

## Gemeinsame Stellungnahme

von DFPP und BFLK

### **Patientenversorgung in Gefahr – Neues Entgeltsystem ohne Personalbemessung, Verbände fordern eine Gewährleistung von Strukturqualität in der Psychiatrie nach Wegfall der Psych-PV**

Die seit dem 09.11.1990 gültige Psychiatrie-Personalverordnung wird ab dem 01.01.2017 ungültig. Damit wird auch die normative Funktion der Psych-PV zur Personalbemessung für das nach BPfIV abzuschließende Budget abgelöst durch das neue PEPP (Pauschalisiertes Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik) ersetzt. Die Psych-PV gab über die neunziger Jahren hinaus der Weiterentwicklung der Behandlungsangebote unverzichtbare Impulse. V.a. aber ermöglicht sie den Kliniken durch die Vorhaltung von qualitativen und quantitativen Personalressourcen unternehmerische Stabilität und sie gewährleistet eine stabile Strukturqualität. Sie hat für alle Berufsgruppen schweregradabhängige, aufgabenbezogenen Personalstellen ausgewiesen und für überschaubare Stationsgrößen mit 18 Plätzen der Psychiatrische Pflege gesonderte Stellen zugewiesen. Ab 2017 soll das im stationären Sektor vorhandene Geld „leistungsgerechter und transparenter“ verteilt werden, aber ohne jegliche Norm für die notwendigen Leistungen und das notwendige Geld. Und im aktuellen PEPP-Katalog ist nicht erkennbar, dass der individuelle Versorgungsbedarf angemessen abgebildet wird (vgl. Gemeinsamer Standpunkt zur Kalkulationssystematik des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik vom 11.06.13).

Gemäß Psych-Entgeltgesetz ist der G-BA mit der Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beauftragt; der G-BA hat diese Aufgabe an das AQUA-Institut delegiert. Von dort ist jetzt zu hören, dass zum einen 2017 noch nicht mit Qualitätsvorgaben zu rechnen ist. Somit ist künftig die erforderliche Strukturqualität – insbesondere im personellen Bereich – nicht mehr gewährleistet.

Durch die fehlende Steuerungsfunktion der Psych-PV läge die interne Budget- bzw. Stellenverteilung dann ausschließlich bei der Geschäftsführung bzw. der Betriebsleitung. Wenn Pflege hier nicht eingebunden ist, ist zu befürchten, dass ein interner Verteilungskampf zu Lasten der Pflege geführt wird. Verstärkt durch versorgungspolitisch nicht vertretbare Fehlanreize des neuen Entgeltsystems und einen „systembedingten Misstrauensaufwand“ wird die Allokationendiskussion innerhalb der Klinik noch mal verstärkt. Denn spätestens mit Beginn der Konvergenzphase werden die pauschalisierten Entgelte und die Unterfinanzierung der Kostensteigerungen im

Landesbasisentgeltwert einen starken Anreiz zum Personalabbau bewirken sowie große Stationen mit 30 – 40 Plätzen wieder attraktiver machen.

Damit zieht sich die Bundesregierung aus dem Sicherungsauftrag für die Gesundheitsbelange der Menschen mit psychischen Erkrankungen Schritt für Schritt zurück und überlässt die Strukturqualität ausschließlich dem Anbieter von psychiatrischen Krankenhausleistungen und damit dem Markt.

Dies diskriminiert Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderer Weise. Die im § 27 SGB V „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, [...]“ festgehaltene, besondere Bedürfnislage wird damit ad absurdum geführt.

Ohne Strukturvorgaben wird der Personalabbau bei denjenigen Berufsgruppen stattfinden, die in Entscheidungsgremien weniger potent vertreten sind und/oder die vermeintlich weniger kodierbare Leistungen am Patienten erbringen. Das wird zur Reduktion erforderlicher Leistungen bei schwerstkranken Menschen führen und die Berufsgruppen, die am Patienten multiprofessionell zusammenarbeiten, werden zu Konkurrenten um Stellenanteile. Die Stellungnahme der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) zur Anhörung des BT-Gesundheitsausschusses zum Thema „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ vom 7. Juni 2013 lässt befürchten, dass diese Entwicklung von Teilen begrüßt oder zumindest billigend in Kauf genommen wird, da man in den Entscheidungsgremien mehr Einfluss nehmen kann und somit auch mehr Gestaltungsspielraum zur Umverteilung der Ressourcen im Sinne von Gewinnmaximierung hat.

