

9. Wahlperiode

Bericht und Antrag

**des Untersuchungsausschusses
„Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“**

**zu dem Antrag der Fraktion der SPD — Drucksache 9/4415
— geänderte Fassung —**

Berichterstatter: Abgeordneter Dr. Scheuer CDU
Abgeordneter Bebbler SPD

Inhaltsübersicht

Seite

Erster Teil:

Formalien

- | | |
|--|---|
| I. Einsetzung und Auftrag des Untersuchungsausschusses | 8 |
| II. Ablauf des Untersuchungsverfahrens | 9 |

Zweiter Teil:

Feststellung und Würdigung des Sachverhalts

- | | |
|--|----|
| I. Grundlagen und allgemeine Problematik | 10 |
| 1. Wichtige Gesetze, Verordnungen und sonstige rechtliche Regelungen | 10 |
| 2. Organisation der psychiatrischen Versorgung | 16 |
| 3. Finanzierung | 20 |
| 4. Personalentwicklung | 27 |

Ausgegeben: 04. 12. 87

II. Zu den einzelnen Untersuchungsthemen	36
1. Strukturen und Rahmenbedingungen (Ziffer 1 des Untersuchungsauftrages)	36
a) Strukturwandel	36
b) Personalwesen	50
c) Handhabung der Autonomie	93
d) Kostendämpfung im Gesundheitswesen	97
e) Maßregelvollzug	97
f) Objektivierbarkeit des Bedarfs	107
g) Ergebnis zu „Strukturen und Rahmenbedingungen“	108
2. Folgen des Verhaltens in Politik und Verwaltung (Ziffer 2 des Untersuchungsauftrages)	108
3. Kenntnisse von Mitgliedern der Landesregierung und Konsequenzen (Ziffer 3 des Untersuchungsauftrages)	109
4. Vorschläge von den Bediensteten und Konsequenzen (Ziffer 4 des Untersuchungsauftrages)	110
5. Folgen der Trennung von Behandlungs- und Pflegebereichen (Ziffer 5 des Untersuchungsauftrages)	110
6. Personalsituation und Zahl der Fixierungen und Isolierungen (Ziffer 6 des Untersuchungsauftrages)	126
7. Verhinderung von Selbstmorden (Ziffer 7 des Untersuchungsauftrages)	147
8. Krankenhausbedarfsplanung und Belegung in den geschlossenen Abteilungen (Ziffer 8 des Untersuchungsauftrages)	148
9. Erforderliche Beschlüsse des Landtags und Maßnahmen der Landesregierung (Ziffer 9 des Untersuchungsauftrages)	148
III. Würdigung des festgestellten Sachverhaltes	149
 Dritter Teil:	
Beschlußfassung und Antrag des Untersuchungsausschusses	152
 <u>Angeschlossen:</u>	
Abweichende Berichte der Abgeordneten der SPD-Fraktion, der Fraktion GRÜNE und der FDP/DVP-Fraktion	154
 Anlagen	169
 Abkürzungsverzeichnis	

INHALT

Seite

Erster Teil:**Formalien**

I. Einsetzung und Auftrag des Untersuchungsausschusses	8
1. Einsetzungsbeschluß	8
2. Rechtsgrundlage des Verfahrens	8
3. Mitglieder und Stellvertreter des Untersuchungsausschusses	9
4. Mitarbeiter	9
II. Ablauf des Untersuchungsverfahrens	
1. Untersuchungshandlungen	9
2. Vereidigung	10

Zweiter Teil:**Feststellung und Würdigung des Sachverhalts**

I. Grundlagen und allgemeine Problematik	10
1. Wichtige Gesetze, Verordnungen und sonstige rechtliche Regelungen	10
a) Behandlungsfälle	10
b) Pflegefälle	13
c) Maßregelvollzug	15
d) Suchtkranke	16
2. Organisation der psychiatrischen Versorgung	16
a) Versorgungssystem	16
b) Organisation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser	17
c) Zuständigkeit und Verantwortung des Landes Baden-Württemberg	19
3. Finanzierung	20
a) Allgemeines	20
aa) Bettenbestand	20
bb) Wirtschaftsplan	22
cc) Betriebskosten	22
dd) PLK-Zuschuß	23
ee) Investitionen	24
b) Besonderheiten	25
aa) Krankenversorgung	25
bb) Pflegefälle	26
cc) Maßregelvollzug	26
dd) Suchtkranke	27
c) Pflegesätze	27

	Seite
4. Personalentwicklung	27
a) Personalvermehrung	27
b) Gegenläufige Entwicklungen	29
c) Personalschlüssel und -bedarf	30
aa) Bedarfsberechnung nach DKG 1985	31
bb) Pflegefälle	31
cc) Maßregelvollzug	32
dd) Suchtkranke	33
d) Haltung der Krankenkassen und der anderen Kostenträger	33
aa) Kostenträger Behandlungsfälle	33
bb) Kostenträger Pflegefallbereich	35
cc) Kostenträger Maßregelvollzug	35
II. Zu den einzelnen Untersuchungsthemen	36
1. Strukturen und Rahmenbedingungen (Ziffer 1 des Untersuchungsauftrages)	36
a) Strukturwandel	36
aa) Aufbau- und Nachholprogramm	36
bb) Belegungsrückgang	36
cc) Verkleinerung der Stationen	38
dd) Ergänzende Funktionsdienste	40
ee) Steigende Ansprüche	44
(1) Behandlung statt Verwahrung	44
(2) Kürzere Verweildauer	44
(3) Steigende Zahl der Aufnahmen	45
ff) Veränderte Patientenstruktur	46
(1) Tatbestand	46
(2) Ursachen	46
(3) Auswirkungen	47
(4) Fazit Patientenstruktur	49
gg) Zunahme administrativer Aufgaben	50
hh) Fazit Strukturwandel	50
b) Personalwesen	50
aa) Personalentwicklung	50
(1) Zuwachs	50
(2) Arbeitszeitverkürzung	51
(3) Tarifvertrag – Pflegesätze	51
bb) Anhaltszahlen	52
(1) Richtwerte 1969	52
(2) DKG 1985	54
(3) Blick über die Grenze	57
(4) Fazit zu den Anhaltszahlen	58
cc) Ausfallzeiten	59
(1) Personalmangel?	59
(2) Höhe der Ausfallzeiten (Höhe – Vergleich mit Allgemeinen Krankenhäusern – Verringerungsmöglichkeiten)	75
(3) Erhöhte Ausfallzeiten	78
(4) Geltendmachung in den Pflegesatzverhandlungen	78

(5) Personalmangel durch Ausfallzeiten? (Freizeitausgleich – tarifbedingte und gesetzliche Freizeiten – Empfehlungsvereinbarungen – Überstunden – Bereitschaftsdienst – tatsächliche Auswirkungen – andere Gründe für „Personal- mangel“)	78
(6) Kausalität tarifbedingter Ausfallzeiten (letzte Ursache – Abgeltung durch Empfehlungs- vereinbarungen – Paketlösung – individuell hö- here Ausfallzeiten – regulär anerkannt: 13,04 % Ausfallzeiten – Gründe für Anerkennungsdiffere- renz)	83
(7) Möglichkeit der Mangelbeseitigung	87
(8) Mindestbesetzung	88
(9) Kurzfristige Erreichbarkeit	89
dd) Personalstruktur	90
(1) Qualifikation	90
(2) Einsetzbarkeit	91
(3) Betriebsklima	92
(4) Supervision und Weiterbildung	92
ee) Fazit Personalwesen	93
c) Handhabung der Autonomie	93
aa) Vorteile	93
bb) Aufgaben	93
cc) Ausübung	95
dd) Probleme	96
(1) Grenzen	96
(2) Kostenträgerschaft	96
(3) Höhe des Budgets	96
(4) Gestiegene Verantwortung	96
(5) Strukturwandel	96
d) Kostendämpfung im Gesundheitswesen	97
e) Maßregelvollzug	97
aa) Allgemeines	98
bb) Personelle Erfordernisse	100
(1) Qualifikation	100
(2) Personalbedarf	100
(3) Supervision	101
(4) Realisierung	101
cc) Methodische Erfordernisse und ihre Realisierung	103
(1) Methodische Erfordernisse	103
(2) Realisierung	103
dd) Gefährdung fachgerechter Behandlung infolge Perso- nalmangels?	104
ee) Auswege	104
ff) Verbesserungsvorschläge	105
gg) Haltung des Justizministeriums	106
hh) Ergebnis	106
f) Objektivierbarkeit des Bedarfs	107
g) Ergebnis zu „Strukturen und Rahmenbedingungen“	108
2. Folgen des Verhaltens in Politik und Verwaltung (Ziffer 2 des Untersuchungsauftrages)	108

