



Stellungnahme der DGGPP zum

3. Dialogforum des „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ – Personalsituation in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen

Als Ende der 1980er Jahre die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) erarbeitet wurde, stellte dies für die Psychiatrie insgesamt einen deutlichen Fortschritt dar. Allerdings wurde die Gerontopsychiatrie hierbei hinsichtlich der ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen deutlich benachteiligt. Diese in der PsychPV vorgenommene Einteilung in Behandlungsbereiche als Grundlage der Personalbemessung mit ihrer systematischen Benachteiligung gerontopsychiatrischer Patienten, wie sie auch in der Schussenrieder Tabelle und in der PPP-RL fortgeschrieben wird, ist in keiner Weise fachlich begründet. Dies gilt insbesondere für den ärztlichen, sozialpädagogischen und ergotherapeutischen Bereich. Die Benachteiligungen der psychisch kranken älteren Menschen im Bereich der psychologischen Psychotherapeuten wurde durch die Neuerungen in der PPP-RL mittlerweile erfreulicherweise ausgeglichen.

In der Gerontopsychiatrie schlägt sich der demografische Wandel in der Form nieder, dass der Anteil der hochbetagten und somatisch multimorbiden Patienten in massiver Weise zugenommen hat, befördert auch durch die dramatisch verkürzten Verweildauern in den somatischen Krankenhäusern. Gerontopsychiatrie ist heute zwangsläufig zu einem großen Teil auch somatische Akutmedizin, insbesondere in der Behandlung von Delirien und Demenzerkrankungen. Insofern sind die Anforderungen an die in der Gerontopsychiatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte besonders hoch, weil sie in qualifizierter Weise sowohl die somatische wie auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung leisten müssen. Mit der gestiegenen Lebenserwartung chronisch psychisch Kranker gibt es zudem in den Altersgruppen der 40 bis 70Jährigen häufiger PatientInnen mit somatischer Komorbidität und erhöhtem somatischem Behandlungsaufwand.

Die ursprünglich angenommenen unterschiedlichen stationären Verweildauern in der PsychPV gehen an keiner Stelle direkt in einen Personalberechnungsalgorithmus ein, haben also keinen direkten Einfluss auf die Personalbemessung. Gerade im Bereich der Verweildauern hat es aber in den letzten 30 Jahren insbesondere in der Gerontopsychiatrie erhebliche Veränderungen gegeben. Da die angenommenen Verweildauern vermutlich der Grund sind, warum dieselben Tätigkeiten in den Behandlungsbereichen mit unterschiedlichen, bei längeren Verweildauern geringeren Minutenwerten pro Woche hinterlegt sind, resultiert daraus nicht nur eine erhebliche Unterschätzung des Personalbedarfs in allen Patientengruppen, sondern – aber offenbar nicht nur daraus – vor allem eine systematische Benachteiligung älterer Patient*innen.

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Past Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

Dr. med. R.A. Fehrenbach
Saarbrücken
Schatzmeisterin

Dr. med. S. Kreisel
Bielefeld
Schriftführer

Beisitzer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Dr. med. K. M. Perrar
Köln

A. Richert
Berlin

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

PD Dr. med. J. Benninghoff
Haar

Prof. Dr. med. J. Priller
Berlin

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

www.dggpp.de



Dies soll im Folgenden am Beispiel Arztzeit veranschaulicht werden:

	A1	S1	G1	A2	S2	G2
VWD Tage	35	21	45	21	7	21
Arztminuten / Woche	207	226	183	257	256	211

Warum gerade ältere – damit oft multimorbide – bzw. hirnorganisch erkrankte PatientInnen weniger Arztzeit brauchen als jüngere, wird in der PsychPV nicht begründet. Demgegenüber steht, dass die Kostenrechnungen des InEK insbesondere bei hirnorganisch Erkrankten und Alten einen besonders hohen Aufwand nachgewiesen haben. Die folgende Beispielrechnung mag die hier bestehende Mangelversorgung anschaulich machen:

Bei im Schnitt 5 Aufnahmen und Entlassungen auf einer Station pro Woche kann der PsychPV-Ansatz für die medizinisch-psychiatrische Grundversorgung realistisch mit dem Doppelten angesetzt werden, das wären 640 min in G1 und 800 in G2, und zwar sowohl für mehr Diagnostik als auch für mehr Dokumentationsaufwand. Derzeit geht das deutlich zu Lasten der einzelfallbezogenen Behandlung und der Gruppentherapie durch Ärzte. Wenn man sich die Zeiten der PsychPV je Patient und Woche ansieht, sind das ca. 2,5 Stunden in G1 und 3 Std. in G2. Auf der Ebene der OberärztInnen muss bei täglich einer Aufnahme mit 30min pro Tag zur Nachexploration und Supervision gerechnet werden statt mit 40 (G1) oder 60 (G2) pro Woche. Die 30 (G1) bzw. 40 min (G2), die hier für Dokumentations- und Aktenkontrolle pro Woche und 18 PatientInnen angesetzt sind, werden mindestens pro Tag allein für die abrechnungsrelevante Dokumentation gebraucht. Pro Woche und Patient gibt die PsychPV eine halbe Stunde OberärztInnen-Zeit vor. Da diese vor allem für differenzialdiagnostische und –therapeutische sowie konzeptionelle Überlegungen zuständig sind, sind hier Qualitätsmängel vorprogrammiert.

Eine im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie und Sucht deutlich geringere personelle Ausstattung liegt auch im Bereich des Sozialdienstes vor, dabei ist gerade in diesem Bereich der Arbeitsanfall allein schon durch die Anforderungen in den Bereichen Pflegeversicherung, Heimübersiedlung und gesetzliche Betreuung enorm angewachsen, so dass die Mitarbeitenden des Sozialdienstes elementare Tätigkeiten wie z. B. das Aufsuchen von Altenheimen, die Begleitung von Patienten bei extramuralen Aktivitäten oder sozialpädagogische Gruppenaktivitäten und aufsuchende Interventionen aus Zeitmangel nicht mehr durchführen können. Ähnlich ist die Situation für die Ergotherapie, da gerade hier neuere Leitlinien die ergotherapeutische Behandlung von Verhaltenssymptomen bei Demenz hervorgehoben haben. Die Personalminuten wurden aber nicht entsprechend angepasst, was insbesondere angesichts der fortbestehenden Versorgungsdefizite (leitlinienbasierte nichtmedikamentöse Therapieverfahren nur bei 5-35% der psychisch kranken Altenbevölkerungen in Deutschland umgesetzt) kritisch zu sehen ist und Versorgungsmängel nahe legt.

Die DGGPP fordert deshalb die Beendigung der Benachteiligung psychisch kranker Älterer in den Personalverordnungen und eine dem Bedarf angemessene leitliniengereichte Anpassung der Personalzeiten in der stationären Behandlung psychisch kranker älterer Menschen insbesondere in den Berufsgruppen ÄrztInnen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten.

Berlin, 21.12.2019

Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Rapp

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –Psychotherapie e.V. (DGGPP)

Korrespondenzadresse: gs@dggpp.de