Mit der bewussten Aufgabe von Strukturqualitätsvorgaben kann eine Zweckentfremdung von Solidargeldern (Krankenkassenbeiträge der Versicherten), z. B. für Investitionszwecke, nicht mehr nachgehalten werden. Ob Krankenkassenbeiträge zur sachgerechten Finanzierung der Krankenversorgung genutzt werden oder zur Gewinnoptimierung dienen, wird zukünftig kaum nachprüfbar sein. Hier wird einem möglichen Missbrauch Tür und Tor geöffnet. Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen bedarf einer sachgerechten staatlichen Steuerung und darf nicht einer marktradikalen Orientierung überlassen werden. Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen werden auch heute noch stigmatisiert und gehören zur Randgruppe der deutschen Gesellschaft. Gesundheitsleistungen werden nicht in gleicher Weise finanziert, wie bei somatischen Erkrankungen. So gibt es schon heute eine Rationierung auf dem Gebiet der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. In den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP), § 92 SGB V, des GBA, ist eine zeitliche Begrenzung der Maßnahmendauer auf „bis zu vier Monate“ fixiert. Eine ähnliche

Leistungsbegrenzung im Kontext anderer chronischer Erkrankungen (z.B. Insulingabe bei Diabetes melitus) würde einen Aufschrei in der Nation mit sich bringen. Einer ähnlichen Entwicklung in der stationären Krankenhausbehandlung, im Kontext der Vernachlässigung der Strukturqualität, gilt es entgegen zu wirken.

In der Somatik wurde die Personalbedarfsberechnung Mitte der 1990er ausgesetzt. Seit dem Fehlen von Strukturvorgaben wurden seit 1995 bis 2010, 42772 (-13,2%) Stellen in der Pflege abgebaut und 30889 (+31,82 %) Stellen im ärztlichen Dienst aufgebaut. Anzunehmen ist dabei, dass durch die Verweildauerverkürzung von 10,8 auf 7,9 Tagen der durchschnittliche Pflegeaufwand pro Patient mindestens im gleichen Maß gestiegen ist, wie der ärztliche Aufwand (Isfort et al., 2012).

In der Anhörung des Gesundheitsausschusses zu strukturellen Mindestbesetzungen im Pflegedienst sprachen sich die großen Lobbyverbände (DKG, GKV-Spitzenverband, BDA) gegen eine Mindestbesetzung im DRG-Bereich aus (Gaede, 2013). Es wurde unter anderem argumentiert, dass es keinen Zusammenhang zwischen mehr Personal Qualitätsverbesserung geben würde (Argumentation des BDA, vgl. Gaede, 2013). Diese Behauptung steht einschlägigen Forschungsergebnissen konträr gegenüber und ist grotesk. So konnte Aiken et al. (2002) in einer großen Studie zeigen, dass bei einer Arbeitsbelastung von mehr als 4 Patienten pro Pflegefachperson das Mortalitätsrisiko mit jedem weiteren Patienten um 7% steigt. Es konnte dargestellt werden, dass das Mortalitätsrisiko bei Patienten in Krankenhäusern mit einer Arbeitsbelastung von 8 Patienten pro Pflegefachperson um 31% höher war als bei Patienten in Kliniken wo die Arbeitsbelastung der Pflegenden nur bei 4:1 lag (Aiken et al. 2002). Isfort et al. belegten im Kontext mit nichtzureichender Personaldichte 2009 und 2012 drastische Mängel der pflegerischen Patientenversorgung bezüglich dem angemessenen Umgang mit verwirrten Patienten, der Mobilisation, der Hygiene und der psychosozialer Betreuung; auf Intensivstationen wurde nachgewiesen, dass Patienten häufig aufgrund unzureichender Betreuungsrelation fixiert werden (zusammenfassend in Isfort, 2013). Auch gibt es im Kontext der Psychiatrie empirische Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Quantitäten und Qualitäten. So konnten Nienaber et al. (2013) in ihrer Übersichtsarbeit zeigen, dass empirische Belege dafür vorhanden sind, dass bei dem Einsatz von gering qualifiziertem Personal die Überwachungsintensität auf den Stationen steigt. Dies geht einher mit Autonomieverlust der Patienten. Die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer kommt in ihrer Stellungnahme zu „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“ zu folgendem

