischen Krankenhausversorgung¹

Einleitung

Mit dem vorliegenden Dokument legt ver.di eine **Kurzfassung unserer Prüfsteine für die neuen Personalmindeststandards** in der stationären psychiatrischen Versorgung vor².

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG, 2016) schreibt fest, dass weiterhin eine verbindliche Personalbemessung in der stationären Psychiatrie vorgegeben wird. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)³ bis September 2019 eine Richtlinie erarbeiten, die zum 1. Januar 2020 in Kraft treten soll. Bis dahin gilt weiter die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV).

ver.di fordert, dass der G-BA die hier dargestellten Kriterien in den neuen Personalmindeststandards berücksichtigt. Das Bundesministerium für Gesundheit muss die fachliche Aufsicht wahrnehmen und gegebenenfalls entsprechende Auflagen erteilen, wozu es nach §94 SGB V berechtigt ist. ver.di vertritt weiterhin die Position, dass der Gesetzgeber, nicht die Selbstverwaltung, gefordert ist, normative Vorgaben zu machen. Die Erfahrungen der Beschäftigten aus den Kliniken als Expertinnen und Experten der Praxis müssen einbezogen werden.

Die Psych-PV wird heute in den meisten Krankenhäusern permanent unterschritten und ist, trotz gestiegener Anforderungen, seit ihrem Entstehen nicht angepasst worden. Dies führt zu Überlastung. Es wird schwieriger, gute Arbeit zu leisten. Die Beschäftigten sind nicht mehr bereit, im Arbeitsalltag ständig und auf Dauer über ihre Grenzen zu gehen, um die Lücke zwischen dem Anspruch auf bedarfsgerechte Versorgung einerseits und der Realität andererseits zu schließen. Wir brauchen Entlastung jetzt – auch in den psychiatrischen Einrichtungen!

¹ Beschlossen vom Bundesfachbereichsvorstands des Fachbereichs 3, Gesundheit, Soziales, Wohlfahrt und Kirchen, am 7.11.2017

² Die Langfassung dieses Positionspapiers mit ausführlichen Herleitungen und Begründungen der Positionen findet sich hier <http://kurzelinks.de/fqmn>

³ Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. ver.di ist im G-BA nicht vertreten. Patientenvertreter/innen und Fachgesellschaften haben beratende Funktion, jedoch kein Stimmrecht bei Entscheidungen.

Psych-PV weiterentwickeln

Die Psych-PV ist ein guter Ausgangspunkt. Sie muss jedoch umfassend überarbeitet werden. Dabei dürfen ihre Standards nicht unterschritten werden. Vielmehr müssen sich die gestiegenen Anforderungen in einer verbesserten Personalausstattung widerspiegeln: Wir brauchen eine **Psych-PVplus**. Maßstab für die neuen Personalmindeststandards müssen die bedarfsgerechte Versorgung bei Einhaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten sein. In Zukunft müssen eine Evaluation sowie ein kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess von Struktur, berücksichtigten Aufgaben und Zeitvorgaben gewährleistet werden.

Umfang und Reichweite der Personalmindeststandards

Verbindliche Personalbemessung muss bedarfsgerecht, umfassend, kohärent und lückenlos sein. Alle Aufgaben und Tätigkeiten, Berufsgruppen, medizinischen und fachpflegerischen Diagnosen und Settings müssen abgebildet werden.

Ambulante und teilstationäre Versorgungsformen aus dem Krankenhaus heraus müssen in die Personalbemessung mit einbezogen werden. Mittelfristig ist die Ausweitung von Personalmindeststandards auf die weiteren Sektoren psychiatrischer Versorgung anzugehen. Es gibt keinen Grund, warum Patient/innen in ambulanter Versorgung oder Heimbewohner/innen keinen Anspruch auf entsprechende Qualitätssicherung haben sollten.

Refinanzierung

Es ist sicherzustellen, dass das nach den Personalvorgaben erforderliche und tatsächlich vorhandene Personal entsprechend den im jeweiligen Krankenhaus geltenden Tarifverträgen refinanziert wird.

Struktur: Teilgebiete, Behandlungsbereiche

Die Struktur der Psych-PV ist grundlegend sinnvoll, sollte jedoch inhaltlich überprüft werden. Sie beruht auf der Einteilung in Teilgebiete und Behandlungsbereiche. Die Teilgebiete (bisher Allgemein-, Geronto-, Sucht- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) sind um die Psychosomatik zu erweitern, die Behandlungsbereiche neu zu fassen. Neue Behandlungsbereiche zur Abbildung teilstationärer und ambulanter Versorgung aus dem Krankenhaus heraus müssen eingefügt werden. Bei der Überarbeitung ist Überkomplexität zu vermeiden, um den Dokumentationsaufwand gering zu halten und Überprüfbarkeit zu gewährleisten.

Neue und aufwendiger gewordene Aufgaben berücksichtigen

Die Psych-PV baut auf einer detaillierten Auswertung der Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen und deren Zeitanforderungen auf. Diese Aufgabenlisten müssen überarbeitet werden. Dabei ist die Erfahrung der Beschäftigten einzubeziehen.

