

Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019

09/19

Beschäftigte am Limit, Versorgung unzureichend

Im September 2019 soll im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem obersten Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, mit den Stimmen von Krankenkassen und Krankenhäusern neue Regeln für die Personalausstattung in der Krankenhauspsychiatrie beschlossen werden.

Im Vorfeld hat ver.di eine groß angelegte Umfrage, das „Versorgungsbarometer Psychiatrie“ durchgeführt. Es zeigt deutlich, dass die Personalsituation am Limit ist. Eine Aufstockung tut dringend Not. ver.di fordert eine deutliche Verbesserung der bisherigen Psychiatrie-Personalverordnung, eine „PsychPVplus“.



Ergebnisse zusammengefasst

- Über 2000 Psychiatriebeschäftigte melden sich zu Wort: Im Juli und August 2019 beteiligten sich 2329 Psychiatrie-Beschäftigte aus 168 Krankenhäusern aus allen Bundesländern am Versorgungsbarometer.
- Anhand von Fragen zur Versorgungswirklichkeit und zur Arbeitssituation, darunter auch Fragen zu Zwangs- und Gewaltsituationen, wurde ein fünfstufiges Barometer von dunkelgrün bis rot erstellt (siehe Grafik sowie Anhang 1 zur Methodik).
- Die Ergebnisse sind alarmierend: Die Gesamtbewertung der Versorgungssituation bewegt sich im gelben Bereich (unzureichende Versorgung) an der Grenze zu Orange.
- Fast die Hälfte der Beschäftigten hat in den vier Wochen vor der Befragung körperliche Übergriffe gegen sich selbst erlebt. Über 80 Prozent waren in diesem Zeitraum mit Beschimpfungen konfrontiert.
- Drei von vier Beschäftigten haben in den letzten vier Wochen mindestens eine Zwangsmaßnahme miterlebt, die Hälfte mindestens einmal die Woche, jeder Fünfte erlebt das praktisch in jedem Dienst.
- Über 60 % meinen, dass „ungefähr die Hälfte“ oder „fast alle“ dieser Zwangsmaßnahmen mit einer besseren Personalausstattung vermeidbar gewesen wären.
- In hunderten Kommentaren wiesen die Beschäftigten auf den Zusammenhang von fehlendem Personal, Unterversorgung, Eskalation und psychischer Belastung hin.
- Drei von vier Beschäftigten (76,9%) können sich nicht vorstellen, mit der derzeitigen Personalausstattung bis zur Rente in der Psychiatrie weiterzuarbeiten.

Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen



Gesamtergebnis

Überdeutlich wird: die Gesamtsituation der Psychiatrie ist prekär. Aus der Gesamtbewertung der Antworten ergibt sich eine Einschätzung, die im gelben Bereich („unzureichende Versorgung, Gefährdungsanzeige stellen“) nahe an Orange („Beziehungsarbeit nicht mehr leistbar, Burnout droht“) liegt.

Bei bestimmten Fragestellungen sieht die Einzelbewertung noch dramatischer aus. Insbesondere die Vermeidung von Zwang, die Sicherstellung der 1:1-Betreuung von Zwangsfixierten, wie auch das Ermöglichen von begleitetem Ausgang sind Bereiche, die im tieforangenen Bereich, der zweitschlechtesten Einstufung, mit Tendenz zu rot landen. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht im letzten Jahr zum Umgang mit Zwangsfixierungen und den 1:1-Betreuungen klare Vorgaben gemacht. Aber auch ungestörte Gespräche mit Patient*innen, zum Aufbau einer stabilen und genesungsfördernden Beziehung unabdingbar, sind auf vielen Stationen nicht oder nur teilweise möglich.

Trotz der derzeit noch geltenden Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) können auf vielen Stationen elementare Aufgaben nur noch teilweise oder gar nicht mehr erfüllt werden. Darunter leiden sowohl Patient*innen als auch Beschäftigte.

Nach deiner Einschätzung ist die Besetzung bei euch heute:	
sehr gut	3,1%
gerade richtig	19,6%
knapp	51,5%
viel zu gering	25,8%
Gesamt	100,0%

Einschätzung der Besetzung, in % aller gültigen Antworten

Die Beschäftigten schätzen die Besetzung auf den Stationen und Bereichen stark prekär ein: Nur 3,1 Prozent fanden die Besetzung am Tag der Befragung „sehr gut“, 19,5 Prozent „gerade richtig“. Gut die Hälfte schätzt die Besetzung als „knapp“ und ein Viertel der Befragten als „viel zu gering“ ein.

Das Bestreben, dennoch alle Aufgaben und Patientenbedarfe zu erfüllen, führt dazu, dass nur ein geringer Teil der Beschäftigten ihre Pausen vollständig und ohne Störungen nehmen kann (s.u. Einzelauswertung).

Die geringe Besetzung führt bei Ausfällen regelmäßig zu Verschiebungen im Dienstplan. Insbesondere das „Einspringen aus dem Frei“, aber auch das Verschieben von (Pflege-)Personal zwischen den Stationen wurde in vielen Kommentaren als starke zusätzliche Belastung genannt.

