

Bedürfnisse, Bedarf und die schwierige Frage der Gerechtigkeit

Ein Plädoyer für ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Arno Deister¹

„Auch in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel Mittel sie aufbringen will, um das Leid von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erleichtern.“

Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Psychiatrie-Enquete), 1975

Eine große Chance für Menschen mit psychischen Erkrankungen droht aktuell vertan zu werden: Die Chance, ein System der Personalbemessung für die Leistungen im und durch das Krankenhaus zu entwickeln, das die notwendige Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ermöglicht und fördert. Wird diese Chance vertan, so werden sich die Bedingungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung für unabsehbare Zeit verschlechtern.

Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, haben ein Recht auf umfassende, angemessene und den ethischen Ansprüchen entsprechende Unterstützung, Hilfe und Behandlung. Der Frage, wie die therapeutisch wirksame Beziehung zwischen allen Beteiligten gestaltet wird, kommt dabei die zentrale Bedeutung zu. Dazu braucht es eine ausreichende Zahl von kompetenten, qualifizierten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus vielen Berufsgruppen. Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung – und für ihre Angehörigen und engsten Bezugspersonen - ist deshalb ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung für die Psychiatrie, Psychotherapie und

die Psychosomatische Medizin von entscheidender Bedeutung.

Die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen könnte kaum größer sein. Psychische Erkrankungen bringen häufig massives und oft langanhaltendes Leid für die davon betroffenen Menschen. Etwa jeder vierte Mensch erfüllt innerhalb eines Jahres die Kriterien mindestens einer solchen Erkrankung. Die Zahl der Tage mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung steigt seit Jahren rasant an. Bei fast jedem zweiten Menschen, der erkrankungsbedingt vorzeitig beurlaubt wird, geschieht dies wegen einer psychischen Erkrankung.

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) wurde vor fast drei Jahrzehnten ein System der Personalbemessung für das psychiatrische Krankenhaus entwickelt, das erstmalig den individuellen Behandlungsbedarf der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellte. Die Anwendung der PsychPV wird zum Ende des Jahres 2019 beendet. Das bereits 2018 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) schreibt die Entwicklung eines neuen Systems der Personalbemessung für die im und durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen

¹ Der Autor hat die Facharztanerkennungen für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Forensische Psychiatrie und Neurologie. Er ist Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe und war Präsident der DGPPN 2017/2018. Er vertritt die Bundesärztekammer in der AG Psychiatrie-Psychotherapie-Psychosomatik des GBA

vor, das im nächsten Jahr die PsychPV ablösen soll. Die Diskussion darüber, wie dieses System gestaltet sein soll, ist aktuell in vollem Gange – und sie wird äußerst kontrovers geführt.

Die Diskussion wird aktuell vielfach verkürzt auf die Frage von formalen Untergrenzen der Personalausstattung, auf die Frage der Finanzierung von erbrachten Einzel-Leistungen und auf ein System von Nachweisen, Kontrollen und Sanktionen. Mit diesem Vorgehen lässt sich die Frage, wie ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung aussehen soll, jedoch nicht beantworten. Die grundlegende Frage, wie *gerecht* ein zukünftiges System der Personalbemessung sein soll – ja sein muss – wird kaum gestellt. Eine große Chance für Menschen mit psychischer Erkrankung droht deshalb vertan zu werden.

An der Frage, wie gerecht ein zukünftiges System sein wird, wird sich jedoch entscheiden, ob es zu der notwendigen Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfe- und Versorgungssystems kommt. Dabei geht es um Gerechtigkeit in der Erfüllung von Bedürfnissen der erkrankten Menschen, des Umgangs mit den verfügbaren Ressourcen, der Verwirklichung von inhaltlichen Anforderungen und der Finanzierung der zu erbringenden Leistungen in gleichem Maße. Es geht auch und wesentlich um soziale Gerechtigkeit – ein Aspekt, ohne den gerechte psychiatrische Versorgung nicht denkbar ist.