Psychiatrische Versorgung ist zeitaufwendiger als zu Zeiten der Entstehung der PsychPV. Viele Aufgaben sind neu dazugekommen oder im Umfang erheblich gewachsen:

Die durchschnittliche Verweildauer hat sich verkürzt; es sind neue Behandlungskonzepte entstanden und ausgebaut worden; Betroffenenrechte wurden gestärkt; der

Dokumentationsaufwand ist erheblich gewachsen; die Aufgaben und Handlungsfelder sind für alle Berufsgruppen vielfältiger und umfangreicher geworden, haben sich teilweise verschoben; neue Berufsgruppen sind hinzugekommen.

Multiprofessionelles Entlassmanagement, Ansätze integrierter Versorgung, Psychoedukation, Familienbehandlung, Angehörigenarbeit, gute Versorgung für Patient/innen mit Migrationsgeschichte, vermehrt somatische Nebendiagnosen und Patient/innen mit Pflegestufe sind nur einige weitere Stichworte, die die gestiegenen Arbeitsanforderungen beschreiben und berücksichtigt werden müssen⁴.

Nur mit ausreichend Personal können behandlungszuträgliche und gewaltarme Stationsmilieus geschaffen und damit auch Fragen der Gewalt gegen Patient/innen, aber auch gegen Beschäftigte wirksam angegangen werden, die ein drängendes Problem darstellen.

Zentral ist: die Behandelnden und Pflegenden brauchen Zeit für Gespräche, Vertrauens- und Beziehungsarbeit. Gerade in der sprechenden Medizin leidet die Behandlungsqualität, wenn diese Zeit fehlt.

Neu zu berücksichtigende Berufsgruppen

In den vergangenen Jahrzehnten sind einige Berufsgruppen neu entstanden, die zusätzliche Tätigkeiten ausüben. Ihre Stellen mussten bisher von anderen Berufsgruppen „abgezweigt“ werden. Diese Berufsgruppen müssen – zusätzlich zu den bisher erfassten - in einer Psych-PVplus berücksichtigt werden: Psychologische Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP), Heilerziehungspflege, Spezialtherapien (Musik-, Theater-, Kunsttherapeut/innen u.a.), ggf. Dolmetscher/innen oder erhöhte Zeitanteile für Personal mit entsprechenden Sprach-, Kultur- und Vermittlungskompetenzen. Die Rolle der Psychotherapeuten/innen in Ausbildung (PiA) sowie nach der geplanten Reform der Psychotherapeuten/innen in Weiterbildung ist zu regeln.

Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den Berufen

Die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung ist durch ein hohes Maß an **Teamwork, Arbeitsteilung und gemeinsame Aufgabenbereiche** gekennzeichnet. Personalbemessung muss die komplexe Aufgabe erfüllen, einerseits auf die regionalen und strukturellen Besonderheiten der Kliniken einzugehen, ohne andererseits Lücken und Unklarheiten zu schaffen, die zu einer unangemessenen Personalreduktion führen.

Es muss klar zugeordnet werden, welche Berufsgruppen welche Aufgaben übernehmen. Bei überlappenden Aufgabenbereichen sind Zeitanteile für beide Berufsgruppen einzuplanen.

Wo mehrere Berufsgruppen bestimmte Aufgaben erfüllen können, können – wie bisher in der Psych-PV – bis zu einem gewissen Grad Berufsgruppen gleicher Qualifikationsniveaus miteinander ausgetauscht werden. **Ein Austausch gegen geringer qualifiziertes Personal ist unzulässig.**

⁴ Mit den zusätzlichen Aufgaben auch der einzelnen Berufsgruppen beschäftigen wir uns ausführlich in der Langfassung des Positionspapiers.

Eine **Spezialisierung auf alle Aufgabengebiete ist nicht leistbar**. Ständige Rotation auf verschiedenen Stationen muss vermieden werden.

Es muss eine angemessene Quote von **Leitungskräften** zur Zahl der Beschäftigten geben.

ver.di lehnt es ab, **externe Kräfte** auf die Personalbemessung anzurechnen.

Auch in den sogenannten **Servicebereichen** Beschäftigte sollten direkt und fest in den Krankenhäusern angestellt sein.

Qualifikationsanforderungen

Ausgangspunkt für gute psychiatrische Versorgung ist eine hohe Fachlichkeit der Beschäftigten. Es ist daher der Einsatz von **nicht unter dreijährig ausgebildeten Fachkräften** in allen Berufsgruppen festzulegen. Eine hohe Quote von **Fachweiterbildungen** (für die Pflege: DKG-Fachweiterbildung) oder vergleichbaren weiteren Qualifikationen sollte verankert werden. Es darf keine Schicht ohne Fachpflegekraft geben.