3. Kenntnisse von Mitgliedern der Landesregierung und Konsequenzen (Ziffer 3 des Untersuchungsauftrages)	109
4. Vorschläge von den Bediensteten und Konsequenzen (Ziffer 4 des Untersuchungsauftrages)	110
5. Folgen der Trennung von Behandlungs- und Pflegebereichen (Ziffer 5 des Untersuchungsauftrages)	110
a) Gründe für die Trennung	110
b) Begriff des Pflegefalls	110
c) Auswirkungen	111
aa) Haltung des Sozialministeriums	111
bb) Auswertung der Jahresberichte	112
cc) Beweiserhebung über aktivierende Pflege	114
(1) Allgemeines	114
(2) Personalentwicklung	116
(3) Aktivierende Pflege	118
(4) Therapeutische Maßnahmen	122
(5) Krankenhilfe	124
(6) Trennung von Behandlungs- und Pflegefall- patienten	125
(7) Ergebnis	126
6. Personalsituation und Zahl der Fixierungen und Isolierungen (Ziffer 6 des Untersuchungsauftrages)	126
a) Stellungnahme des Sozialministeriums	127
b) Psychopharmaka	128
aa) Allgemeines	128
bb) Unverzichtbare Heilmittel	129
cc) Verbrauchsmenge	130
dd) Psychopharmaka und Personalbesetzung (S. 339)	131
ee) Kein Vollstopfen der Patienten mit Psychophar- maka	133
c) Fixierungen	133
aa) Arten und Wirkungen	133
bb) Anwendungen	135
cc) Voraussetzungen einer fachgerechten Fixierung	136
dd) Zur Frage personalbedingter Zunahme von Fixierun- gen	138
ee) Stellung von Einzelbetreuungen	141
ff) Fachgerechte Fixierung	142
d) Isolierung	144
aa) Allgemeines	144
bb) Anwendungsfälle	144
cc) Voraussetzungen der Isolierung	145
dd) Zur Frage personalbedingter Zunahme von Isolierun- gen	146
ee) Stellung von Einzelbetreuungen	147
ff) Fachgerechte Isolierung	147
7. Verhinderung von Selbstmorden (Ziffer 7 des Untersuchungsauftrages)	147

8. Krankenhausbedarfsplanung und Belegung in den geschlossenen Abteilungen (Ziffer 8 des Untersuchungsauftrages)	148
9. Erforderliche Beschlüsse des Landtags und Maßnahmen der Landesregierung (Ziffer 9 des Untersuchungsauftrages)	148
III. Würdigung des festgestellten Sachverhalts	149
Dritter Teil:	
Beschlußfassung und Antrag des Untersuchungsausschusses	152
Angeschlossen:	
1. Abweichender Bericht der Abgeordneten der Fraktion der SPD	154
2. Abweichender Bericht des Abgeordneten der Fraktion GRÜNE	159
3. Abweichender Bericht des Abgeordneten der Fraktion der FDP/DVP	165
Anlagen:	
1. Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 10. August 1987 zum Auftrag des Untersuchungsausschusses	169
2. Verzeichnis der vom Untersuchungsausschuß gefaßten Beweisbeschlüsse	209
3. Liste der vernommenen Zeugen und Sachverständigen	211
4. Verzeichnis der zur Beweiserhebung beigezogenen Akten, schriftlichen Auskünfte und sonstigen Unterlagen	213
5. Abgelehnte Änderungsanträge der SPD-Fraktion mit zusätzlicher Begründung	217
Abkürzungsverzeichnis	

Erster Teil:**Formalien****I. Einsetzung und Auftrag des Untersuchungsausschusses****1. Einsetzungsbeschluß**

Der 9. Landtag des Landes Baden-Württemberg hat in seiner 74. Sitzung vom 4. Juni 1987 auf Antrag von 40 Mitgliedern der Fraktion der SPD – geänderte Fassung – (Drucksache 9/4415) beschlossen (Plenarprotokoll 9/74 S. 6025), nach Artikel 35 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg einen Untersuchungsausschuß mit dem Auftrag einzusetzen,

zu untersuchen,

1. ob und gegebenenfalls welche Strukturen und Rahmenbedingungen eine fachgerechte und humane Behandlung und Versorgung psychisch Kranker in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern behindern;
2. ob und gegebenenfalls welche politischen und administrativen Entscheidungen sowie Versäumnisse zu der derzeitigen Situation in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern geführt haben;
3. welche Kenntnisse Mitglieder der Landesregierung über die personelle und sächliche Ausstattung und über die organisatorischen Verhältnisse in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hatten und welche Konsequenzen sie daraus gezogen haben;
4. wann welche Vorschläge von den Bediensteten zur Verbesserung der Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern gemacht worden sind und welche Konsequenzen die Landesregierung daraus im einzelnen gezogen hat;
5. zu welchen Folgen die Trennung von Behandlungs- und Pflegebereichen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hinsichtlich der personellen Ausstattung der jeweiligen Funktionsbereiche sowie der Versorgung der Patienten geführt hat;
6. welche Zusammenhänge zwischen personeller Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sowie der Zahl der fixierten Patienten und der Isolationszellen bestehen;
7. welche organisatorischen und personellen Vorkehrungen zur Verhinderung von Selbstmorden in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern getroffen wurden und zu welchem Zeitpunkt;
8. inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Krankenhausbedarfsplanung und der Belegung in den geschlossenen Abteilungen Psychiatrischer Krankenhäuser besteht;
9. welche Beschlüsse des Landtags und welche Maßnahmen der Landesregierung hinsichtlich des Landeshaushalts, der Pflegesatzgestaltung und des Personalschlüssels erforderlich sind, um die Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern zu verbessern.

Der Ausschuß hat dem Landtag über die Untersuchungsergebnisse zu berichten und Vorschläge zu unterbreiten.

I.2. Rechtsgrundlage des Verfahrens

ist das Gesetz über Einsetzung und Verfahren von Untersuchungsausschüssen des Landtags (Untersuchungsausschußgesetz – UAusschG) vom 3. März 1976 (GBl. S. 194), geändert durch Gesetz vom 12. Dezember 1983 (GBl. S. 834).

I.3. Mitglieder und Stellvertreter des Untersuchungsausschusses

Nach den Vorschlägen der Fraktionen hat der Landtag am 4. Juni 1987 folgende Mitglieder und Stellvertreter gewählt:

Vorsitzender: Dr. Maus

Stellv. Vorsitzender: Daffinger

Mitglieder

CDU

Baum

Dr. Maus

Dr. Scheuer

Dr. Steuer

Ströbele

Weber

SPD

Bebber

Daffinger

Solinger, Helga

GRÜNE

Dr. Schwandner

FDP/ DVP

Haag

Stellvertreter

CDU

Arnegger

Hodapp

Rebhan

Reuter

Schätzle

Teufel

SPD

Hund

Spagerer

Weinmann

GRÜNE

Habs-Hoffschrör

FDP/DVP

Enderlein

I.4. Mitarbeiter

Dem Untersuchungsausschuß wurde Regierungsrat Heckhausen als wissenschaftlicher Mitarbeiter zugeordnet.

II. Ablauf des Untersuchungsverfahrens

1. Untersuchungshandlungen

Der Untersuchungsausschuß trat in öffentlichen und nichtöffentlichen Sitzungen vom 4. Juni, 24. Juni, 2. Juli, 8. September, 22. September, 23. September, 20. Oktober, 10. November und vom 12. November 1987 insgesamt neunmal zusammen.

Alle sieben Beweisanträge wurden – zum Teil geändert – zu Beweisbeschlüssen erhoben. Aufgrund dieser Beweisbeschlüsse wurden 28 Zeugen vernommen sowie 3 Sachverständige und als Auskunftsperson Staatssekre-

tär Dr. Volz (Ministerium für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten) angehört. Ferner wurden die in Anlage 4 verzeichneten Akten, schriftlichen Auskünfte und sonstigen Unterlagen zur Beweisaufnahme beigezogen.

2. Vereidigung

Alle vom Untersuchungsausschuß vernommenen Zeugen und Sachverständigen blieben unvereidigt.

Zweiter Teil:

Feststellung und Würdigung des Sachverhalts

I. Grundlagen und allgemeine Problematik

In den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sind vier wichtige Patientengruppen zu unterscheiden:

- a) Die Krankenversorgung (sogenannte Behandlungsfälle)
- b) Die Versorgung psychisch kranker Menschen, die als Pflegefälle gelten (sogenannte Pflegefälle)
- c) Versorgung psychisch kranker Straftäter (Maßregelvollzug)
- d) Versorgung Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Suchtkranke).