Eine große Chance droht vertan zu werden

Die aktuelle Diskussion geht von der Fiktion einer evidenten Empirie aus und vermeidet konsequent notwendige normative Setzungen. Es ist nicht nur problematisch, sondern geht völlig an der politischen Absicht des PsychVVG vorbei, dass die aktuelle Diskussion über ein neues System der Personalbemessung auf primär ökonomisch begründete Regelungen reduziert wird und dass wesentliche weitere Aspekte, wie der Bezug auf Leitlinien oder eine reliable Erfassung des patientenbezogenen Bedarfs, ausgeblendet werden. Das absehbare Scheitern eines solchen Vorhabens führt ebenso absehbar nicht zu mehr Versorgungsqualität für Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern es verhindert die Umsetzung bereits verfügbarer und erprobter Konzepte, die eine wirksame, ethisch verantwortungsvolle und an den konkreten Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientierte Hilfe und Versorgung ermöglichen.

Es geht dabei um so viel mehr als um die technische Frage der Zuordnung von Personal einzelner Berufsgruppen zu bestimmten Institutionen oder gar zu einzelnen Stationen. Es geht darum, ob es möglich und durchzuhalten sein wird, moderne, an der Person orientierte Konzepte von Behandlung und Rehabilitation – aber auch von Prävention - zu verwirklichen. Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung muss gezielt die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsformen im und durch das Krankenhaus fördern und dabei die passenden Anreize für ein sektoren- und setting-unabhängiges Denken und Handeln setzen. Dazu braucht es ein an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientiertes, transparentes, breit akzeptiertes und gerechtes System.

Die Psychiatrie-Personalverordnung aus den 1990er Jahren war bei ihrer Entwicklung der Zeit weit voraus – in der Umsetzung ist sie heute weit hinter den Notwendigkeiten zurück. Es kann nur als Ausdruck eines gesundheitspolitischen Dilemmas verstanden werden, dass die PsychPV heute als die scheinbar einzige Lösung in der Diskussion über ihre eigene Nachfolge erscheint. Doch das ist sie nicht – und das kann sie auch nicht sein. Ohne PsychPV wäre die heutige Psychiatrie nicht denkbar – aber mit der PsychPV alleine ist die notwendige Weiterentwicklung der Psychiatrie nicht zu verwirklichen.

Bedürfnisse, Bedarf und die schwierige Frage der Gerechtigkeit

Die Orientierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der erkrankten Menschen - und damit verbunden deren Angehörigen - ist die wesentliche Dimension der Personalbemessung. Insbesondere in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist es unverzichtbar, auch die höchst subjektiven Bedürfnisse von betroffenen Menschen zu einem bedeutsamen Maßstab des Ressourceneinsatzes zu machen. Dabei wird unter den Bedürfnissen eines Patienten der von der subjektiven Wahrnehmung und den individuellen Präferenzen geprägte Wunsch nach Maßnahmen, die seinen durch die psychische Erkrankung bedingten Zustand verbessern oder verändern sollen, verstanden. Die subjektiven Bedürfnisse können sowohl interindividuell als auch in unterschiedlichen Krankheitsphasen sehr unterschiedlich sein, selbst bei gleichem Krankheits- oder Beschwerdebild. Als individuell entstehender Bedarf tritt die durch eine psychische

Erkrankung und die damit verbundenen Bedürfnisse ausgelöste Erfordernis der Erbringung fachlicher präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen hinzu. Bedürfnis und Bedarf stehen somit in enger und nicht aufzulösender Wechselbeziehung zueinander. Eine Bedarfsplanung ohne eine Berücksichtigung individueller Bedürfnisse ist in gleicher Weise fehlgeleitet wie es die Forderung nach reiner Bedürfnis-Orientierung ohne Bezug auf fachlich notwendige Maßnahmen wäre.

Nur ein Konzept, dass die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Bedürfnis, Bedarf, verfügbaren Ressourcen und fachlichen Möglichkeiten berücksichtigt, kann im umfassenden Sinne *gerecht* sein. Der Begriff der Gerechtigkeit mag bezogen auf die Frage der Personalbemessung befremdlich - ja auch irritierend - erscheinen. Tatsächlich geht es aber genau darum. Wir benutzen den Begriff der Gerechtigkeit in Bezug auf die Personalbemessungsdebatte ja bereits bezogen auf Leistungen sowie auf die Frage der Erfüllung von Vorgaben der Leitlinien. Bezogen auf die Schaffung von Qualität in der Versorgung ist es aber unerlässlich, auch Gerechtigkeit in Bezug auf die Bedürfnisse und den Bedarf der betroffenen Menschen sowie in Bezug auf die verfügbaren Ressourcen in die Diskussion mit einzubeziehen. Diese Dimensionen von Gerechtigkeit sind nicht voneinander unabhängig, sondern bedingen sich gegenseitig. Nur in den vielfältigen Wechselwirkungen dieser Dimensionen kann Qualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden.

