

Workshop III „**Arbeit – Personal – Personalbemessung**“

Impulsvortrag Bernhard Dollerschell:

Gute Versorgung braucht Zeit – Personalausstattung in der Psychiatrie aus Patientenperspektive

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Vortrag gliedert sich nach den folgenden Leitfragen:

1. Was stört mich derzeit, bezogen auf mein Thema, am meisten?
 2. Was sollte hinsichtlich einer zukunftsorientierten psychosozialen Versorgung anders werden?
 3. Wie könnte es 2025/2030 aussehen?
 4. Wie kommen wir dahin?
 5. Wer muss was tun?
-
1. Mich stört derzeit am meisten, daß die schon sehr niedrigen Mindestpersonalvorgaben des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) noch immer vieler Orts unterschritten werden!

Der Grund hierfür liegt zum einen meines Erachtens bei den Krankenkassen. Die machen in meinen Augen eine hervorragende Öffentlichkeitsarbeit, in der sie es nicht versäumen, sich als die Guten im Gesundheitswesen darzustellen. Tatsächlich aber halte ich die Krankenkassen für die Bremser im System. Denn sie sind

es, die den Psychiatrien nicht die vorgeschriebene Personaldecke voll refinanzieren und die sich gegen innovative Behandlungsformen wie zum Beispiel das echte Hometreatment oder Außerstationäre Krisenbegleitung stellen.

Zum anderen liegt der Grund für zu wenig Personal in den Psychiatrien selbst, weil privatwirtschaftliche Gewinnoptimierung betrieben wird. Hier wird skandalös Gewinn vor Gesundheit von Patienten und Personal gestellt!

2. Es sollte sich hinsichtlich einer zukunftsorientierten psychosozialen Versorgung ändern, daß die Kommunikation und der Beziehungsaufbau, von dem die Psychiatrie lebt, nicht durch Minutenvorgaben ad Absurdum geführt werden. Diese Vorgaben stammen teilweise noch von Personalbemessungsverfahren a la REFA (Reichsausschuß für Arbeitszeitermittlung), die keine weichen Faktoren wie zum Beispiel das Zwischenmenschliche berücksichtigen.

Auch bedarf es multifunktionale Teams, in den ganz unterschiedliche Qualifikationsgrade zusammenwirken. In solche Teams gehören Chefärzte, Oberärzte, Stationsärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Pflegefachkräfte und nicht zuletzt Peers. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, daß das ganze professionelle Angebot mir in meiner tiefsten psychischen Krise nichts geholfen hat, weil es eben kein praktisches Modell in Form eines Peers gab, der aufgezeigt hätte, daß Genesung von einer Depression tatsächlich möglich ist. Ein solcher Peer wäre für mich der Schlüssel gewesen, den Profis mit ihren Aussagen Glauben zu schenken, daß mittels der verschiedenen Therapien, die meinen eigenen Willen zur Gesundung unterstützen sollten, alles wieder gut wird.

Schließlich ist die Frage, ob es immer maximaler Qualifikationen bedarf, um den Patienten abzuholen. Manchmal braucht es keiner komplizierten Kommunikation, sondern dem Patienten ist durch das bloße gemeinsame Aushalten der Krise geholfen. Dabei fällt mir auf, wie verpönt körperlicher Kontakt in der modernen Psychiatrie ist. Wohltuend die Hand jemanden bei Bedarf auflegen oder einfach nur

Händehalten wird nicht praktiziert. Dabei sind es oft nonverbale Gesten die den in der Krise befindlichen Menschen besonders erreichen.

Weiter ist auffallend, daß in der Psychiatrie vom Behandlungsteam gerne über den Patienten geredet wird, aber wenig mit ihm und vor allem dann auch nicht auf Augenhöhe. Das liegt meines Erachtens daran, daß bereits im Team selbst Augenhöhe nicht geübt wird, sondern veralteten Hierarchien gefolgt wird. Damit sind wir aber auch schon wieder ganz eng am Thema Personalbemessung. Denn Augenhöhe innerhalb vom Behandlungsteam und nach außen zum Patienten hin braucht wieder Zeit, die von Fall zu Fall völlig unterschiedlich ausfällt!