Stationsleitungen befinden sich in der Zwickmühle. Eine Beschäftigte schreibt:

„Als Stationsleitung bin ich nicht in der Lage, mein Personal situations- und bedarfsgerecht einzusetzen. Sobald jemand ausfällt, müssen die anderen Kollegen einspringen, Dienste tauschen. Aktivitäten außerhalb der Station sind überhaupt nicht möglich. Betreuungen 1:1 sind aus dem Team nicht möglich, werden obwohl ärztlich angeordnet komplett vom "meinem Budget" abgezogen und fehlen mir dann, wenn ich wirklich Not am Mann habe.“

„Dienstplansicherheit ist mein größtes Anliegen. Durch die knappe Besetzung muss man immer wieder um und einspringen! Ich hätte gerne, dass verpflichtend kontrolliert wird, ob alle arbeitszeitrelevanten Gesetze eingehalten werden und anständige Rahmenbedingungen im Dienstplan geschaffen werden, keine kurzen Wechsel, Teildienste oder Verpflichtungen. Ein sicherer Dienstplan würde den Beruf attraktiver machen, nicht mehr Geld oder bessere Ausbildung oder Weiterbildung!!!!“
(Pfleger*in, Suchtstation)

„Unsere Station ist nur für 20 Patienten gebaut, aber wir sind IMMER überbelegt, mit mindestens 30 % und mehr. Das ist seit Jahren so, (...). Erfahrene Kräfte verlassen die Station und junge können nicht mehr richtig eingearbeitet werden. Krankheitsrate ist sehr hoch.“ (Pfleger*in, allgemeinspsychiatrische Akutstation)

Auch die Überbelegung der Stationen ist ein häufig genanntes Thema. Die vermehrte Enge, der Entzug von Privatsphäre und die Personalnot führen zu belastenden Situationen für die Patient*innen und vermehrter Aggressivität.

Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiAs) gleichen die Unterbesetzung aus

Die Unterbesetzung betrifft nicht nur die Pflege. Im Bereich Psychotherapie besteht mancherorts großer Mangel, der so gut wie möglich von den PiAs aufgefangen wird. Das liegt unter anderem daran, dass in der fast 30 Jahre alten PsychPV keine Psychotherapeut*innen und nur wenig Zeit für Psychotherapie vorgesehen sind. Dies wird auch durch den vorliegenden Entwurf des G-BA nicht entscheidend geändert.

„Ich werde die Psychiatrie so schnell wie möglich nach meiner vorgeschriebenen praktischen Tätigkeit verlassen. Die Patienten bekommen bei uns maximal (!) 25 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Diese Therapie wird größtenteils von Psychotherapeuten in Ausbildung durchgeführt. Sonst hätten viele Patienten gar keine Psychotherapie. Die PiA geben sich redlich Mühe, die Missstände auszugleichen (und das für einen Hungerlohn). Alles in allem ist das aber eine unzureichende psychotherapeutische Behandlung schwer kranker Patienten, die ich nicht vertreten kann.“ (PiA, Allgemeinspsychiatrie)

„Die Station stützt sich zu großen Teilen auf die Arbeit von PiAs (derzeit drei), die 450€/Brutto verdienen.“ (Psycholog. Psychotherapeut*in, Station für Angst- und Zwangsstörungen)

„Ich bin Psychotherapeutin in Ausbildung mit 24h/W auf drei Tage verteilt. Es gibt keine weiteren PsychologInnen auf Station, keinen qualifizierten SupervisorIn und die leitende Oberärztin betreut zwei Stationen. Bei krankheitsbedingten Ausfällen kann in 80% der Fälle keine Vertretung gefunden werden, sodass Therapien regelmäßig ausfallen.“ (PiA, allgemeinspsychiatr. Akutstation)

„Ich bin als PiA auf einer geschlossenen Station für Entzug illegaler Drogen. Alleine. Ohne fertige/n Psychotherapeuten/in, welche/r mich anleiten könnte. (...).“ (PiA, Suchtstation)

Dokumentation vor Versorgung?

Ein weiteres Thema ist das Überwiegen der Dokumentationspflichten. Die Einzelfrage, ob die medizinischen und erlösrelevanten Dokumentationsanforderungen eingehalten wurden, war nicht Teil des „Gesamtbarometers“, da die Dokumentation nicht ausschließlich der Versorgungsqualität dient. Sie wurde aber in der gleichen Form gestellt. Sie erhielt von allen Einzelfragen die besten Bewertungen und landet in der Einzelauswertung im hellgrünen Bereich. Zu den Ursachen lässt sich vermuten, dass hier einerseits die haftungsrechtliche Absicherung (dokumentieren, dass alles Notwendige getan wurde), vor allem aber auch die klare Weisung seitens der Vorgesetzten eine Rolle spielt, dass die für die Abrechnung und ggf. Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wichtigen Dokumentationspflichten sorgfältig zu erfüllen sind.

„starke und zeitintensive Zunahme von Dokumentation und berufsfremden Arbeiten“, (Pflegerin, Psychosomatik)

„weniger Schreibarbeit, mehr Personal für Therapie“ (Pfleger*in, Gerontopsychiatrie)

„Weniger Zeit für Dokumentation - mindestens 50% der Zeit sollte an die Pat. gehen“ (Ärztin, ohne Stationsangabe)

Übergriffe und Zwangsmaßnahmen

Dramatisch ist die Situation in Bezug auf Gewaltereignisse und Zwangsmaßnahmen.

Fast genau die Hälfte der Befragten geben an, innerhalb der letzten Wochen mindestens einmal einem körperlichen Übergriff ausgesetzt gewesen zu sein, knapp 19,4 Prozent erleben das mindestens einmal pro Woche. 64,9 Prozent geben an, in den letzten vier Wochen mindestens einmal Zeuge geworden zu sein, wie Kolleg*innen körperlich angegangen wurden, eine ebenfalls oft belastende Erfahrung.