1. Wichtige Gesetze, Verordnungen und sonstige rechtliche Regelungen

a) Behandlungsfälle

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – bezweckt nach § 1 „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“

Die öffentlichen Fördermittel für Investitionskosten der Krankenhäuser und die Erlöse aus den Pflegesätzen „müssen nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts zusammen die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken“ (§ 4 Satz 2 KHG).

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 KHG werden nach diesem Gesetz nicht gefördert insbesondere Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die als Pflegefälle gelten oder im Maßregelvollzug aufgrund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind.

Nach § 18 KHG werden die Pflegesätze zwischen dem Träger des Krankenhauses und den Trägern der Sozialleistungen vereinbart, wobei gegebenenfalls eine Schiedsstelle nach § 18 a KHG anzurufen ist, um eine Einigung herbeizuführen.

Die in § 19 Abs. 1 KHG vorgesehenen gemeinsamen Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, sind noch nicht zustande gekommen.

Die auf § 16 Krankenhausfinanzierungsgesetz beruhende Verordnung der Bundesregierung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Bundespflegesatzverordnung (BPflV) – zählt in § 2 Abs. 2 zu den allgemeinen Krankenhausleistungen die Leistungen des Krankenhauses, „die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für

eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind.“

Zur Vergütung dieser allgemeinen Krankenhausleistungen werden in der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 KHG sowohl ein als „Budget“ bezeichneter Gesamtbetrag für das Krankenhaus als auch Pflegesätze vereinbart. Durch die Pflegesätze wird dieses Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet, § 3 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV. Das Budget wird auf der Grundlage der vorkalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Belegung für einen in der Zukunft liegenden Pflegesatzzeitraum vereinbart. Ergeben sich durch eine abweichende Belegung Mehr- oder Mindererlöse, werden sie nach dem Grundsatz der flexiblen Budgetierung zu 75 % unverzüglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraumes ausgeglichen (§ 4 Abs. 1 BPfIV).

Mit diesem seit 1. Januar 1986 geltenden System der flexiblen Budgetierung wird das Krankenhaus angehalten, sparsam zu wirtschaften und schon bei der Entstehung von Kosten ihre spätere Erstattungsfähigkeit zu prüfen.

Nach § 4 Abs. 2 BPfIV sind die Vertragsparteien an das Budget gebunden. „Ergeben sich jedoch während des Pflegesatzzeitraumes Änderungen der Personalkosten aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, bei der folgenden Pflegesatzvereinbarung berichtigt.“ (§ 4 Abs. 2 Satz 2 BPfIV)

Nach § 18 Abs. 1 BPfIV ist die Genehmigung von Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen von einer Vertragspartei bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Zuständig ist in Baden-Württemberg das Regierungspräsidium.

Der in § 20 BPfIV vorgesehene Landespflegesatzausschuß zur Beratung über Pflegesatzfragen ist beim Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie als der obersten Preisbehörde des Landes angesiedelt.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verweist unter anderem in §§ 1 Abs. 2, 6 Abs. 3 und § 11 auf landesrechtliche Vorschriften. Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) — bezweckt, „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sowie eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten. Es soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen“ (§ 1 Abs. 1 LKHG).

Der nach §§ 4 ff LKHG aufgestellte Krankenhausbedarfsplan ist derzeit gültig in Stufe II (Staatsanzeiger Nr. 28 vom 9. April 1983) und verzeichnet die als bedarfsgerecht angesehenen Krankenhäuser nach Leistungsstufe, Standort, Fachrichtungen und Zahl der Planbetten. Der Krankenhausbedarfsplan umfaßt allerdings nur den sogenannten KHG-Bereich der Krankenbehandlung, nicht die Einrichtungen für Pflegefälle, Maßregelvollzug und Suchtkranke.

Das Sozialministerium hat einen Landeskrankenhausausschuß nach § 9 LKHG gebildet, in dem Vertreter der Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzte und der kommunalen Landesverbände bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bedarfsplanung zusammenarbeiten.

Das Landeskrankenhausgesetz verpflichtet in § 28 Abs. 2 die Krankenhäuser im Rahmen ihrer Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit zur Aufnahme und Versorgung von Patienten, die stationärer Versorgung bedürfen.

Der Krankenhausträger bildet eine gemeinsame Krankenhausleitung, der ein Leitender Arzt, der Leiter der Verwaltung und der Leiter des Pflegedienstes angehören (§ 33 LKHG).

Nach § 38 Abs. 1 LKHG müssen Krankenhäuser „wirtschaftlich eigenständige Betriebe“ sein. Die PLK sind aufgrund eines Erlasses des Sozialministeriums vom 8. Dezember 1978 seit 1. Januar 1979 einzeln wirtschaftende Landesbetriebe im Sinne von § 26 Landeshaushaltsordnung, für die jeweils eigene Wirtschaftspläne aufgestellt werden, deren Ergebnisse im Staatshaushaltsplan zusammengefaßt werden.

Autonomie.

Auch die Krankenhausleitungen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser handeln – im Rahmen des Budgets – sehr stark eigenverantwortlich und mit sehr weiten Handlungsspielräumen. Diese relative Autonomie der Krankenhäuser wird geschützt durch § 1 Abs. 2 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz, wonach die Gewährung von Fördermitteln nicht mit Auflagen verbunden werden darf, „durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden“.

Die nach § 38 Abs. 2 LKHG beim Wirtschaftsministerium eingerichtete ständige Arbeitsgruppe für Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus hat am 18. Juli 1984 die Richtlinien für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung der Krankenhäuser neu gefaßt – Wirtschaftlichkeitsrichtlinien. Diese nach § 38 Abs. 3 LKHG verbindlichen Richtlinien gelten für Allgemeinkrankenhäuser ebenso wie für die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser und sehen bei der Bemessung des Personalbedarfs durchweg die Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 vor, fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche. Im Pflegedienst z. B. ist „eine Ausfallquote von 13,04 % und damit ein Zuschlag für Ausfallzeiten von 15 % enthalten“ (GABl. 1984 S. 711). Außerdem heben die Richtlinien mehrfach hervor, daß entsprechend den Anwendungsvoraussetzungen der Anhaltzahlen Besonderheiten, insbesondere ein veränderter Zuschlag für Ausfallzeiten, zu berücksichtigen sind, „soweit sie vom Krankenhaus durch (repräsentative) Statistiken oder andere Aufzeichnungen nachgewiesen oder ausreichend glaubhaft gemacht sind“.

Nach den Wirtschaftlichkeitsrichtlinien können auch die Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1974 entsprechend auf die Anhaltzahlen von 1969 übertragen werden, sie sind jedoch für die Psychiatrie weniger von Bedeutung. Hier gilt nach den Wirtschaftlichkeitsrichtlinien vielmehr: „In der Psychiatrie sind – neben der Beurteilung nach den bekannten Bemessungsmaßstäben – auch die Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe auf ihre Anwendbarkeit in der Praxis zu überprüfen.“

Diese Richtlinien bieten einen günstigeren Personalschlüssel als die DKG-Anhaltzahlen 1969; daß sie in die Wirtschaftlichkeitsrichtlinien eingeflossen sind, „geht auf nachhaltige Vorstöße des Sozialministeriums im Jahre 1984 zurück“ (Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987, Seite 196). Allerdings ist ihre Anwendung in der Praxis nicht ersichtlich.

Inhaltlich umstritten und in der Praxis noch nicht angewendet sind die sogenannten „DKG-Anhaltzahlen 1985“. Diese „Verfahren und Anhaltswerte für die Personalbedarfsermittlung in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern“ hat der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 10. Dezember 1985 beschlossen und übergangsweise als einseitige Empfehlung herausgegeben.

Die DKG-Anhaltzahlen 1985 orientieren den Personalbedarf an der Behandlungs- und Pflegeintensität und gliedern deshalb das psychiatrische Fachkrankenhaus in 17 verschiedene Stationstypen mit zum Teil identischen Personalbemessungswerten. Im Ergebnis gibt es so je nach Berufs-

gruppe zwischen drei und neun verschiedene Bedarfszahlen. Der Personalbedarf wird auf der Grundlage der Belegung der Station und des Bedarfs für die Versorgung der jeweiligen Patienten je Berufsgruppe und Woche zusammengefaßt; daraus wird das Personalsoil entwickelt.

Die DKG-Anhaltszahlen wurden weiterentwickelt aus den oben erwähnten Richtlinien der nordrhein-westfälischen Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe für die Personalausstattung ihrer psychiatrischen Einrichtungen von 1980, auf die zum Beispiel auch die Richtlinien des Wirtschaftsministeriums Baden-Württemberg für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gelegentlich Bezug nehmen.