Pflege: Sockelwerte, Stationsgrößen, Mindestbesetzungen

Der **Sockelwert** von bisher 5.000 Minuten pro Woche/Station muss der Stationsgröße angepasst werden. Er sollte pro Patient/in berechnet werden.

Die **Stationsgrößen** sind nach Fläche und Patientenzahl zu begrenzen. Die maximale Stationsgröße sollte 18 Betten betragen, im Akutbereich 15.

Personal für 1:1-Betreuung muss zusätzlich zu den Regelstellen für die entsprechende Station „on top“ bereitgestellt werden. Für akute Notsituationen und 1:1-Situationen ist ein Pflegepool einzurichten. 1:1-Betreuungen dürfen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden.

Unabhängig von den errechneten Minutenwerten muss zur Gewährleistung von Arbeits- und Gesundheitsschutz gelten: **Wenn die Regelbesetzung nicht eingehalten wird, müssen zwingend Betten gesperrt werden**. Es müssen **mindestens zwei Fachkräfte in jeder Schicht** im Dienst sein.

Angemessene **Puffer** sind einzuplanen. Zu knappe Bemessung führt zu systematischer Überlastung.

Die neuen Personalmindeststandards müssen auch Vorgaben für den **Nachtdienst** enthalten.

Ambulante und integrierte Versorgung

Für integrierte Versorgungskonzepte, Hometreatment, teilstationäre Versorgung etc. sind **geeignete Personalbemessungskriterien** zu entwickeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Auftrag, Personalmindeststandards für die stationären Einrichtungen zu erarbeiten. Wo diese auch ambulante/stationsäquivalente Versorgung betreiben, umfasst dieser Auftrag auch diese.

Standards für die ambulante Versorgung aus dem Krankenhaus heraus müssen ebenso verbindlich, überprüfbar und mit Arbeitsrechten vereinbar sein wie in der stationären Versorgung. Gefährliche Alleinarbeit ist auszuschließen.

Solange es keine für alle verbindlichen Standards gibt, ist festzulegen, dass im Interesse des Gesundheitsschutzes neben der fachlichen Bestimmung durch das behandelnde Fachpersonal, der Personalbedarf mit der **betrieblichen Interessenvertretung** zu vereinbaren ist.

Wenn stationäre und ambulante Versorgungsformen innerhalb einer Station gemischt werden, ist die **Personalbemessung anteilig** vorzunehmen. Es muss jederzeit genug Personal auf der Station da sein, um die stationären Patient/innen angemessen zu versorgen.

Ausfallzeiten und Überbelegung

Ausfallzeiten müssen, wie ursprünglich auch in der Psych-PV vorgesehen, anhand der realen Werte eingeplant werden. Bei Überbelegung einer Station ist die Zahl der Beschäftigten nach den tatsächlich belegten Betten zu berechnen.

Umsetzung, Kontrolle, Durchsetzung, Transparenz

Es muss angemessene Regelungen zu **Umsetzung und Kontrolle von Personalmindeststandards** sowie zum Vorgehen bei deren Unterschreitung, und zur Transparenz geben. Das vorgesehene Personal muss tatsächlich anwesend sein und sich seinen patientenbezogenen Aufgaben widmen können. Dazu braucht es Regelungen zur Transparenz und Kontrolle.

Die Ist-Personalbesetzung ist nach Stationen/Bereichen schichtgenau zu dokumentieren. Stichproben durch betriebliche Interessenvertretungen, Landesaufsicht, Besuchskommissionen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) müssen möglich sein und durchgeführt werden.

Betriebliche Interessenvertretungen müssen bei der Erbringung des Personalnachweises beteiligt werden. Sie müssen das Recht erhalten, an Pflegesatzverhandlungen zum Thema Personalbedarf und -finanzierung teilzunehmen.

Wenn Personalvorgaben nicht eingehalten werden, muss eine Kaskade zur Sicherung guter Patientenversorgung in Gang gesetzt werden. Diese reicht von Aufnahmestopps und Bettensperrung mit Umlenkung der Patient/innen in andere Krankenhäuser bei kurzfristigen Personalengpässen bis zur Änderung der Versorgungsplanung, sollte ein Träger über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage sein, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen/Stationen zu sorgen. Die Interessen des vorhandenen Personals sind zu wahren.

Die Kostenträger erstatten den Krankenhausträgern nur Personalkosten in Höhe der tatsächlich aufwandten Beträge.

Die Personalvorgaben müssen für Beschäftigte, Patient/innen und ihre Vertretungen verständlich und nachvollziehbar sein. Ausufernde Ausdifferenzierung ist daher zu vermeiden.

Der Grad der Umsetzung der Personalausstattung ist in den Qualitätsberichten auszuweisen. Ebenfalls muss der Krankenhausvergleich diese Daten enthalten. Die Mindestbesetzung für die jeweilige Station ist im Krankenhaus öffentlich auszuweisen.

Weitere Informationen: <https://psychiatrie.verdi.de>

Kontakt: Gisela Neunhöffer, ver.di Bundesverwaltung, gisela.neunhoeffer@verdi.de