„Bei akuter Patientenbedrohung [wurde] trotz Deeskalation eine Kollegin retraumatisiert und dienstunfähig. Eine Kollegin aus dem Frühdienst hat den Spätdienst mitabgedeckt wegen des akuten Personalausfalles.“ (Pfleger*in, Allgemeinpsychiatrie)

Aber auch wenn es nicht zu körperlichen Übergriffen kommt, ist die psychische Belastung am Arbeitsort Psychiatrie zu den derzeitigen Bedingungen zum Teil enorm: Ein Viertel der Befragten gibt an, täglich Beschimpfungen gegen sich selbst zu erleben. Vier von fünf Beschäftigten sind mindestens einmal in den letzten vier Wochen beschimpft worden.

Über 87 Prozent haben erlebt, dass Kolleg*innen beschimpft worden sind. Die Unterversorgung führt aber auch zu mehr Aggression und darauffolgend Zwang. Drei von vier Beschäftigten (75,7 Prozent) haben in ihren Diensten mindestens einmal in den letzten Wochen erlebt, dass Zwangsmaßnahmen an Patient*innen durchgeführt wurden. 50,7 Prozent haben das mindestens einmal pro Woche erlebt, 20,1 Prozent sogar täglich in ihren Diensten. Die Erfahrung, andere Menschen Zwang auszusetzen bzw. aussetzen zu müssen, belastet natürlich in erster Linie die Patient*innen, aber eben auch die Beschäftigten.

Dies umso mehr, als sie in vielen Fällen einschätzen, dass mit einer besseren Personalausstattung Zwangsmaßnahmen hätten verhindert werden können: 15,9 Prozent schätzen, dass einige wenige Fälle hätten verhindert werden können. 38,1 Prozent halten diese in circa der Hälfte der Fälle für möglich. 23,2 Prozent sagen, dass fast alle Zwangsmaßnahmen mit mehr Personal vermieden werden könnten.

„Gewaltsituationen entstehen meist in geballter Form, immer dann wenn die personelle Ausstattung auf der Station eh schon gering ist, es entwickelt sich dann eine Spirale, die tatsächlich nur durch genügend Mitarbeiter abgefangen werden könnte.(...)“
(Pfleger*in, Suchtstation akut)

Zusammenhang von Personalnot und Qualität

Die Erfahrung, nicht das Bestmögliche für die Patient*innen tun zu können, frustriert viele. Dazu schreibt ein*e Pfleger*in: „(...) Es ist unmöglich, alle Patienten gerecht/gewissenhaft so zu betreuen/behandeln, wie man es gerne möchte. Man nimmt gleich Bedarfsmedikamente wobei man es oft eventuell mit einem Gespräch lösen könnte. Uns Pflegekräften [sind] die Hände gebunden, weil wir es mit so wenig Personal nicht umsetzen können (...).“

„Ich bin ab September 2019 Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und Psychotherapie. Mich macht es traurig, dass den Patienten nicht das gegeben werden kann, was ihnen guttun würde. Die Patienten brauchen Zeit und viel Aufmerksamkeit. Das ist mit der aktuellen Personalbesetzung nicht möglich. Viele Kollegen sind überlastet. Auf unserer geschlossenen Akutstation fehlen über vier Stellen, die nicht besetzt werden können, da kein Personal gefunden wird. Viele langzeitkranke Kollegen und genauso viele, die davor stehen selber psychisch krank zu werden. Aktuell zeigt sich ein wirklich trauriges Bild.“ (Pfleger, Allgemeinpsychiatrie)

Eine andere macht auf den Kreislauf aus mangelndem Personal, Eskalation und Zwangsmaßnahmen aufmerksam: „Beziehungsarbeit ist sehr selten möglich, Patient*innen werden nur mediziert, pflegerisches therapeutisches Arbeiten ist seit 2 Jahren nicht möglich, ausfallende Therapien durch Krankheit können nicht kompensiert werden, Patienten sitzen ihren Aufenthalt da sie untergebracht sind ab, daher entstehen schnell eskalierende Situationen die oft mit Zwangsmaßnahmen deeskaliert werden müssen.“

Zum Teil hat die Unterausstattung dramatische Konsequenzen für die Patient*innen, sowohl im Bezug auf die Anwendung von Zwang, aber auch bei der Verhinderung von Suiziden (siehe Kasten). Aber auch bei der alltäglichen Beziehungsarbeit und dem „normalen“ Behandlungsablauf gibt es Lücken, die zu einer schwierigen Versorgungslage führen.

„Durch Belegungsdruck werden immer schwierigere Patienten auch in der Tagesklinik behandelt, bei dünner Personaldecke (...). Dadurch erhöhter Gesprächsbedarf bei den Patienten, häufigere Abbrüche der Behandlung, mehr schwierige Situationen, vermehrtes therapeutisches Eingreifen notwendig. Durch Urlaube, Fortbildung und Krankheit selten Normalbesetzung“ (Ergotherapeut*in, Tagesklinik)

Beide Faktoren, die Konfrontation mit Zwang und Gewalt wie auch das tägliche Erleben, die anvertrauten Patient*innen nicht adäquat versorgen zu können, führen zu Motivationsverlusten und psychischer Belastung: „Personalüberlastung gefährdet die Gesundheit der Fachkräfte und durch enorme Stressbelastung auch den Behandlungserfolg der Patienten.“