Die Regelungen für ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung können und dürfen sich davon nicht ausnehmen. Eine Lösung ist möglich - aber sie erfordert ein grundsätzliches Umdenken und Übernahme von Verantwortung auf allen Seiten.

Bedarfsgerechtigkeit

Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist mit einer Vielzahl von konzeptuellen und methodischen Problemen behaftet. Die Bedarfsklärung muss dem Prinzip der Partizipation folgen, die Bedarfsdeckung muss sich an der Lebensweltperspektive der Betroffenen und deren Angehörigen orientieren. Geachtet werden muss dabei gleichzeitig auch darauf, dass keine „künstlichen“ Bedarfe entstehen, die dem Versorgungssystem an anderer Stelle dringend notwendige Ressourcen entziehen würden.

Die vollständige und fachlich adäquate Berücksichtigung aller Bedarfsbereiche, Bedarfssektoren und Bedarfsperspektiven bei psychischen Erkrankungen setzt zwingend eine mehrdimensionale koordinierte Vorgehensweise bei der Bedarfsermittlung voraus.

Es steht außer Zweifel, dass sich bei psychischen Erkrankungen sowohl das individuelle Bedürfnis als auch der damit zusammenhängende Bedarf nicht auf eine einzige Dimension (wie zum Beispiel die Diagnose) reduzieren lassen. Psychische Erkrankungen führen in jedem Fall zu einem Bedarf auf verschiedenen Dimensionen, nämlich der psychiatrisch-psychosomatischen, der körperlichen (somatischen) und der psychosozialen Dimension. Der daraus abgeleitete Gesamt-Bedarf muss sich an den jeweils konkreten individuellen Bedürfnissen ausrichten. Die Vorstellung davon, wie eine den aktuellen Erwartungen und den ethischen Vorgaben entsprechende Versorgung - also der Bedarf - aussieht, unterliegt einem steten Wandel. Sie unterscheidet sich heute relevant vom Bedarf in der Zeit, in der die Psychiatrie-Personalverordnung entstanden ist. Eine Personalbemessung, die die Personalressourcen von vor drei Jahrzehnten qualitativ und quantitativ unverändert fortschreibt, kann nicht bedürfnis- und nicht bedarfsorientiert sein.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung befindet sich aktuell in einem dramatischen Umbruch. Fortschritte in den Behandlungsmöglichkeiten werden ergänzt durch veränderte therapeutische und ethische Haltungen und Einstellungen bzgl. der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies betrifft in erster Linie die umfassende Berücksichtigung der Autonomie der erkrankten Menschen und die Notwendigkeit partizipativer Entscheidungsfindung. In besonderer Weise drückt sich dies aus im Umgang mit Zwangsmaßnahmen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Das in diesen Fällen bestehende Bedürfnis nach Schutz richtet sich primär auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wie Unterbringung, Fixierung oder Zwangsmedikation und erst in extremen Situationen auf die Überwachung bei auch unter großem Personaleinsatz nicht zu vermeidender bzw. nicht vermeidbarer Anwendung von Zwang. Eine Personalbemessung, die zwar Personalressourcen für die Überwachung bei Zwangsmaßnahmen vorsieht, aber nicht bzw. nicht ausreichend für deren Vermeidung, kann nicht bedürfnis- und nicht bedarfsorientiert sein.