Abschließend zu diesem Punkt möchte ich kurz noch auf das Thema Gewalt eingehen, wohlwissend das Thema nur anreißen zu können. Ich erhebe also hier keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern erkenne an, daß das Thema viel Vielschichtiger ist, als ich es hier behandle. Wenn es also zu Zwangsmaßnahmen kommt beziehungsweise gewaltsamen Übergriffen seitens der Patienten, indiziert das das Scheitern der Behandlung. Es ist, glaube ich, daher unumgänglich für hinreichendes Personal zu sorgen. Denn es reicht eben nicht, psychisch Kranke in einer Krise in einer geschlossenen Station zu medikamentieren, zu ernähren und ihnen das Rauchen und den Kaffeekonsum zu ermöglichen. Noch schlimmer ist es, wenn es zu Fixierungen kommt, die wohlmöglich langandauernd sind. Das traumatisiert und zerstört notwendige Beziehung zwischen Patient und Behandlungsteam. Ja, Fixierung löst in der Regel Gegengewalt wie Anspucken, lautstarkes Beleidigen und so weiter durch den Patienten aus. Die Gewalt von Patienten führt inzwischen dazu, daß das Personal solche Angst hat, daß in manchen Kliniken private Security eingestellt wird. Das zeigt, daß durch ein Mehr an Personal das Gewaltproblem reduziert werden kann. Fraglich ist, ob es Hilfreich ist, daß Personal durch Security aufzustocken, aber anderes Personal zu kriegen, ist zuweilen so gut wie unmöglich. Denn für das Gehalt und die Arbeitsbedingungen läßt sich geeignetes Personal nicht finden. Der Pflegenotstand ist konkret spürbar. Es müssen also dringend geeignete Maßnahmen ergriffen werden. Nur

Workshop III „Arbeit – Personal – Personalbemessung“

Impulsvortrag Bernhard Dollerschell:

Gute Versorgung braucht Zeit – Personalausstattung in der Psychiatrie aus Patientenperspektive

wenn genug Personal vorhanden ist für vorübergehende Eins-zu-Eins-Betreuung reißt auch in der tiefsten Krise nicht die Verbindung zwischen Patienten und Behandlungsteam. Auch auf Akutstationen muß eine niederschwellige Tagesstruktur geboten werden. Sonst wird man verrückt vom Verrücktsein...

3. Zu der Frage wie es 2025/2030 in der Psychiatrie aussehen könnte, möchte ich zunächst anmerken, daß ich kein Prophet bin! Aber ich stelle mir für die Zukunft schon vor, daß die Psychiatrie sich patientenzentrierter aufstellt, daß Peers selbstverständlich in die Prozesse eingebunden sind und Zeit für wirklich bedarfsorientierte Behandlung da ist. Ich stelle mir vor, daß innovative Behandlungsformen wie echtes Hometreatment, der „**Offene Dialog**“, Außerstationäre Krisenbegleitung und so weiter sich durchgesetzt haben werden. Ich stelle mir schließlich vor, daß das starre, komplizierte deutsche Gesundheitswesen flexibel wird und nicht mehr die Frage im Vordergrund steht, wer zahlt was wann wem woraus, sondern nur noch das wichtigste zählt: Die Gesundheit!
4. Es ist tatsächlich eine spannende Frage, wie wir zu einer besseren Psychiatrie in der Zukunft kommen. Zunächst wird solange nichts bewirkt, solange sich nicht die Einstellungen in den Köpfen der irgendwie an der Psychiatrie Beteiligten ändern. Dinge wie Augenhöhe im Behandlungsteam und dem Patienten gegenüber, kann man meines Erachtens nicht erzwingen, sondern nur erlernen und durch gute Erfahrungen verfestigt sich das Prinzip. Das gleiche gilt für den patientenzentrierten Ansatz. Lernen braucht aber Zeit und gute Erfahrungen mit Gelerntem zu machen, auch. Denn, wenn die Erfahrung des Personals lediglich die ist, wie schaffe ich es über die Runden zu kommen, ohne dabei zu kollabieren und an einem Burnout zu erkranken, wird sich an dem bestehenden System nichts in Richtung Patientenzentrierung und einem Miteinander auf Augenhöhe ändern.

Peers können nur in die Prozesse eingebunden werden, wenn es sie hinreichend auf dem Arbeitsmarkt gibt. Dazu müßte EX-IN und vergleichbare Institutionen einen höheren Output haben. Vielleicht bedarf es dazu, daß aus der EX-IN Weiterbildung eine echte Ausbildung wird oder die von den Psychiatrie-Erfahrenen für

Workshop III „Arbeit – Personal – Personalbemessung“

Impulsvortrag Bernhard Dollerschell:

Gute Versorgung braucht Zeit – Personalausstattung in der Psychiatrie aus Patientenperspektive

eine EX-IN Qualifikation aufzubringenden Kosten besser und schneller kompensiert werden.