„(...) Die [Patient*innen auf unserer Station] haben anderen Intensivbedarf (z.B. in Form von Suizidprophylaxen). Diese Prophylaxen oder häufige Gesprächskontakte sind (...) nicht leistbar. Sie WERDEN aber geleistet, d.h. wir opfern Pausen und machen Plusstunden dafür. Diese Gefährdungen zu minimieren ist AUCH ein Personalaufwand - nicht nur die Fixierungen oder Zwangsmaßnahmen. [...] In unserem Fall geht es eher darum, durch Personal Suizide zu verhindern. Wir haben das im letzten Jahr 3x nicht geschafft! (zum Vergleich: ich habe 4 J. auf einer Station für Suizidale Krisen gearbeitet, bei GUTEM Personalschlüssel, und es gab in 4 Jahren keinen einzigen Suizid. "Zufall" ???)"
(Psychologische*r Psychotherapeut*in, allgemeinspsychiatrische Akutstation für Affektive Störungen)

Nicht bis zur Rente so arbeiten

Entsprechend haben 76,9 Prozent auf die Frage, ob sie sich vorstellen können „mit der derzeitigen Personalausstattung bis zur Rente in der Psychiatrie zu arbeiten“, mit Nein geantwortet. Nur 14,5 Prozent antworteten mit Ja, die anderen 8,6 Prozent beantworteten die Frage nicht. Wer bleibt, hat eine hohe intrinsische Motivation: „Ich arbeite seit fast 30 Jahren in der Psychiatrie und kann mir für mich nichts Anderes vorstellen. Auch wenn die Situation für die Patient*innen derzeit fast so schlecht ist wie am Anfang meiner Berufstätigkeit. Für uns Mitarbeiter hat sich die Situation aufgrund der deutlich verringerten Behandlungszeiten massiv verschlechtert.“

„Jetzt nach 30 Jahren verlasse ich die Station/Klinik. Trotz Arbeit in Teilzeit ist meine Freizeit nicht mehr planbar, durch häufiges Einspringen oder geplant nicht zusammenhängende Freizeit. Durch Personalabbau ist vieles nicht mehr möglich und das Arbeiten nicht mehr sicher.“
(Pfleger*in, Allgemeinspsychiatrie akut)

Die Abwärtsspirale der Unterbesetzung

Auf die Wechselwirkungen von Unterbesetzung, mangelnder Versorgung, Eskalation, Zwang/Gewalt und wiederum Unterbesetzung weisen viele Kolleg*innen in der Befragung hin. Stellvertretend hierfür:

„Auch nach Feierabend muss ich darüber nachdenken, was ich noch hätte tun müssen/sollen. Es könnte so vieles für die Patienten verbessert werden, wenn mehr qualifiziertes Personal vor Ort wäre. Die Gefährdungen nehmen zu, es kommt vermehrt zu Alarmen aufgrund von Übergriffen. Dies führt dann zu Zwangsmaßnahmen. Die dann nötige 1:1 Betreuung fixierter Patienten "frisst" Personal, das zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wieder fehlt. Vor allem fehlt mir die Zeit, mein Fachwissen an jüngere Kolleg*innen weiter zu geben; ihnen eine zugewandte Haltung mit auf den Weg geben zu können, ihnen die Zeit zugestehen, Erfahrungen zu sammeln.“ (Pfleger*in, Allgemeinpsychiatrie akut)

„Aufgrund der stetigen Unterbesetzung einer bedarfsgeschlossenen Station kommt es vermehrt zu Unmut und ggf. auch Übergriffen gegen das PP oder Mitpatienten. Das führt dazu, dass es zu Krankheitsausfällen auf Station kommt und somit erneut eine Unterbesetzung entsteht. Wenn dann auch kein vernünftiges Ausfallmanagement gibt bzw. Personalreserven, wird dadurch eine Unterbesetzung hervorgerufen. Auch eine multiprofessionelle Arbeit ist in diesen Rahmen nicht möglich. Somit gibt es dann auch Unmut zwischen den Mitarbeitern auf der Station. Der Kontakt erschwert sich dadurch massiv und führt zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung.“ (Pfleger*in, Allgemeinpsychiatrie akut)

„Personalüberlastung gefährdet die Gesundheit der Fachkräfte und durch enorme Stressbelastung auch den Behandlungserfolg der Patienten.“ (Ärzt*in, Kinder- und Jugendpsychiatrie akut)

Auswertung der Einzelfragen:

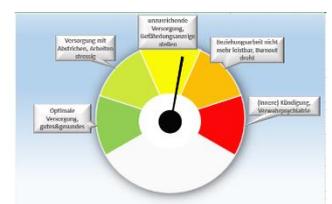
Die einzelnen Fragen zu Arbeitssituation und Versorgungsqualität werden im Folgenden detailliert gesondert betrachtet. Bis auf die Frage nach der Dokumentation zeigt keine Frage ein Ergebnis im „grünen Bereich“ optimaler oder auch nur guter Versorgung mit Abstrichen.

Haben alle Einzeltherapieeinheiten stattgefunden, die der/die Patient*in individuell benötigt?

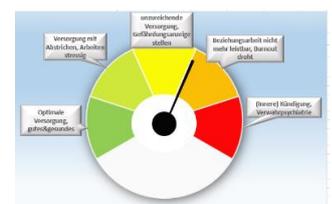
Einzeltherapien gehören zum Kern psychiatrischer Behandlung. Doch nicht überall können diese nach Bedarf stattfinden. Knapp 40 Prozent der Befragten gaben an, dass dies in ihrer letzten Schicht „nur sehr eingeschränkt“ oder „nicht möglich“ gewesen sei.