Der Bedarf darf auch nicht aus dem jeweils verfügbaren Setting – also der stationären, der tagesklinischen, der aufsuchenden oder der ambulanten Behandlung – abgeleitet werden oder sich primär darauf beziehen. Es ist zwar unstrittig, dass in den unterschiedlichen Behandlungssettings auch ein differenter setting-bezogener Bedarf besteht. Es ist aber ebenso unbestreitbar, dass es einen relevanten patientenbezogenen Bedarf gibt, der auch bei einem Wechsel des Settings unverändert fortbesteht. Ein Patient muss immer das Recht und vor allem auch die Möglichkeit haben, genau das Setting nutzen zu können, das seinem individuellen Bedarf entspricht. Dabei müssen die Rechte anderer Beteiligter (z.B. der Angehörigen) natürlich beachtet und geschützt werden. Dieses Recht darf nicht durch überholte Finanzierungsstrukturen und inadäquate Ressourcenverteilung ausgehebelt werde. Ein System der Personalbemessung, das den patientenbezogenen Bedarf von der Verfügbarkeit eines Settings abhängig macht, kann nicht bedürfnis- und nicht bedarfsorientiert sein.

Gerechte Verteilung der verfügbaren Ressourcen

Die aktuell bestehende Verteilung der für die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Ressourcen folgt nicht dem bestehenden Bedarf der betroffenen Patienten und deren engen Bezugspersonen, sondern ist im Wesentlichen eine Fortschreibung historischer Versorgungs- und daraus abgeleiteter Finanzierungsstrukturen, die von den heutigen Vorstellungen und Erwartungen an eine zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich abweichen.

Die epidemiologische Bedeutung psychischer Störungen ist eindeutig – und die daraus resultierende Notwendigkeit „sprechender Medizin“ ist es auch. Die sprechende Medizin hat jedoch heute nicht die gesellschaftliche Anerkennung und die politische Unterstützung, die ihrer medizinischen und gesellschaftlichen Bedeutung entspricht und die anderen Formen medizinischer Versorgung sehr viel stärker zugeschrieben wird. Dabei betrifft das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, grundsätzlich jeden Menschen und besteht in jeder Lebensphase. Psychische Erkrankungen greifen massiv in das Leben der betroffenen Menschen ein. Die Zahl der durch psychische Erkrankungen bedingten Arbeitsunfähigkeitstage hat sich seit 2007 mehr als

verdoppelt. Sie steht jetzt an der zweiten Stelle aller Erkrankungen. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei andauernden schweren psychischen Erkrankungen ist um mehr als 10 Jahre reduziert – eine Tatsache, mit der sich die Gesellschaft nie zufriedengeben darf. Die Gesamtkosten psychischer Störungen in Deutschland betragen mehr als 120 Milliarden Euro pro Jahr – auch weil Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Hinzu kommen ein in den letzten Jahrzehnten erweiterter Krankheitsbegriff und aus allen Bereichen deutlich gesteigerte Erwartungen an die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung. Wie sollte die gesellschaftliche Relevanz dieses Themas noch deutlicher werden können?

Die Kosten für therapeutisch tätiges Personal sind in der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Psychosomatik der mit Abstand größte Kostenfaktor – deutlich größer als in der somatischen Medizin. Personalbemessung und Finanzierung erbrachter Behandlungsleistungen sind deshalb insbesondere in den psychiatrischen Fachgebieten untrennbar miteinander verbunden. Die Psychiatrie-Personalverordnung hat diese Aspekte erstmalig miteinander kombiniert und den Focus auf den individuell erfassten Behandlungsbedarf gelegt. Vor 30 Jahren war dieser Ansatz völlig neu, ja revolutionär, und er hat die psychiatrische Versorgung langsam an das Niveau und den Standard anderer medizinischer Fächer herangeführt. Der grundsätzliche Ansatz ist auch heute noch aktuell. Allerdings ist der heutige Bedarf für die psychiatrische Versorgung nicht mehr mit den damaligen Ansätzen abbildbar.

Die PsychPV wurde so angelegt und konstruiert, dass eine Anpassung der Personalbemessung – und damit der Finanzierung – an die deutlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und die veränderten Ansprüche der Patienten an die psychiatrische Versorgung nicht erfolgt ist. Die PsychPV verfügt über keinerlei Mechanismus der Anpassung an veränderte fachliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Allein die drastische Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer auf fast ein Drittel verglichen mit 1991 und der dadurch gestiegene basale Diagnostik- und Behandlungsaufwand hat zu einer gravierenden Zunahme des Personalbedarfs geführt. Die psychiatrische Versorgung ist damit in den letzten Jahren in einen drastischen Personalmangel abgeglitten.