Zur Vergleichbarkeit der DKG-Anhaltszahlen 1985 und der Anhaltszahlen der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen hat der Sachverständige Prof. Dr. Dörner bei seiner Anhörung am 22. September (Protokoll 5/180) ausgeführt: „Beide unterscheiden sich ja zwar in einigen kleinen Punkten nicht unwesentlich. Aber so über den ganzen Schnitt gesehen ist es schon, glaube ich, kein riesengroßer Unterschied.“

b) Pflegefälle

Die Bezeichnungen „Behandlungsfälle – Pflegefälle“ könnten den Eindruck erwecken, als Pflegefälle geltende Patienten würden nicht behandelt. Pflegefälle in der Psychiatrie sind nach der Definition von Prof. Dr. Linden (P 5/312–313)

1. psychogeriatrische Pflegefälle,
2. altgewordene psychisch Kranke, Schizophrene,
3. jüngere Schizophrene, die noch nicht rehabilitiert oder nicht rehabilitierbar sind.

Näheres wird unter II. 5 zur Sprache kommen.

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) – gewährt im Rahmen der Hilfe in besonderen Lebenslagen auch Hilfe zur Pflege nach §§ 68 ff. BSHG. Nach § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig für die Hilfe in besonderen Lebenslagen für psychisch kranke Menschen, „wenn es wegen der Behinderung oder des Leidens dieser Personen in Verbindung mit den Besonderheiten des Einzelfalles erforderlich ist, die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung zu gewähren; dies gilt nicht, wenn die Hilfestellung in der Einrichtung überwiegend aus anderem Grunde erforderlich ist, ...“

Nach § 96 Abs. 2 Satz 1 BSHG bestimmen die Länder die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Im baden-württembergischen Gesetz zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AG/BSHG) – werden in § 2 die Landeswohlfahrtsverbände zu überörtlichen Trägern der Sozialhilfe bestimmt.

Nach § 1 des Gesetzes über die Landeswohlfahrtsverbände (WohlfVerbändeG) – werden die Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichtet, die nach § 1 Abs. 2 WohlfVerbändeG ihre Angelegenheiten im Rahmen der Gesetze unter eigener Verantwortung verwalten. Die Landeswohlfahrtsverbände unterliegen nach § 24 WohlfVerbändeG in weisungsfreien Angelegenheiten nur der Rechtsaufsicht. Die Sozialhilfe wird nach § 1 2. Halbsatz AG/BSHG als „Selbstverwaltungsangelegenheit (weisungsfreie Pflichtaufgabe)“ durchgeführt. Rechtsaufsichtsbehörde für die Landeswohlfahrtsverbände ist nach § 24 Abs. 2 Satz 1 WohlfVerbändeG das Innenministerium. Nach § 24 Abs. 2 Satz 2 WohlfVerbändeG steht das Informationsrecht nach § 120 der Gemeindeordnung (GO) – auch dem Sozialministerium zu. In § 120 GO heißt es: „Soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, kann sich die Rechtsaufsichtsbehörde über einzelne Angelegenheiten der Gemeinde in geeigneter Weise unterrichten.“

Die Landeswohlfahrtsverbände haben auf der Grundlage des § 93 Abs. 2 BSHG im Juli 1985 eine Vereinbarung zur Regelung der Pflegesätze für Pflegefälle in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern in Baden-Württemberg (Pflegesatzvereinbarung) – mit dem Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg als dem Träger der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser abgeschlossen. Diese Pflegesatzvereinbarung ist wesentliche Grundlage der Kostenübernahme für sozialrechtliche Pflegefälle in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Die Pflegesatzvereinbarung nimmt in § 1 Abs. 2 ausdrücklich „die Teile der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, in denen Krankenhauspflege geleistet wird (Behandlungsfälle) sowie Maßnahmen des Maßregelvollzugs und der Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden“, von ihrem Anwendungsbereich aus.

„Kriterien zur Abgrenzung ‚Behandlungsfall/Pflegefall‘ in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern“ (Kriterienkatalog) –

Unter Vorsitz des Sozialministeriums wurde mit vier Ärztlichen Direktoren der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Reichenau, Winnenden und Zwiefalten sowie der Landeslinik Nordschwarzwald ein Kriterienkatalog in einer Endfassung vom 19. Mai 1984 erarbeitet. Dieser Kriterienkatalog befaßt sich mit der Abgrenzung des Pflegefalls vom Behandlungsfall, den Voraussetzungen für eine Versorgungsstruktur im Pflegefallbereich und mit stationsgebundenen Personalschlüsseln. Dem Grundsatz nach ist darauf abzustellen, „ob die erforderlichen Pflegemaßnahmen lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen oder ob sie Teil einer ärztlichen Behandlung sind“. ... Bei Pflegefällen „hat die Krankheit oder Behinderung einen Verlauf genommen, der derzeit klinisch nicht beeinflußbar ist. Gleichwohl muß für diese Pflegefälle eine ausreichende pflegerische und sozial-therapeutische Versorgung gewährleistet sein, die den Bedürfnissen des Kranken entspricht und noch vorhandene Fähigkeiten fördert“. (Seite 3 Kriterienkatalog)

Die Pflegesatzvereinbarung für Pflegefälle sieht in § 2 Abs. 1 vor, daß die von den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern erhobenen Pflegekosten die notwendigen Selbstkosten nach näherer Bestimmung in der Pflegesatzvereinbarung decken. „Kosten im Sinne dieser Vereinbarung sind alle bei einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung entstehenden Personal- und Sachkosten, die unmittelbar oder mittelbar mit der Betreuung der Hilfeempfänger im Zusammenhang stehen“, § 2 Abs. 1 Satz 2 Pflegesatzvereinbarung. Die Pflegesätze werden nach § 3 Abs. 5 „auf der Grundlage der tatsächlich angefallenen Vollverpflegungstage und Bettengeldtage sowie der Kosten und Erträge des jeweiligen Vorjahres berechnet, mindestens jedoch mit einem Ausnutzungsgrad von 95 % der Vollbelegung (Betten x 365). Ein Bettengeldtag geht mit 75 % eines Vollverpflegungstages in die Berechnung ein.“

Obergrenzen für den anzuerkennenden Personalbedarf legt § 4 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung fest. Die Fortschreibung der Pflegesätze auf der Grundlage der für das Jahr 1984 festgelegten Pflegesätze ist in § 10 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung vorgesehen. Nach § 12 Abs. 1 Pflegesatzvereinbarung ist Grundlage für die allgemeine Anpassung der Pflegesätze die von der Pflegesatzkommission Baden-Württemberg für die Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege festgesetzte Anpassung (Sonderpflegesätze für Behinderteneinrichtungen). Mehrforderungen aufgrund einer Verschiebung der Anteile der Pflegegruppen können nach näherer Regelung in § 12 Abs. 2 bei entsprechendem Nachweis geltend gemacht werden. Wie § 15 Abs. 3 der Pflegesatzvereinbarung weiter festlegt, werden offene Fragen in einer vom Sozialministerium und den Landeswohlfahrtsverbänden paritätisch besetzten Kommission erörtert.

c) Maßregelvollzug

Das **S t r a f g e s e t z b u c h** (StGB) — sieht in § 63 die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus vor, wenn jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen hat und die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Nach § 64 StGB sind Personen, die den Hang haben, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und die wegen einer rechtswidrigen Tat, die im Rausch begangen wurde oder auf den Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt werden, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, auf Anordnung des Gerichts in Entziehungsanstalten unterzubringen, wenn die Gefahr besteht, daß diese Personen wegen ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen werden. Nach § 67 e StGB kann das Gericht jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist. Vor Ablauf eines Jahres muß das Gericht dies prüfen.

Das **S t r a f v o l l z u g s g e s e t z** (StVollzG) — lautet in § 136: „Die Behandlung des Untergebrachten in einem Psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich soll er geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.“ Nach § 138 StVollzG richtet sich die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen.

Das baden-württembergische Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker — **U n t e r b r i n g u n g s g e s e t z** (UBG) — verweist in § 26 Abs. 1 für den Maßregelvollzug unter anderem auf § 17, wo es in Abs. 1 heißt: „Die nach diesem Gesetz Untergebrachten werden so untergebracht, behandelt und betreut, daß der Unterbringungszweck bei geringstem Eingriff in die persönliche Freiheit erreicht wird.“ Nach § 17 Abs. 2 haben die Untergebrachten „diejenigen Maßnahmen zu dulden, die erforderlich sind, um Sicherheit oder Ordnung in der anerkannten Einrichtung zu gewährleisten oder sie selbst zu schützen“.

Nach § 17 Abs. 4 UBG soll den Untergebrachten Gelegenheit zu sinnvoller therapeutischer Beschäftigung und Arbeit gegeben werden. § 18 Abs. 1 gewährt den Untergebrachten „Anspruch auf notwendige Heilbehandlung. Die Heilbehandlung umfaßt auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um dem Untergebrachten nach seiner Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen“.