Konnten die Gespräche mit den Patient*innen ungestört, gegenseitig ergänzend und wie geplant stattfinden?

Zu solchen Gesprächen gehören z.B. stützende Kurzgespräche, Psychotherapie, Sozialdienst-Beratung, Angehörigengespräch oder Entlassvorbereitung.



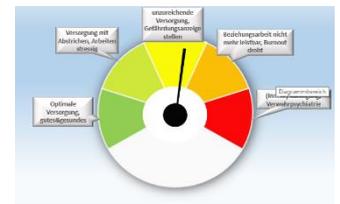
Einzeltherapien



Gespräche

Fanden alle benötigten fachtherapeutischen und pflegerischen Gruppenaktivitäten statt?

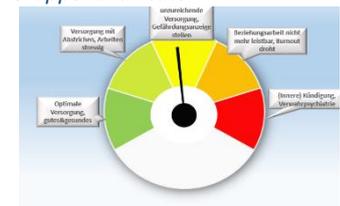
Auch diese wesentlichen Elemente einer multiprofessionellen und umfassenden Behandlung sind auf vielen Stationen nicht vollständig leistbar, auf einem ähnlichen Niveau wie die Lücken bei den Einzeltherapien.



Gruppenaktivitäten

Wurden die psychosozialen/sozialarbeiterischen Bedarfe der Pat. erfüllt?

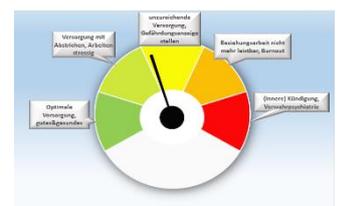
Diese Bedarfe drehen sich z.B. um die häusliche Situation – die Sicherung der Wohnung und des Lebensunterhaltes der Patient*innen, die Vorbereitung der Entlassung und Organisation der Weiterbehandlung/Nachsorge und vieles andere. Lücken in diesem Bereich können dazu führen, dass Patient*innen in soziale Notlagen geraten oder Rückfälle erleiden.



Psychosoziale Bedarfe

Konnten deeskalierende Maßnahmen vorausschauend eingesetzt werden?

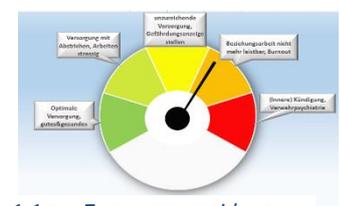
Die Beschäftigten legen Wert darauf, rechtzeitig zu deeskalieren. Doch gelingt dies fast 26 Prozent nur „mit Mühe“, 28,5 Prozent „nur zum Teil“, 20,5 Prozent nur sehr eingeschränkt. Nur einem kleinen Teil war dies „nicht möglich“. Im Ergebnis bleibt auch dieser Balken, wenn auch nur knapp, im gelben Bereich.



Deeskalierende Maßnahmen

Konnte eine 1:1-Betreuung, z.B. zur Vermeidung von Zwang umgesetzt werden?

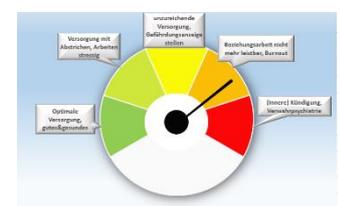
Allerdings stößt dieses Bemühen an Grenzen, wenn eine individuelle Einzelbetreuung benötigt würde. Hier ergibt sich eines der schlechtesten Ergebnisse. Mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, dies sei gar nicht möglich gewesen.



1:1 zur Zwangsvermeidung

Konnte eine 1:1-Betreuung für zwangsfixierte Pat. gewährleistet werden, ohne Kolleg*innen von anderen notwendigen Versorgungsaufgaben abzuziehen?

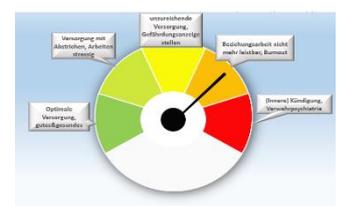
Diese Frage erhielt im Durchschnitt die schlechtesten Erfüllungswerte. Trotz der klaren Anforderungen durch das Bundesverfassungsgericht, bei Zwangsfixierungen eine 1:1 Betreuung zu stellen, werden die notwendigen Personalkapazitäten dafür nicht eingeplant. Dies bedeutet eine starke Mehrbelastung für die Beschäftigten und bringt regelmäßig Schichtbesetzungen durcheinander.



1:1 bei Zwangsfixierung

War begleiteter Ausgang für alle Patient*innen bei Bedarf möglich?

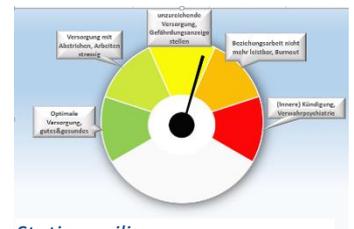
Diese Frage bildet zusammen mit der vorigen das Schlusslicht. Für viele zwangsunterbrachte Patient*innen bedeutet dies oftmals, die Station gar nicht verlassen und an die frische Luft gehen zu können, insbesondere, wenn die baulichen Gegebenheiten und/oder die Verfassung des*r Patienten*in einen unbegleiteten Ausgang nicht erlauben.



begleiteter Ausgang

Konnte Zeit für die Schaffung + Erhaltung eines guten Stationsmilieus aufgewendet werden?