Auch wenn formal die Vorgabe von Personalressourcen für das Krankenhaus und die Finanzierung der Krankenhausleistungen voneinander getrennt betrachtet werden müssen - weil sie grundsätzlich

einer unterschiedlichen Systematik folgen -, so entspricht dies doch nicht der Realität der Versorgung. Die Verteilung und die Verfügbarkeit von personellen Ressourcen können grundsätzlich zu Anreizen und Fehlanreizen in der Gestaltung der Versorgung und deren Finanzierung führen. Es darf nicht sein, dass Personalbemessung dazu führt, dass bestimmte Versorgungsformen – z.B. eine stationäre Versorgung - nur deshalb durchgeführt werden, weil sie die einzigen Versorgungsform ist, für die einigermaßen ausreichende Personalressourcen vorgesehen sind und nur mit diesen das vereinbarte Budgetvolumen realisiert werden kann.

Die Anreize des bestehenden Finanzierungssystems unterstützen die vollstationäre Versorgung einseitig und bestrafen alternative Behandlungsformen und Behandlungs-Settings. Die Finanzierung wird damit unabhängig von der tatsächlich individuell notwendigen Leistung und unabhängig vom jeweiligen individuellen Bedarf. Tatsächlich lässt sich unter den aktuellen Bedingungen ein Budget, mit dem die erforderliche Personalausstattung sichergestellt werden kann, nur mit einer ausreichenden Zahl von stationären Behandlungsstagen realisieren. Mit anderen, individuell evtl. sinnvolleren Versorgungsformen – das heißt z.B. mit einer aufsuchenden statt einer stationären Behandlung – gelingt das nicht. Das ist nicht nur bezogen auf den Patientenbedarf, sondern auch bezogen auf einen verantwortlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen wenig sinnvoll.

Die unterschiedlichen Aspekte der Ressourcenzuordnung stehen untereinander in einer engen Wechselbeziehung. (vgl. Abb. 1). Ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung muss deshalb zwingend auch Art und Umfang der durch die Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen berücksichtigen. Ohne die gesellschaftliche Entscheidung für ein zukunftsfähiges System der Personalbemessung für die im und durch das Krankenhaus durchgeführte Behandlung kann es auch nicht gelingen, Menschen für eine Tätigkeit in der Psychiatrie und der Psychosomatik zu begeistern. Wenn die Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt werden, die erforderlich sind, qualifizierten Mitarbeitern die notwendige Zeit für Beziehung zu ermöglichen, wird es absehbar nicht mehr möglich sein, die auf therapeutischer Beziehung aufbauende Hilfe und Behandlung adäquat zu gestalten.

Leitlinienbezug

Im psychiatrischen Fachgebiet gibt es aktuelle wissenschaftliche Leitlinien des höchsten methodischen Levels (Nationale Versorgungsleitlinien und S3-Leitlinien) zu den wesentlichen Diagnosen. Ebenso gibt es Leitlinien zu wesentlichen grundsätzlichen Fragestellungen, wie z.B. zu psychosozialen Maßnahmen bei schweren psychischen Erkrankungen oder zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Leitlinien beschreiben dabei nicht die Qualität von Leistungen – sie beschreiben aktuelle medizinische Standards. Sie sind nicht als Blaupause für eine Personalbemessung geeignet. Dies ist weder ihre Aufgabe noch ihr Ziel. Aber durch alle einschlägigen Leitlinien ziehen sich grundlegende Vorstellungen davon, was unter Qualität in der Psychiatrie zu verstehen ist. Da Qualität immer auch in einer Beziehung zur Quantität von Leistungserbringung steht, nehmen alle diese Aspekte Einfluss auf die erforderlichen Personalressourcen. In den letzten Jahren haben sich in den Leitlinien neue Behandlungsprinzipien weitgehend durchgesetzt. Ein gravierender Teil dieser Prinzipien findet in der PsychPV keine adäquate Entsprechung. Dies liegt auch daran, dass diverse dieser Kriterien vor 30 Jahren konzeptuell noch nicht verankert waren.