Unmittelbaren Zwang gegen Untergebrachte gestattet das Gesetz in § 22 Abs. 1 Satz 1 nur dann, „wenn der Untergebrachte zur Duldung der Maßnahme verpflichtet ist. Unmittelbarer Zwang zur Untersuchung und Behandlung ist nur auf ärztliche Anordnung zulässig“. Gegen eine Maßnahme zur Regelung einzelner Angelegenheiten auf dem Gebiete der Unterbringung kann nach § 138 Abs. 2 StVollzG in Verbindung mit § 109 Abs. 1 StVollzG gerichtliche Entscheidung bei den Strafvollstreckungskammern der Landgerichte (§ 78 a Gerichtsverfassungsgesetz) beantragt werden.

Regelungen über die Zuständigkeit im Maßregelvollzug ergeben sich aus folgenden Vorschriften. Nach §§ 53 ff. der bundeseinheitlich geltenden **S t r a f v o l l s t r e c k u n g s o r d n u n g** wird in einem Vollstreckungsplan geregelt, welche Vollzugsanstalt zur Vollstreckung einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung örtlich und sachlich zuständig ist.

Im **V o l l s t r e c k u n g s p l a n** für das Land Baden-Württemberg ist in Teil II auf Seite 9 festgelegt: „Die Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB wird in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern vollzogen.“

Im Teil II des Vollstreckungsplanes heißt es auf Seite 13 weiter: „Bei der Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung nach § 63 StGB und nach § 64 StGB ist ‚höhere Vollzugsbehörde‘ das Regierungspräsidium, in dessen Bereich die Anstalt liegt, und ‚oberste Behörde‘ das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg.“ Entsprechend §§ 21 Nr. 3, 22 Nr. 1 des Landesverwaltungsgesetzes (LVG) – steht dem Sozialministerium die Dienst- und Fachaufsicht auch über die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser im Maßregelvollzug zu.

d) Suchtkranke

Nach § 1236 Reichsversicherungsordnung (RVO) – und nach § 13 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) – kann der Träger der Rentenversicherung bzw. die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Leistungen zur Rehabilitation eines Versicherten erbringen, dessen Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist. Auf diesen gesetzlichen Vorschriften beruht die Empfehlungsvereinbarung zwischen Bundesverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – sogenannte Sucht-Vereinbarung.

Die Sucht-Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung stationärer Maßnahmen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, wenn Leistungen sowohl der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung in Betracht kommen. Danach tragen – vereinfacht dargestellt – die Träger der Rentenversicherung, also in erster Linie die Landesversicherungsanstalten für Arbeiter und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Kosten für Entwöhnung und Entzug, wenn es in erster Linie darum geht, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Andererseits tragen die Krankenkassen jedenfalls die Kosten während der ersten Wochen: In der sogenannten „Entgiftungsphase“ dominiert die Krankenbehandlung vor der Rehabilitation.

Eine Anlage zu dieser Suchtvereinbarung bildet eine Zusammenstellung der „Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken“. Danach müssen in der Einrichtung auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene Ärzte, Diplompsychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten zur Verfügung stehen. Sie sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben und regelmäßig fortgebildet werden. Nach Nr. 8 dieser Voraussetzungen muß die Einrichtung „in ihrem medizinischen Bereich ausreichend viel ausgebildetes Pflegepersonal (mindestens eine(n) Krankenschwester/Krankenpfleger) haben“.

2. Organisation der Psychiatrischen Versorgung

a) Versorgungssystem

Während in früheren Jahren psychisch kranke Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern vorwiegend auf Dauer verwahrt wurden, werden in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern seit etwa zehn Jahren verstärkt die rein verwahrenden Strukturen abgelöst durch die Einrichtung einer Psychiatrie, deren Ziel die Behandlung und Wiedereingliederung in das normale Berufs- und Alltagsleben ist. Unter dem Stichwort „gemeindenaher Psychiatrie“ wurden in sechs Orten psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verwirklicht. Fast die Hälfte aller Betten in der Akutpsychiatrie bestehen außerhalb der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, denen im Ergebnis die schwierigeren Fälle zufallen.

Die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sind nicht mehr nach außen abgeschlossen, sondern eingebunden in ein Versorgungssystem. So wird die ambulante Betreuung durch die niedergelassenen Nervenärzte und die im Aufbau begriffenen sozialpsychiatrischen Dienste geleistet, von denen bis Ende des Jahres 1987 39 eingerichtet sein sollen. Hilfe für Berufs- und Alltagsleben gewähren 28 Übergangseinrichtungen mit 737 Plätzen, 130 betreute Wohngemeinschaften mit 839 Plätzen, 210 Patientenclubs, Gruppen von Angehörigen psychisch Kranker, Kontaktgruppen und Laienhelfergruppen sowie 16 Werkstätten für psychisch Behinderte mit 1 187 Plätzen. (Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Stellungnahme SM) —, Seite 173)

b) Organisation der PLK

Die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser (PLK) sind organisiert als nicht-rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts unter der Trägerschaft des Landes Baden-Württemberg. Das Land unterhält neun PLK: Weinsberg, Winnenden, Wiesloch, Emmendingen, Reichenau, Bad Schusserried, Weißenau, Zwiefalten und die Landeslinik Nordschwarzwald in Calw-Hirsau.

Relative Autonomie.

Die aus dem Krankenhausrecht abgeleitete (§§ 38 Abs. 1 LKHG, § 1 Abs. 3 KHG) und bereits erwähnte (oben I.1. a) „relative Autonomie“ der Krankenhäuser betont die Eigenverantwortung der gemeinsamen Krankenhausleitung vor Ort. Es bestehen sehr weite Handlungsspielräume, die in der Praxis durch den Gesamtrahmen des Budgets maßgeblich begrenzt werden. Maßgebend für diese Autonomie sind Ortsnähe und Leistungsanreiz: Die betrieblichen Abläufe sollen durch die Krankenhausleitungen vor Ort gesteuert werden, wo die Patienten unmittelbar betreut werden, wo die Kosten entstehen und wo die entsprechenden Einnahmen zu erzielen sind. Anders als bei einer zentralen Veranschlagung und Bewirtschaftung von Stellen und Mitteln sollen Vorteile aus einer optimalen Wirtschaftsführung durch besondere Leistungen vor Ort nicht in den gemeinsamen Haushalt aller Landeskrankenhäuser einfließen, sondern unmittelbar dem Krankenhaus zugute kommen: „Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen“, § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG.

Die gemeinsame Krankenhausleitung, der ein Leitender Arzt, der Leiter der Verwaltung und der Leiter des Pflegedienstes angehören, ist nach § 33 Abs. 1 Satz 2 Landeskrankenhausesgesetz „dafür verantwortlich, daß das Krankenhaus nach den Grundsätzen der Leistungsfähigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit geleitet wird“. Nach einer Grundsatzregelung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg über die Krankenhausbetriebsführung in einem nicht veröffentlichten Erlaß vom 10. Februar 1978 obliegen der gemeinsamen Krankenhausleitung innerhalb des Krankenhauses die wesentlichen Entscheidungen und insbesondere die dem Krankenhaus überlassenen Personalentscheidungen. Nach § 4 Abs. 5 dieser Grundsatzregelung über die Krankenhausbetriebsführung entscheidet die gemeinsame Krankenhausleitung einstimmig, hat gegebenenfalls in einer weiteren Sitzung eine Einigung zu versuchen und nötigenfalls eine Entscheidung des Krankenhausträgers herbeizuführen: Einseitiges Durchsetzen eigener Positionen ist nicht möglich.

Die Mitglieder der Krankenhausleitung sind für die Angelegenheiten ihres Bereiches grundsätzlich selbst zuständig und verantwortlich. So ist der Ärztliche Direktor nach § 5 Abs. 2 Nr. 1 der Grundsatzregelung insbesondere zuständig für „die Organisation, Zusammenarbeit und Beaufsichtigung des ärztlichen Dienstes, der sonstigen medizinischen Dienste, des medizinisch-technischen Dienstes sowie des Sozialdienstes“, während dem Verwaltungsdirektor nach § 6 die Leitung der Bereiche Verwaltung, Wirt-

schaft und Versorgung sowie der Nebenbetriebe des Krankenhauses obliegt. Nach § 7 der Grundsatzregelung obliegt der Leitenden Krankenpflegekraft „die Leitung des Krankenpflegedienstes im Krankenhaus. Sie hat auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Versorgung hinzuwirken“.

Gliederung.