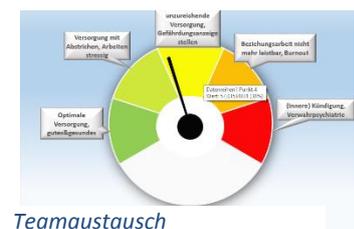
Für eine therapeutisch zuträgliches Stationsmilieu, also die Atmosphäre der Station, sind Verlässlichkeit, Empathiefähigkeit, Sicherheit, geordnete Verhältnisse, Versorgung wichtige Stichworte. Ohne die Zeit, hier wirksam zu werden, fehlt eine wichtige Grundlage der Behandlung.



Stationsmilieu

Waren notwendiger fachlicher Austausch und kollegiale Beratung im Team möglich?

Im multiprofessionellen und schichtarbeitenden Team ist ein Austausch über die Arbeit und die Patient*innen dringend notwendig, auch und gerade bei belastenden Arbeitsbedingungen. Die Frage wurde im Vergleich besser beantwortet, bleibt aber im „gelben“ Bereich.



Teamaustausch

Konnten die geplanten Arbeiten innerhalb des Arbeitstages/Schicht erledigt werden?

Auch diese Frage erhielt eine im Vergleich eher bessere Bewertung, wenn auch weiterhin im gelben Bereich. Allerdings sind viele Aufgaben in der Krankenhauspsychiatrie eben nicht planbar, weil vieles von der Entwicklung der Patient*innenverfassung, wie auch der Aufnahme- und Entlasssituation abhängt.



geplante Arbeiten

Konntest du deine Pause ungestört machen?

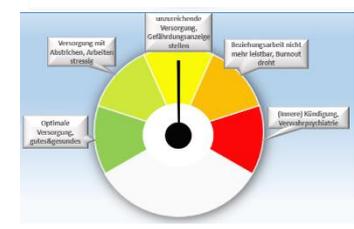
Fast 70% konnten nur zum Teil, nur sehr eingeschränkt oder gar nicht ungestört Pause machen. In einem belastenden Arbeitsumfeld sind Ruhepausen jedoch für den eigenen Gesundheitsschutz wie auch für die Fähigkeit, ruhig und empathisch auf Patient*innen zuzugehen, dringend notwendig.



ungestörte Pausen

Konntet ihr zeitnah auf Wünsche/Bedarfe der Patient*innen eingehen?

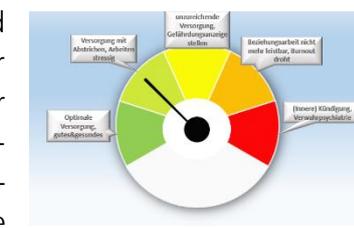
Von Informationen und Auskünften über Bedarf nach Zuwendung bis zu einfachen Dingen wie dem Feuer für eine Zigarette – Psychiatriepatient*innen haben viele Bedarfe. Können diese nicht erfüllt werden, entstehen Frustration und gelegentlich Aggressionen. Doch in fast einen Drittel der Befragten war dies „nur sehr eingeschränkt“ oder „gar nicht“ möglich.



Wünsche und Bedarfe zeitnah

Wurden die medizinischen und erlösrelevanten Dokumentationsanforderungen eingehalten?

Aufgrund von Qualitätssicherung, den Anforderungen multiprofessioneller und sektorenübergreifender Zusammenarbeit, aber auch und gerade komplizierter Abrechnungs- und Prüfsysteme sind die Dokumentationsanforderungen sehr stark gestiegen. Diese Frage ging nicht in die Auswertung des Gesamtbarometers ein. Sie ist jedoch die einzige, die im Mittel im hellgrünen Bereich („Versorgung mit Abstrichen, Arbeiten stressig“) gewertet wurde. Der wahrgenommene Vorrang der Schreibearbeit vor der Patientenversorgung wurde vielfach kritisiert (s.o.)



Dokumentation

Auswertung nach Behandlungsbereichen und Stationsarten

Das Bild bezüglich Versorgungs- und Arbeitssituation ist zwischen den verschiedenen Stationsarten (Allgemein-, Sucht-, Geronto-, Kinder- und Jugendpsychiatrie), und auch zwischen Normal – und Akutstationen in der Kernaussage ähnlich.

In der Detailauswertung zeigt sich, dass bei fast allen Fragen die akute Gerontopsychiatrie am schlechtesten abschneidet. Das knappe Personal hat hier immer mehr multimorbiden und schwerkranken Patient*innen zu versorgen, hier landen viele der einzelnen Fragen zur Versorgungssituation und auch die Gesamtbewertung im orangenen Bereich. Hier fallen im Schnitt am häufigsten Einzel- und Gruppentherapieeinheiten aus, sind ungestörte Gespräche am seltensten möglich, können die sozialarbeiterischen Bedarfe am wenigsten erfüllt werden, kann begleiteter Ausgang bei Bedarf am seltensten organisiert werden, können die Kolleg*innen am seltensten auf die Wünsche und Bedarfe der Patient*innen eingehen.