Wesentliche Prinzipien sind:

- Erfordernis wirksamer präventiver Maßnahmen
- Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung
- Sicherstellung bzw. Wiederherstellung einer umfassenden Teilhabe am Leben im Sinne von Recovery und Empowerment
- Umfassende differentialdiagnostische Abklärung im somatischen und im psychischen Bereich
- Multiprofessioneller Behandlungsansatz
- Tragfähige und stabile therapeutische Beziehung
- Umfassende und auf die spezifische Situation ausgerichtete Psychotherapie
- Sichere Psychopharmakotherapie
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
- Dialogischer Ansatz mit Einbezug des direkten sozialen Umfeldes
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Vermeidung von Stigmatisierung
- Behandlungssetting nur abhängig von der Symptomkonstellation
- Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung
- Einsatz von Genesungsbegleitung

- Umfassende Aus-, Fort- und Weiterbildung der in der Psychiatrie tätigen Menschen

Die hier genannten Prinzipien lassen sich nur normativ in die Ermittlung und Bemessung von Personalressourcen überführen. Nur über einen normativen Ansatz können Prinzipien verwirklicht werden, die bisher aus Mangel an zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht nur in geringerem Maße, sondern überhaupt nicht umgesetzt werden können. Die aktuell zu geringen Personalressourcen haben dazu geführt, dass der Einsatz des verfügbaren Personals für die – scheinbar - unabdingbaren Leistungen eingesetzt wurde, während – scheinbar – optionale Prinzipien vernachlässigt werden mussten. Leitliniengerechtigkeit ist daraus nicht entstanden und konnte daraus auch nicht entstehen.

Leistungsgerechtigkeit

Ein zukunftsfähiges Personalbemessungssystem muss gerecht in Bezug auf die notwendigerweise zu erbringenden und auch in Bezug auf die konkret erbrachten Leistungen sein. Ohne ein für alle Beteiligten transparentes und nachprüfbares System der Leistungserbringung, das im Extremfall auch Sanktionen bei Nicht-Erfüllung vorsieht - kann eine zukunftsfähige und gerechte Struktur der Personalbemessung nicht erfolgen. Nicht nur aus ökonomischen, sondern insbesondere auch aus fachlichen Erwägungen heraus, dürfen die eingesetzten personellen und finanziellen Ressourcen nicht zu Fehlanreizen führen – etwa mit der Folge einer gezielten Verschiebung der vereinbarten Budgetmittel in andere Bereiche oder gar einer Vernachlässigung der am schwersten erkrankten Menschen. Dazu wird es fest vereinbarte Regeln für die Leistungserbringung, für Nachweise und Kontrollen und evtl. auch für Sanktionen brauchen.

Es ist aber ein fataler Fehlschluss, dass Leistungsgerechtigkeit durch ein noch so ausgeklügeltes System von Messgrößen, Nachweisen, Kontrollen und Sanktionen erzwungen werden könnte. Leistungsgerechtigkeit kann auch nicht durch alleinige Berücksichtigung der erbrachten Leistungen verwirklicht werden. Erbrachte Leistungen können nicht der primäre und schon gar nicht der alleinige Maßstab für die Personalbemessung und damit die Finanzierung sein. Leistungen, die über ein festgelegtes Preissystem finanziert werden, bergen die Gefahr von fatalen Fehlanreizen in sich. Dies ergibt sich in besonders eindrücklicher Weise bezogen auf das Qualitätskriterium der Vermeidung von

Zwangmaßnahmen. Dabei handelt es sich eindeutig um ein fachlich äußerst sinnvolles, ethisch unverzichtbares und politisch präferiertes Ziel von psychiatrischer Versorgung. Es kann und darf nicht sein, dass die scheinbar messbare Leistung der Überwachung von fixierten Patienten finanziert wird – die tatsächlich in der Regel viel schwieriger mess- oder objektivierbare Leistung der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen dagegen in der Personalbemessung und in der Finanzierung nicht adäquat berücksichtigt wird.