In den letzten Jahren wurden in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern die Stationen verkleinert und die jeweilige Abteilung für Allgemeinpsychiatrie – mit örtlichen Besonderheiten – in folgende Funktionsbereiche gegliedert: Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchttherapie, Psychotherapie, Rehabilitation/Sozialtherapie, Innere Medizin, forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) und Neurologie. Die Akutstation dient dabei regelmäßig der Aufnahme neuer Patienten und der Behandlung schizophrener, neurotischer oder in einer Lebenskrise befindlicher Patienten, die nicht in einem der weiter spezialisierten Funktionsbereiche behandelt werden. Einige Krankenhäuser haben neben der großen Abteilung für Allgemeinpsychiatrie gesonderte Abteilungen für Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet.

Das Behandlungsangebot umfaßt ärztliche und psychotherapeutische Gespräche, medikamentöse Behandlung, Arbeits-, Beschäftigungs-, Sport- und Musiktherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Krankengymnastik, autogenes Training, verschiedene weitere psychologische und psychotherapeutische Behandlungsverfahren, pädagogische Förderung und die Betreuung durch Sozialarbeiter.

Kennzahlen.

Im Jahr 1987 haben die PLK insgesamt 6 282 Betten, davon 4 012 im sogenannten Behandlungsfall-KHG-Bereich, 1 623 für Pflegefälle, 530 im Maßregelvollzug und 117 für Suchtentwöhnung (Anlage 6 zur Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987).

– Patienten-Zahl im Jahr 1986	26 685
KHG-Bereich (ohne Nachtklinik, Anlage 6, a–d zur Stellungnahme des Sozialministeriums) – Pflegefälle, ausgedrückt in Pflgetagen	582 445
(Anlage 6 h zur Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987)	
– Maßregelvollzug (ausgedrückt in Pflgetagen)	179 030
– Suchtentwöhnung (Patienten-Zahl, aaO Anlage 6 g)	391

Die Bettenzahl reicht (Anlage 1 zur Stellungnahme SM) von 444 in Zwielfalten bis zu 1 291 in Wiesloch. Die 582 Betten des Landeskrankenhauses Weißenau verteilen sich wie folgt:

Behandlungsfall vollstationär	280
Neurologie	41
Kinder-/Jugendpsychiatrie	30
Tagklinik	2
Nachtklinik	2
Pflegebereich	115
Maßregelvollzug	83
Entwöhnungsbehandlung	29
zusammen:	<u>582</u>

Im vergangenen Jahr hat das Psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau 1 539 Patienten aufgenommen, während es in der Klinik Wiesloch 5 037 waren. Die Bedeutung dieser und weiterer Bezugsdaten, wie die Entwicklung der Aufnahmen, der durchschnittlichen Verweildauer, der Pflegesätze und der Personalbesetzung werden an späterer Stelle im Zusam-

menhang erläutert. Wegen weiterer Zahlen wird auf die Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Anlage 1 und deren Anlagen 1 bis 4, 6) verwiesen.

c) Zuständigkeit und Verantwortung des Landes Baden-Württemberg

Zur Zuständigkeit des Landes als Träger der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser heißt es in der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Anlage 1 Seite 186): „Die Aufgaben des Trägers erstrecken sich insbesondere auf die Aufstellung der Wirtschaftspläne, auf die bauliche Gesamtplanung sowie auf Personaleinstellungen. Daneben hat der Träger die Aufgaben der übergeordneten Planung für Größe, Struktur, Gliederung und therapeutische Angebote sowie der Bettenvorhaltung und der Elektronischen Datenverarbeitung. Sämtliche Instanzen und Dienststellen sind bemüht, diese Trägerfunktion gemeinsam mit den Krankenhausleitungen und im Einzelfall weiteren Bediensteten der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sachgerecht wahrzunehmen.

Der Träger nimmt seine Aufgaben in ständigen Kontakten und auf verschiedenen Ebenen wahr: Dienstbesprechungen, Personalgespräche, Baubesprechungen, Arbeitsgruppen, Geschäftsberichte, allgemeines Berichtswesen, vielfältige Einzelgespräche.

Innerhalb der Ministerialverwaltung sind besonders berührt die Bereiche Gesundheit sowie Haushalt und Personal des Sozialministeriums, die Bereiche Haushalt, Liegenschaften und Hochbau des Finanzministeriums sowie das Justizministerium.

Im nachgeordneten Verwaltungsbereich sind besonders häufig berührt die Regierungspräsidien, die Hochbauämter und die Liegenschaftsämter, teilweise auch die Landwirtschaftsämter sowie das Landesamt für Besoldung und Versorgung.“

Als Krankenhausträger hat das Land Baden-Württemberg insbesondere die Verantwortung für die Organisation und für die Beseitigung von Mängeln, die im Rahmen der „relativen Autonomie“ von den PLK nicht beseitigt werden können oder rein tatsächlich nicht beseitigt werden. Der umfassenden Verantwortlichkeit des Landes als Krankenhausträger, insbesondere seiner Ministerien in den jeweiligen Ressorts als oberste Landesbehörden nach § 4 LVG, entsprechen die Einwirkungs- und Zugriffsmöglichkeiten des Landes, die vor allem beim Sozialministerium als oberster Gesundheitsbehörde und dem Regierungspräsidium konzentriert sind.

Hierzu hat das Sozialministerium mit Schreiben vom 6. Oktober 1987 ausgeführt:

„Die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser unterstehen den Regierungspräsidien als nächster Behördeninstanz des Trägers sowie dem Sozialministerium als oberster Landesbehörde. Die Tätigkeit von Sozialministerium und Regierungspräsidium richtet sich nach den Bestimmungen des Landesverwaltungsgesetzes. Für die allgemeine Geschäftsabwicklung gelten die Bestimmungen des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes (vgl. § 1 Abs. 2 LVG). ... Daneben gibt es eine Vielzahl von Einzelregelungen, zum Beispiel für die Zuständigkeit von Personalentscheidungen, für haushaltsrechtliche Einzelregelungen, für die Verlegung im Maßregelvollzug nach dem Vollstreckungsplan usw.“

Die Zuständigkeit des Landes in der psychiatrischen Versorgung beschränkt sich nicht auf das Verhältnis mit den PLK. So gehört das Sozialministerium der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser an und bemüht sich dort um das Zustandekommen gemeinsamer Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Kostenträger nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz (vgl. Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987, Seite 204).

Ferner ist das Sozialministerium vertreten im Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder, der aus der Psychiatrie-Enquete des Bundes von 1975 (Anlagen-Band 211 zur 7. Wahlperiode, BT-Drucksachen 4200 und 4201) hervorgegangen ist.

Daneben gibt es eine Vielzahl von Arbeitskreisen, etwa den Landesarbeitskreis Psychiatrie, der das Sozialministerium bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im stationären und außersationären Bereich beraten soll. In diesem Landesarbeitskreis Psychiatrie sind unter anderem vertreten die Ärzte und ihre kassenärztlichen Vereinigungen, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Ärztliche Direktoren, Psychiater, die kommunalen Spitzenverbände, die Krankenkassen, Landeswohlfahrtsverbände und weitere Kostenträger.

Das Sozialministerium sieht im Landesarbeitskreis Psychiatrie „eine wichtige Mitwirkungsmöglichkeit der PLK“ (Stellungnahme SM, Seite 186), weil dort ein Ärztlicher Direktor eines PLK und der Vorsitzende des Vereins Baden-Württembergischer Krankenhauspsychiater, zur Zeit ebenfalls ein Ärztlicher Direktor eines PLK, vertreten seien.

In diesem Zusammenhang ist auch erneut auf den beim Wirtschaftsministerium (als der obersten Preisbehörde) angesiedelten Landespflegesatzausschuß nach § 20 Bundespflegesatzverordnung hinzuweisen. Nicht unmittelbar vertreten ist das Sozialministeriums hingegen in der Schiedsstelle nach § 17 BPflV, deren Entscheidungen jedoch vom Regierungspräsidium genehmigt werden müssen.

Außer in der Rolle des Krankenhausträgers sieht sich das Land auch in der Rolle des Kostenträgers, soweit es um den Maßregelvollzug für psychisch kranke Straftäter geht. Einzelheiten dazu später.

3. Finanzierung

a) Allgemeines

aa) Bettenbestand

Insgesamt 6 282 Betten haben die PLK des Landes im Jahr 1987 in folgenden Bereichen:

Behandlungsfälle	4 012 Betten = 63,9 %
Pflegefälle	1 623 Betten = 25,8 %
Maßregelvollzug	530 Betten = 8,4 %
Suchtkranke	117 Betten = 1,9 %

Von 1977 bis 1987 wurden 1 540 Betten (19,7 %) in den PLK abgebaut, davon 245 in dem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Bereich für Behandlungsfälle und 1 295 Betten für Pflegefälle, Maßregelvollzug und Suchtkranke.

Ausnutzungsgrad.