„Das Arbeiten gleicht im Moment einer Massenabfertigung, die alten, dementen Menschen werden nur verwahrt. Es findet wenig Programm für diese Menschen statt. Wenig Therapie, fast keine Zeit für körperliche Zuwendung und Gespräche. Hauptsache die Betten sind belegt, das Geld fließt, wie es den Menschen und dem Personal geht, ist den Oberen egal.“
(Pfleger*in, Gerontopsychiatrie akut)

„Ich bin der Meinung, dass die Übergriffe in der Gerontopsychiatrie in den letzten Jahren zugenommen haben - was daran liegt, dass keine Zeit mehr dafür da ist, individuell auf den einzelnen Pat. einzugehen und ihn ggf. in Krisensituationen zu begleiten bzw. validierend oder deeskalierend einwirken zu können. (...) Es ist traurig, dass man für die alten Menschen, die ihr Leben bereits zum größten Teil hinter sich haben, keine Zeit mehr hat...“ (Pfleger*in, Gerontopsychiatrie)

Ähnlich prekär ist die Lage aber auch auf den allgemeinen Akutstationen.

Wenig überraschend zeigt auch die Auswertung zum Thema Gewalt und Zwang noch einmal deutlich erhöhte Werte auf Akutstationen, sowohl Allgemein, Gerontopsychiatrie als auch Suchtpsychiatrie. Die Fragen nach Beschimpfungen liegen hier in allen Bereichen bei über 90% in den vergangenen vier Wochen, die Fragen nach körperlichen Übergriffen gegen die Befragten selbst über alle Akutstationen gerechnet bei über 65%, in der akuten Gerontopsychiatrie sogar bei über 82,4%.

Zusammenfassung

Die Personalsituation in den psychiatrischen Krankenhäusern zeigt sich im Versorgungsbarometer am Limit. Auf vielen Stationen ist ein am Bedarf der Patient*innen orientiertes Arbeiten nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich. Dies ist wesentlich bedingt durch höhere Anforderungen aufgrund neuer Behandlungskonzepte, kürzerer Verweildauern und dadurch schwieriger Verfassung der Patient*innen, aber auch neuer Regularien zu Zwangsmaßnahmen, die nicht durch zusätzliche Personalkapazitäten flankiert worden sind. Dadurch kann ein Kreislauf aus Unterversorgung, Frustration, Eskalation und Gewalt

„(...) Ich hatte immer gehofft, dass sich durch eine neue Einordnung der PsychPV die Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie bessern. Dass nun alles aufgewendet werden muss, um eine weitere Verschlechterung der eh schon extrem schwierigen Verhältnisse abzuwenden, erlebe ich als sehr frustrierend. (...)“ (Psycholog. Psychotherapeut*in, Psych. Institutsambulanz)

und Zwang entstehen, der die Arbeitssituation für viele Beschäftigte mittel- und langfristig nicht mehr tragbar macht.

Mit dem Engagement der Beschäftigten allein ist diese Mangelsituation nicht mehr zu kompensieren.

Wenn nicht massiv gegengesteuert wird, droht eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation. Notwendig ist eine deutliche Aufstockung der Personalausstattung mit qualifiziertem Fachpersonal. Der Gemeinsame Bundesausschuss und die Politik stehen in der Verantwortung, unverzüglich eine bedarfsgerechtes Personalbemessungssystem für die Psychiatrie auf den Weg zu bringen.

Anhang 1: Zum Versorgungsbarometer – Statistik und Funktionsweise

Das Versorgungsbarometer Psychiatrie wurde im Juli und August 2019 von ver.di in den Psychiatrischen und Psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen durchgeführt.

Mithilfe eines Fragebogens (siehe Anhang), der wahlweise online, auf Papier oder als Excel-Abfrage ausgefüllt werden konnte, beantworteten Kolleg*innen, überwiegend aus den medizinisch-therapeutischen Berufen, Fragen zur Versorgungs- und Arbeitssituation.

Die Antworten wurden mithilfe einer Umrechnungsformel in ein Barometer transformiert, das den Zustand der Versorgung deutlich macht. Dazu erhielten die jeweils 5 möglichen Antworten jeweils eine numerische Entsprechung zwischen 0 und 100. Das Versorgungsbarometer errechnet sich aus dem Mittelwert der erreichten Werte und wird auf einer Skala dargestellt, die von dunkelgrün (optimale Versorgung, gutes und gesundes Arbeiten) über hellgrün, gelb, orange bis zu rot (innere Kündigung, Verwehrpsychiatrie) reicht.

Das Versorgungsbarometer kann individuell, haus- oder stationsspezifisch, landes- oder bundesweit ausgewertet werden. Aus Gründen des Datenschutzes werden von ver.di-Bundesfachbereich nur bundes- und landesweite Zahlen publiziert. Die Bezirkssekretär*innen und aktiven Ehrenamtlichen aus Häusern, aus denen mehr als 20 Datensätze vorliegen, erhalten auf Wunsch für ihre interne Bearbeitung eine Auswertung für das betreffende Haus.

2329 Psychiatrie-Beschäftigte aus 168 Krankenhäusern aus allen 16 Bundesländern beteiligten sich am Versorgungsbarometer. Bei bundesweit circa 476 Krankenhäusern mit psychiatrischen Betten (Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik) bedeutet dies, dass aus gut 35 Prozent dieser Häuser mindestens eine Antwort eintraf, aus gut 13 Prozent der Krankenhäuser kamen mehr als zehn Antworten.

Die große Mehrheit der Antworten (rund 75 Prozent) stammt aus der Pflege, der mit Abstand größten Berufsgruppe ist. Aber auch die anderen medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen beteiligten sich rege.

Die Befragung wurde zu allen Tageszeiten durchgeführt. Ungefähr 24 Prozent der Antworten kamen aus dem Spätdienst, sechs Prozent aus dem Nachtdienst.