Schluss: „Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten.“ (Bundesärztekammer, 2013: S. A 1335).

Diese Fakten zeigen in beeindruckender und beängstigender Weise, was geschieht, wenn keine gesetzlichen Mindeststandards definiert sind. Im Weiteren wird mit dieser Situation das politische Versagen genutzt, um Neid zwischen den Berufsgruppen zu platzieren. Dieser Deregulation gilt es in der Psychiatrie entgegenzuwirken. Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung in der Psychiatrie hängt neben der Qualifikation der Mitarbeiter eindeutig von der Anzahl von qualifizierten Pflegefachpersonen in den psychiatrischen Kliniken ab. Aus den Erfahrungen der DRG Einführung kann gelernt werden, dass ohne Ordnungspolitischen Rahmen zur Strukturqualität, das neue Entgeltsystem zur Cash-Cow von gewinn- bzw. renditeorientierter Einrichtungen, auf Kosten der Pflegenden und damit der Patienten, wird. Um den dargestellten Risiken entgegen zu wirken, fordert die BFLK und DFPP:

- Verbands- und professionsübergreifende Zusammenarbeit in der Entwicklung von Lösungsvorschlägen und neuen Konzepten.
- Eine Schaffung von Strukturqualitätsstandards für die stationäre Krankenbehandlung durch das Bundesgesundheitsministeriums bis zum 1. Januar 2017.
- Entwicklung und Konsentierung von Rahmenempfehlungen zur Personalbesetzung, (einschließlich Empfehlungen zur Verteilung möglicher „Unterbesetzung“ aufgrund Unterfinanzierung). Letztere sollten Bezug nehmen auf evidenzbasierte Fachstandards und Leitlinien.
- Anstoßen und Finanzierung von wissenschaftlichen Aktivitäten um die Evidenz bezüglich Personalausstattung zu verbessern.
- Weiterhin politische Einflussnahme um Nachbesserungen der Entgeltregelungen zu leisten.
- Einflussnahme beim G-BA bezüglich der Definition von Qualitätsmerkmalen psychiatrischer Versorgung.

DFPP

gez. Ruth Ahrens

BFLK

gez. Heinz Lepper

Unter der Mitarbeit von:

Dorothea Sauter, Christian Ackermann, Michael Lison und Michael Lühr

## Literatur:

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 288(16), 987-93.
- Gaede, K. (2013) Mindestpersonalbemessung – „Warum? Die Kliniken sind gut ausgestattet“. kma, 13, 6.
- Gemeinsamer Standpunkt zur Kalkulationssystematik des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik, im Internet: <http://www.bdk-deutschland.de/images/stories/downloads/aktuelles/entgeltsystem/2013-06-11-gemeinsamer-standpunkt-entgeltssystem-psychiatrie.pdf>, letzter Aufruf am: 5.07.2013
- Isfort, M (2013): Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung. Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 12.06.2013. Online unter [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/an\\_Mindestpersonalbemessung/Stellungnahmen/index.html](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/an_Mindestpersonalbemessung/Stellungnahmen/index.html)
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung - eine systematische Literaturübersicht. Psychiatr Prax, 40(1), 14-2.
- Bundesärztekammer (2013) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Zwangsbearbeitung bei psychischen Erkrankungen“. Ärzteblatt, 110(26), A1134 - 38