Der Ausnutzungsgrad in den einzelnen PLK sah in den letzten zwei Jahren wie folgt aus:

PLK Baden-Württemberg, KHG-Bereich, Erwachsenenpsychiatrie vollstationär (Anlage 6 a zur Stellungnahme SM)

PLK	1985		1986	
	Ausnutzungsgrad (%)	Verweildauer (Tage)	Ausnutzungsgrad (%)	Verweildauer (Tage)
Weinsberg	86,2	51,7	89,6	53,6
Winnenden	101,2	55,0	96,6	57,5
Wiesloch	89,3	48,3	97,0	49,5
Calw-Hirsau	88,0	38,9	87,2	36,7
Emmendingen	89,1	68,3	90,9	67,2
Reichenau	103,1	80,6	104,8	79,5
Schussenried	86,2	53,3	85,2	48,5
Weißenu	103,3	60,5	103,7	62,2
Zwiefalten	84,7	55,7	97,8	48,9
Durchschnitt	92,3	56,9	94,7	55,9

Daten nach Anlagen 6 b, c und g der Stellungnahme SM

	1985		1986	
	Ausnutzungsgrad (%)	Verweildauer (Tage)	Ausnutzungsgrad (%)	Verweildauer (Tage)
KHG-Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Weinsberg	92,9	58,4	93,4	72,6
Calw-Hirsau	97,1	105,3	92,9	113,1
Weißenu	67,9	58,0	86,4	52,6
KHG-Bereich Neurologie				
Weinsberg	85,7	20,4	89,4	22,2
Winnenden	81,7	21,5	89,2	18,2
Calw-Hirsau	86,3	28,2	85,1	27,7
Weißenu	81,4	24,4	85,4	21,5
Suchtentwöhnung (Durchschnitt)	87,9	101,3	88,6	103,3

bb) Wirtschaftsplan

Die PLK sind selbständig wirtschaftende Landesbetriebe im Sinne von § 26 Landeshaushaltsordnung und haben einen Wirtschaftsplan nach folgendem Schema:

WIRTSCHAFTSPLAN

für die staatlichen Krankenhäuser als Landesbetriebe nach § 26 LHO

Erfolgsplan	
AUFWAND	ERTRAG
Pflegesatzfähige Betriebskosten – Personalkosten – Sachkosten	Pflegesatz-Einnahmen
Nichtpflegesatzfähige Betriebskosten (z. B. Nebenbetriebe)	Sonstige Einnahmen
Abschreibung (AfA)	Verlust des Erfolgsplans

Finanzplan	
GELDBEDARF	DECKUNGSMITTEL
Verlust des Erfolgsplans	Abschreibung (AfA)
Investitionen (Baumaßnahmen bis 500 000 DM) Fahrzeuge, Einrichtung und Ausstattung	Zuschuß des Landes

(Erfolgsplan entspricht in etwa der Gewinn- und Verlustrechnung nach Handelsrecht)

In der Vorbemerkung zu Titel 682 01 bis 682 12 des Kapitels 0930 im Staatshaushaltsplan für 1987/88 heißt es hierzu:

„Der Wirtschaftsplan für die Staatlichen Krankenhäuser gliedert sich in einen Erfolgs- und einen Finanzplan. Im Erfolgsplan wird – wie am Jahresende in der Gewinn- und Verlustrechnung – der Aufwand des betrieblichen Bereichs (Personal- und Sachkosten) der Ertragsseite, die im wesentlichen aus den Erträgen aus Pflegesätzen besteht, gegenübergestellt. Als Saldo verbleibt in der Regel ein Verlust, da auch Kosten für Abschreibung zu berücksichtigen sind.

Der Finanzplan ist eine Mittelherkunfts- und -verwendungsrechnung wie die Bilanz. Als Mittelbedarf werden die Unterdeckung aus dem Erfolgsplan (Verlust) sowie die Investitionen, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden, ausgewiesen. Nach Abzug der Abschreibungen als Deckungsmittel verbleibt als Saldo ein Zuschuß des Trägers (Land) an den jeweiligen Betrieb. Dieser stellt den Liquiditätsbedarf des Betriebes für ein Geschäftsjahr dar und enthält keine Aussage über die Wirtschaftlichkeit.“

cc) Betriebskosten

Der Staatshaushaltsplan basiert auf der für alle Krankenhäuser einschließlich der PLK geltenden dualen Finanzierung (vgl. z. B. § 4 Satz 1 KHG), wonach der Krankenhausträger grundsätzlich die Investitionen (siehe unter ee)) übernimmt, während Krankenkassen, Landeswohlfahrtsverband usw. als sogenannte Kostenträger durch kostendeckende Pflegesätze für die Betriebskosten aufkommen. Zu diesen Kosten des laufenden Betriebs

zählen insbesondere die Personalkosten (Stellungnahme SM, Seite 206). Die Krankenhäuser sind gehalten, Personalbesetzungen und Sachausgaben nur in dem Umfang zu veranlassen, wie im Rahmen der Pflegesatzeinnahmen (Budget) Mittel zur Verfügung stehen. Unter den Betriebskosten verbleiben jedoch Aufwendungen, die nicht pflegesatzfähig und deshalb vom Krankenhausträger zu übernehmen sind. Über diese Zuordnung zu pflegesatzfähigen Betriebskosten finden sich Einzelheiten der Abgrenzung in §§ 17 Abs. 4 KHG, 13 BpflV sowie in der sogenannten Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I Seite 2255).

dd) PLK-Zuschuß des Landes

(1) Um den Betriebsablauf der PLK und die Finanzierung der notwendigen Ausgaben zu sichern, muß das Land als Träger der PLK systemgemäß einen Zuschuß für die nichtpflegesatzfähigen Kosten leisten. Dieser Zuschuß ist im Kapitel 0930 des Staatshaushaltsplanes ausgewiesen und beträgt im Haushaltsjahr 1987 für die PLK 13 143 400 DM, die nach einer schriftlichen Auskunft des Sozialministeriums vom 16. September 1987 im wesentlichen aus folgenden Positionen gebildet werden:

- „– nicht nach KHG geförderte Investitionen 8 800 000 DM
(Baumaßnahmen bis 500 000 DM, Fahrzeuge, Einrichtungsgegenstände für den gesamten Krankenhausbereich, medizinisch-technische Geräte, Einrichtung der Krankenstationen, Gegenstände für den Versorgungsbereich)
- Unterdeckung der Personalwohnheime 2 900 000 DM
(die Unterkunftsentgelte sind tarifvertraglich festgelegt)
- Außenfürsorge 500 000 DM
(Die Außenfürsorge für ehemalige Patienten wird noch von einigen PLK wahrgenommen; sie wird schrittweise mit dem Aufbau der sozialpsychiatrischen Dienste verringert. Es handelt sich im wesentlichen um Personalkosten.)
- Aufwendungen für Lehre und
Forschung beim PLK Weißenau 825 000 DM
(im wesentlichen Personalkosten für zusätzliche Stellen beim PLK Weißenau als Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm)“

(2) Nach der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 sind diese Zuschüsse aus dem Einzelhaushalt des Sozialministeriums in Kapitel 0930 von 26,3 Millionen DM im Jahr 1979 auf 13,1 Millionen DM in 1987 (1988: 13,5 Millionen DM) gesunken. Nach Ansicht des Sozialministeriums seien in dem Maße, wie es gelungen sei, den Kostendeckungsgrad bei den Pflegesätzen in den letzten Jahren zu verbessern, die Zuschüsse gesunken (vgl. Stellungnahme SM, Seite 181). Nach Auffassung des SM werde den Krankenhäusern also nichts „weggenommen“ oder „gekürzt“, sondern es trete mit den Krankenkassen nur der richtige Kostenträger an die Stelle des Landes, das als Krankenhausträger letztlich die Verluste übernommen habe. Tatsächlich sei in den letzten Jahren das den Krankenhäusern zur Verfügung stehende Investitionsvolumen bei jährlichen Schwankungen im wesentlichen konstant geblieben.

Das Sozialministerium hat das System des Pflegesatzrechts auf seiner Seite, wenn es in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 (Seite 206) feststellt: „Zuschuß des Landes ist nicht zur Abdeckung von Betriebskosten bestimmt. Diese sind über kostendeckende Pflegesätze von Kostenträgern zu übernehmen. Zu den Betriebskosten gehören insbesondere die Personalkosten.“

(3) Deshalb unterliegt es allein einer politischen Entscheidung:

1. Soll der Personalbestand schneller aufgestockt werden als es in den Verhandlungen mit den Krankenkassen und den anderen Kostenträgern tatsächlich erreicht wird?

2. Falls ja: Inwieweit soll das Land die daraus entstehenden Betriebskostendefizite über eine Erhöhung des PLK-Zuschusses oder in sonstiger Weise decken?