Genau das, was für Peers gilt, läßt sich auch auf Profis übertragen. Pflegekräfte insbesondere mit zusätzlicher Fachkompetenz für Psychiatrie, lassen sich nur einstellen, wenn es sie auf dem Arbeitsmarkt gibt. Alles Geschwätz über Veränderungen ist hinfällig, wenn es nicht genug Personal gibt, sie umzusetzen. Das gilt im Übrigen nicht nur für die Psychiatrie. Es muß sich also dringend etwas ändern an der Attraktivität des Pflegeberufs. Es geht eben nicht Personal ständig wie eine Zitrone auszupressen. Auch eine Zitrone gibt nach einigem Pressen einfach keinen Saft mehr her...

Bedarfsorientiert behandelt kann nur dort werden, wo die Bedürfnisse des Patienten aufgespürt werden und entsprechende Angebote vorhanden sind. Bedürfnisse auszuloten braucht wieder Zeit und entsprechende Angebote eine Flexibilisierung des deutschen Gesundheitswesens.

Das bedeutet wegzukommen durch Minutenzählerei entstandenen pauschalieren Kostenerstattungen und hinzukommen zu einer fürs Personal und den Patienten würdigen Ökonomie!

Das setzt voraus, daß an den Stellen, wo entschieden wird, Demokratie herrscht. Es kann nicht angehen, daß an den Betroffenen vorbei, die Finanzierung und damit die personelle Ausstattung der Psychiatrie festgelegt wird. Denn die Psychiatrie steht und fällt mit dem Personal. Ich möchte daran erinnern, daß die Psychiatrie keine Apparate Medizin ist, sondern ganz entscheidend von der zwischenmenschlichen Kommunikation und Beziehung lebt!

5. Wer ist also aufgefordert wie zu handeln?

Zunächst brauchen wir ein Umfeld in dem es sich für das Personal lohnt sich durch Lernen weiterzuentwickeln. Zum einen bedarf es entsprechender Fortbil-

Workshop III „Arbeit – Personal – Personalbemessung“

Impulsvortrag Bernhard Dollerschell:

Gute Versorgung braucht Zeit – Personalausstattung in der Psychiatrie aus Patientenperspektive

dungsangebote und zum anderen ein Tarifsystem, das solche fortwährende Qualifizierung belohnt. Nicht mehr alleine die Ausgangsqualifikation sollte für die Eingruppierung im Tarifsystem maßgeblich sein, sondern auch das durch Fortbildung untermauerte Erfahrungswissen. Das würde auch das Problem lösen, wie Peers zu einer Eingruppierung gelangen. Zurzeit scheitert das ja bekanntlich daran, daß die Peers zumeist keine Qualifikation in einem Gesundheitsberuf haben, sondern ausschließlich Erfahrungswissen, daß zum Beispiel durch eine EX-IN Schulung praktisch anwendbar gemacht wird. Hier wären die Tarifpartner gefragt das Tarifsystem entsprechend weiterzuentwickeln.

Damit Zeit zum Lernen und für daraus resultierender Veränderung wie zum Beispiel die Patientenzentrierung und das Begegnen auf Augenhöhe ist, muß für so viel Personal gesorgt werden, daß das Arbeiten in der Psychiatrie kein Wettlauf gegen die Zeit ist, der durch verheißen von Personal noch zu einer weiteren Reduzierung desselben führt. Schlechte Arbeitsbedingungen führen auch dazu, daß der Beruf als unattraktiv von potentiellen Neueinsteigern bewertet wird. Das führt zur Verknappung des Personals und schließlich zur Personalnot in dem Beruf. Dies gilt es durch entsprechende Gesetzeslage zu durchbrechen. Es muß die Klinik, die mindestens das PsychVVG einhält, dahingehend belohnt werden, daß sie die vollen Personalkosten refinanziert kriegt und es muß ein Verbot geben zulasten des Personals und damit der Patienten Gewinnoptimierung zu betreiben.

Dort, wo die Entscheidungen für die Personalbedarfe der Psychiatrien getroffen werden, haben Betroffene mitzuwirken. Das gehört sich meines Erachtens für eine moderne Demokratie.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Workshop III „Arbeit – Personal – Personalbemessung“

Impulsvortrag Bernhard Dollerschell:

Gute Versorgung braucht Zeit – Personalausstattung in der Psychiatrie aus Patientenperspektive