Es stellt einen Fehlanreiz dar, wenn die Finanzierung einer Leistung in direkter Abhängigkeit von dem Setting erfolgt, in dem sie erbracht wird. Es ist nicht (leistungs-)gerecht, wenn bei gleichem Patienten-Bedarf und -bedürfnis, bei gleichem Versorgungsaufwand und bei gleicher Notwendigkeit des Einsatzes von Personalressourcen eine Leistung im vollstationären Setting überproportional besser als im teilstationären oder gar im aufsuchenden Setting finanziert wird. Geschieht dies trotzdem – so wie es aktuell durchgehend der Fall ist - , so wird die vollstationäre Leistung grundsätzlich häufiger erbracht werden als es – gemessen an den Bedürfnissen der Patienten – erforderlich und fachlich sinnvoll ist und Patienten werden länger vollstationär behandelt werden müssen, als es ihrem Bedarf entspricht.

Es stellt einen Fehlanreiz dar, wenn eine gegebene Leistung bei einer eher leichteren psychischen Erkrankung in gleicher Weise finanziert wird wie bei einem Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung – nur weil evtl die gleiche Diagnose besteht und der tatsächliche Bedarf nicht adäquat erfasst wird. Geschieht dies trotzdem würden Ressourcen zu Lasten der schwer kranken Menschen verschoben.

Es stellt einen Fehlanreiz dar, wenn die Gefahr der Nicht-Einhaltung von Regeln durch das System vorgegeben wird, etwa weil es durch rigide Sanktionsmechanismen den Mangel an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verstärkt. Geschieht dies trotzdem, so werden qualifizierte und engagierte Mitarbeiter zum Aufgeben genötigt.

In den psychiatrischen Fachgebieten ist Leistung ein komplexes Konstrukt. Leistungsgerechtigkeit kann nicht nur in Regeln für die Verteilung knapper personeller und finanzieller Ressourcen und in Regeln für Sanktionen bei Nicht-Einhaltung der Regeln bestehen. In die Frage der Leistung müssen gleichberechtigt auch die Haltungen und Einstellungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Hilfebedarf mit eingehen. In die

Frage der Leistungserbringung müssen ebenfalls Aspekte eingehen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befähigen, die geforderte Leistung zu erbringen. Es müssen Anreize gesetzt werden, die vereinbarten Ziele der Personalbesetzung einzuhalten – dann besteht auch eine Berechtigung und Sinnhaftigkeit für negative Konsequenzen, falls die vereinbarten Mittel nicht im Sinne dieser Ziele eingesetzt werden. Ein abrupter und vollständiger Leistungsausschluss bestraft nur eine Gruppe – die Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen. Diese Gruppe von Menschen kann sich im Regelfall nicht einfach eine andere Klinik in einer anderen Region suchen. Das Prinzip der Gemeindenähe, das die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten in zunehmendem Maße geprägt hat, wäre ad absurdum geführt. Die Verantwortung des Versorgungssystems für eine integrierte und regionale Versorgung ebenso. Wesentliche Prinzipien moderner Psychiatrie sind dadurch gefährdet.

Was ist zu tun?

Der politische Prozess, der zum PsychVVG geführt hat, war ein sehr viel umfassenderer als es in der heutigen Diskussion erscheint. „Budget statt Preis“ bedeutete im Kern, dass die Aufgabe der umfassenden und verbindlichen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer definierten Versorgungsregion als die einzig entscheidende Basis der Versorgung – und damit auch der Personalbemessung und der Finanzierung – angesehen wird. Gerade in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist eine integrierte und integrierende, vernetzte und durch Verantwortung getragene regionale Versorgung unabdingbar. Die Absicht, die regionale Aufgabe der Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Maßstab der Personalbemessung zu machen, zieht sich durch das Gesetz – ohne dass es letztlich aber zu einer klaren und konkreten Entscheidung darüber kam, wie das umzusetzen sei. Die gesetzlichen Vorgaben beziehen sich explizit auf die Sicherstellung von Qualität in der psychiatrischen Versorgung. Die Problematik besteht dabei jedoch darin, dass es weder einen fachlichen noch einen gesellschaftlichen Konsens dazu gibt, was darunter zu verstehen ist. Einen solchen Konsens ist auch das Fachgebiet bisher schuldig geblieben.