Etwas mehr als die Hälfte der Antworten kam von Akutstationen, die andere von Normalstationen (darunter auch psychosomatische) oder anderen Bereichen wie Tageskliniken, Institutsambulanzen etc.

Nicht alle Fragen mussten beantwortet werden, deshalb variiert die Gesamtzahl der Antworten auf die jeweilige Frage.

Anhang 2: Fragebogen (online, per Excel oder auf Papier auszufüllen):

Versorgungsbarometer Psychiatrie - Datenabfrage

Eingabe durch (freiwillig):

Liebe Kollegin, lieber Kollege,
derzeit wird die Personalausstattung in der Psychiatrie neu festgelegt. Doch die notwendigen Verbesserungen bleiben aus. Es zeichnet sich eine PsychPVMinus ab. Mit dem vorliegenden "Versorgungsbarometer" wollen wir aufzeigen, wie die **derzeitige** Personalsituation sich schon jetzt auf die Versorgungslage der Patient*innen und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten auswirkt. Jede*r, der/die mitmacht trägt dazu bei, dass wir ein klares Bild der Situation an Entscheidungsträger und Öffentlichkeit vermitteln. Das Ausfüllen dauert maximal 10 Minuten. Vielen Dank für deine Mitwirkung!

Name des Krankenhauses: Stadt: bitte auswählen

Art der Station: Stationsname

Wieviele Pat. werden derzeit behandelt? Davon Intensivpat.?

Deine Berufsgruppe: Befragung im

Wie ist die Istbesetzung heute in deiner Berufsgruppe für diese Station (ggf. nur für deine Schicht)? Bitte trage die Anzahl ein.	Tagd.	Früh	Spät	Nacht
Fachkräfte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hilfskräfte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nach deiner Einschätzung ist die Besetzung bei euch heute	sehr gut	gerade richtig	knapp	viel zu gering
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mit der derzeitigen Personalausstattung des multiprofessionellen Teams - wie gestalten sich Versorgung und Arbeitsbedingungen?
Bitte kreuze mit "x" an.

In deiner letzten Schicht:

	Ja	Ja, aber mit Mühe	nur zum Teil	nur sehr eingeschränkt	war nicht möglich
Haben alle Einzeltherapieeinheiten stattgefunden, die der/die Pat. individuell benötigt?	<input type="checkbox"/>				
Konnten die Gespräche mit den Pat. ungestört, gegenseitig ergänzend und wie geplant stattfinden?*	<input type="checkbox"/>				
Fanden alle benötigten fachtherapeutischen und pflegerischen Gruppenaktivitäten statt?	<input type="checkbox"/>				
Wurden die psychosozialen/sozialarbeiterischen Bedarfe der Pat. erfüllt?	<input type="checkbox"/>				
Konnten deeskalierende Maßnahmen vorausschauend eingesetzt werden?	<input type="checkbox"/>				
Konnte eine 1:1-Betreuung, z.B. zur Vermeidung von Zwang umgesetzt werden?	<input type="checkbox"/>				
Konnte eine 1:1-Betreuung für zwangsfixierte Pat. gewährleistet werden, ohne Kolleg*innen von anderen notwendigen Versorgungsaufgaben abzuziehen?	<input type="checkbox"/>				
War begleiteter Ausgang für alle Pat. bei Bedarf möglich?	<input type="checkbox"/>				
Konnte Zeit für die Schaffung + Erhaltung eines guten Stationsmilieus aufgewendet werden?	<input type="checkbox"/>				
Waren notwendiger fachlicher Austausch und kollegiale Beratung im Team möglich?	<input type="checkbox"/>				
Konnten die geplanten Arbeiten innerhalb des Arbeitstages/Schicht erledigt werden?	<input type="checkbox"/>				
Konntest du deine Pause ungestört machen?	<input type="checkbox"/>				
Konntet ihr zeitnah auf Wünsche/Bedarfe der Patient*innen eingehen?	<input type="checkbox"/>				
Wurden die medizinischen und erlösrelevanten Dokumentationsanforderungen eingehalten?*	<input type="checkbox"/>				

In den letzten 4 Wochen

(bitte kreuze mit "x" an):

	täglich	mindestens 1x proWoche	mindestens 1x in 4 Wochen	nie
Wie oft hast du Beschimpfungen gegen dich selbst erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hast du Beschimpfungen gegen Kolleg*innen miterlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft warst du körperlichen Übergriffen gegen dich ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hast du körperliche Übergriffe gegen Kolleg*innen miterlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft wurden Zwangsmaßnahmen in deinen Diensten durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waren diese mit einer besseren Personalausstattung vermeidbar gewesen?	Fast alle	ca. die Hälfte	einige wenige	keine	weiss nicht
Wenn ja, wieviele?	<input type="text"/>				

Kannst du dir vorstellen, mit der derzeitigen Personalausstattung bis zur Rente in der Psychiatrie zu arbeiten: ja: nein:

Interviewer*in von ver.di
Name des Interviewenden:
Email:
Telefon:

Was möchtest du noch anmerken/kommentieren?

* gemeint sind z.B. stützende Kurzgespräche, Psychotherapie, Sozialdienst-Beratung, Angehörigengespräch, Entlassvorbereitung...

** Die Antwort auf diese Frage fließt nicht ins Barometer ein, da die Dokumentation nicht ausschließlich der Versorgungsqualität dient