Der gesetzliche Auftrag wurde dahingehend konkretisiert, dass stattdessen ein Evidenzbezug gefordert wurde. Eine solche Evidenz ist aber nicht ver-

füßbar – dies ist im Rahmen der aktuellen Diskussion sehr deutlich geworden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebene Studie zur Erhebung des IST-Status der Versorgung in Deutschland war von vorneherein zum Scheitern verurteilt – und es hat nicht an frühen und ernstzunehmenden Hinweisen gemangelt. Wie sollte es auch möglich sein, aus der Analyse einer Versorgungsstruktur, die auf dem Mangel an verfügbaren Ressourcen beruht, belastbare Informationen für ein zukunftsfähiges und gerechtes System zu gewinnen?

Die aktuelle Diskussion krankt in einem hohen Maße daran, dass sie sehr einseitig die Orientierung an den zu erbringenden bzw. erbrachten Leistungen in den Vordergrund rückt. Weder die Bedürfnisgerechtigkeit noch die Verteilungsgerechtigkeit spielen bei dieser Diskussion eine Rolle und die Frage der formalen Ausrichtung an den Leitlinien ist an ihre zu erwartenden Grenzen gestoßen. Das immer wieder vorgebrachte Argument, die PsychPV sei das einzige empirisch gesicherte Verfahren zur Bemessung und Verteilung von Personalressourcen, führt in die Irre. Eine dreißig Jahre alte Empirie kann keine zulässige empirische Vorgabe für ein zukunftsfähiges System und keine Blaupause für die heutigen Anforderungen sein.

Ein gerechtes System der Personalbemessung muss zu einem Ausgleich zwischen den einzelnen Aspekten, die in die Bemessung eingehen, beitragen. Eine Vernachlässigung oder gar ein Ausblenden einzelner dieser Aspekte führt dazu, dass der zentrale Aspekt der Orientierung an Bedürfnis und Bedarf der betroffenen Menschen ignoriert wird.

Es wird kein Weg daran vorbei führen, normativ eine Mindestvorgabe, die an der leitliniengerechten Qualität orientiert ist, festzulegen. Eine solche Mindestvorgabe kann jedoch in keinem Fall identisch sein mit einer Personaluntergrenze, wie sie in anderen Bereichen der Medizin diskutiert wird. Eine Gleichsetzung beider Vorgaben würde die Versorgung ganz grundsätzlich gefährden und letztlich die Bedeutung von Qualitätskriterien für die Versorgung reduzieren.

Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten und menschenrechtskonformen Versorgung ist ein differenziertes System von qualitativen und quantitativen Grenzziehungen, Unterstützungsmaßnahmen bei Abweichungen und Sanktionen bei Nichteinhaltung erforderlich.

Nur ein normatives Vorgehen, das die Bedarfe und die Bedürfnisse der betroffenen Menschen, die

durch die Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen, die erbrachten Leistungen und die durch Leitlinien vorgegebenen Standards in gleicher Weise berücksichtigt, kann gerecht sein. Nur ein normatives Vorgehen wird dazu führen, dass ein breit akzeptiertes und zukunftsfähiges System entstehen kann. Ein in diesem Sinn normatives Vorgehen bedeutet nicht, dass empirische Faktoren keinen Einfluss haben dürfen. Aber sie müssen im Sinne dieser Rahmenbedingungen bewertet und zu ihnen in Bezug gesetzt werden.

Die Gesellschaft ist aufgefordert, die Mittel zur Verfügung zu stellen, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung benötigen. Gerade Menschen, die in einem Krankenhaus behandelt werden müssen, weil in anderen Sektoren keine ausreichende Behandlung möglich ist, sind auf diese gesellschaftliche Entscheidung angewiesen. Die Politik ist aufgefordert, die Entwicklung eines solchen Systems gesetzlich vorzugeben. Nur dann hat die

Selbstverwaltung eine Chance, ein solches System der Personalbemessung zu entwickeln. Nur dann wird es dazu kommen, dass sich ausreichend qualifizierte Menschen in der Psychiatrie langfristig engagieren und Beziehung gemeinsam mit den betroffenen Menschen therapeutisch gestalten können. Und nur dann haben Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Chance, die Hilfe und Behandlung zu erhalten, die sie benötigen. Diese Chance darf nicht vertan werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Arno Deister
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Str. 2
25524 Itzehoe
a.deister@kh-itzehoe.de