Zu dieser Problematik heißt es in der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Seite 206) weiter:

„Eine teilweise Verlagerung der Betriebskosten auf das Land würde die gesetzliche Zuständigkeit verwischen. Sie könnte weitergehende Forderungen an die Kostenträger erschweren. Auch der Rechnungshof vertritt den Standpunkt, daß durch kostendeckende Pflegesätze der Kostendeckungsgrad der PLK zu verbessern ist (vergleiche Denkschrift 1984, Seite 96 und Drucksache 9/2796, Protokoll über die Sitzung des Landtags vom 24. April 1986, Seite 3918). Der Landtag hält ebenfalls die Übernahme der vollen Selbstkosten durch die Kostenträger für erforderlich“ (Drucksache 8/3927).

Es gibt allerdings keine Anhaltspunkte dafür, daß dem Landesrechnungshof seinerzeit der Personalbedarf im heutigen Umfang bekannt war.

Auch der Landtag hat keineswegs kategorisch kostendeckende Pflegesätze gefordert. Vielmehr heißt es in der zitierten Drucksache 9/2796 über die Beratung des Finanzausschusses vom 6. März 1986, Berichterstatter Ueltzhöffer „vertrat die Auffassung, es werde wohl noch einige Zeit dauern, bis man zu kostendeckenden Pflegesätzen für Pflegefälle und damit zu einer Reduzierung der Abmängel in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern kommen werde. Die Absicht, kostendeckende Pflegesätze zu erzielen, dürfe allerdings nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung führen. Entsprechende Befürchtungen seien ihm aus dem Sozialausschuß zu Ohren gekommen. Vielmehr müsse erreicht werden, daß die nach geltendem Recht leistungsfähigen Institutionen kostendeckende Pflegesätze bezahlen. . . . Der Ausschuß beschloß die vom Berichterstatter vorgeschlagene Empfehlung an das Plenum . . . einvernehmlich.“

Auch die Drucksache 8/3927 mit Beschlußempfehlungen des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung vom 28. April 1983 gibt keinen Anhaltspunkt dafür, daß der Ausschuß kostendeckende Pflegesätze um den Preis eines Mangelzustandes gefordert hätte.

Im Ergebnis ist die oben dargestellte sozialpolitische Entscheidung daher nicht präjudiziert.

ee) Investitionleistungen des Landes

Der PLK-Zuschuß aus dem Einzelhaushalt des Sozialministeriums darf nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr hat das Land im Kernbereich seiner finanziellen Zuständigkeit, der nach dem dualen Finanzierungssystem bei den Investitionen liegt (siehe oben, § 4 Satz 1 KHG), rund 1 Milliarde DM seit 1958 für Bauten und Einrichtung der PLK aufgewendet.

(1) So war der Landtagsbeschluß vom 25. November 1953 die Grundlage des im Jahre 1958 aufgestellten

„Aufbau- und Nachholprogrammes des Landes“ (siehe Abkürzungsverzeichnis).

Durch das „Aufbau- und Nachholprogramm des Landes“ haben die PLK nach der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Seite 174)

„baulich eine gute, teilweise optimale Einrichtungsstruktur und Bausubstanz erhalten. Es wurden die Voraussetzungen geschaffen, den Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes bessere Lebensbedingungen zu bieten und die Therapiemöglichkeiten zu erweitern. Die Belegung in den Krankengebäuden wurde aufgelockert, in breitem Umfang wurden Möglichkeiten der Arbeits- und Beschäftigungstherapie realisiert, Gemeinschaftseinrichtungen, wie zum Beispiel Patientencafés und Bibliotheken, wurden eingerichtet.

Das Land hat für diese Maßnahmen nahezu 900 Millionen DM aus dem Hochbauetat und zusätzlich allein in den Jahren von 1980 bis 1986 ca. 97 Millionen DM für Geräte, Einrichtung und kleinere Bau-maßnahmen aus Mitteln des Sozialministeriums investiert. . . .

Damit wurden bereits verwirklicht:

- Sanierung und Ausbau der Versorgungsbereiche
- Neubau von sieben Aufnahme- und Behandlungsgebäuden, darunter das 1985 fertiggestellte Aufnahme- und Behandlungszentrum im PLK Wiesloch mit einem Bauaufwand von rund 90 Millionen DM
- Auflockerung und Modernisierung des Bettenbestandes durch 28 neue Krankengebäude und durch Sanierung von Altbauten in erheblichem Umfang. In Neubauten wurden dabei rund 3 700 Betten geschaffen, über 2 000 Betten wurden generalsaniert.
- Neubau der Landeslinik Nordschwarzwald in Hirsau (Inbetriebnahme 1974)
- Schaffung von Gemeinschaftseinrichtungen und 27 Arbeitstherapiehallen im Rahmen des 1974 vom Landtag beschlossenen Sonderausbauprogrammes (Anm.: siehe Abkürzungsverzeichnis)
- Personalunterkünfte, Tages-, Nachtkliniken und Übergangseinrichtungen.

Diese Maßnahmen schaffen die Voraussetzungen für eine zeitgemäße Therapie. Sie bedeuten eine Verbesserung des therapeutischen Klimas.

Das Aufbau- und Nachholprogramm ist noch nicht abgeschlossen. In den nächsten Jahren stehen noch Maßnahmen in Höhe von ca. 171 Millionen DM heran, um den baulichen Erfordernissen der PLK gerecht zu werden. Bei diesem noch anstehenden Sanierungsprogramm handelt es sich um

- die Fortführung der Sanierung von Krankengebäuden; geschätzter Bauaufwand rund 89 Millionen DM
- den weiteren Ausbau von Gemeinschaftseinrichtungen; geschätzter Aufwand rund 35 Millionen DM sowie um
- die Erneuerung und Modernisierung von Wirtschafts- und Versorgungsbereichen; geschätzter Aufwand rund 74 Millionen DM.“ (Stellungnahme SM, Seite 176)

(2) Im Jahr 1987 leistet das Finanzministerium in Kapitel 1208 unter den Titeln 789 01 bis 789 58 weitere 33,4 Millionen DM für Baumaßnahmen ab 500 000 DM Gesamtbaukosten. Wegen Einzelheiten wird auf die schriftliche Auskunft des Sozialministeriums vom 16. September 1987 und seine Stellungnahme vom 10. August 1987 auf Seite 181 verwiesen.

(3) Welche Bedeutung die räumlichen Verhältnisse für Therapie- und Behandlungserfolg haben, wird unter II. a aa) darzulegen sein.

b) Besonderheiten

In den Grundzügen werden die bei den vier Patientengruppen anfallenden Kosten wie folgt finanziert.

aa) Krankenversorgung

Im sogenannten KHG-Bereich werden nach dem dualen System in § 4 KHG im Wege öffentlicher Förderung die Investitionskosten übernommen, zu denen die Erlöse aus den Pflegesätzen hinzutreten. Einzelheiten über die in den Pflegesätzen zu berücksichtigenden Kosten finden sich in § 17 KHG und in §§ 5 ff. der Bundespflegesatzverordnung. Nicht pflegesatzfähig sind danach unter anderem Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung.

Die Pflegesatzverhandlungen mit dem Kostenträger führt für den Krankenhausträger das Regierungspräsidium mit Unterstützung des Sozialministeriums. Außerdem ist jeweils die gesamte Krankenhausleitung unmittelbar an den Pflegesatzverhandlungen beteiligt. Die Krankenhausleitung gibt dem Personalrat vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen Gelegenheit, seine Wünsche für die Pflegesatzverhandlungen vorzutragen.

bb) Pflegefälle

Maßgebend ist die bereits dargestellte Pflegesatzvereinbarung vom Juli 1985 zwischen dem Sozialministerium und den Landeswohlfahrtsverbänden. Die vereinbarten Pflegesätze gelten unter anderem den Personalaufwand und Aufwendungen für die sächliche Instandhaltung und Instandsetzung ab. Außerdem werden erstmals nach näherer Maßgabe des § 5 Pflegesatzvereinbarung Aufwendungen für eine jährliche Abschreibung von 968 DM pro Bett im Jahr 1985 eingerechnet. Die darauf gerichteten Bemühungen des Sozialministeriums wurden unterstützt durch eine entsprechende Prüfungsanmerkung in der Denkschrift 1984 des Landesrechnungshofes auf Seite 98.

An den Verhandlungen mit den Landeswohlfahrtsverbänden über grundsätzliche Fragen der Pflegefälle ist seitens des Krankenhausträgers traditionell das SM beteiligt, während die örtlichen Pflegesatzverhandlungen grundsätzlich von dem Regierungspräsidium und der gesamten Krankenhausleitung geführt werden.

cc) Maßregelvollzug

Im sogenannten Maßregelvollzug für psychisch kranke Straftäter besteht die Besonderheit, daß das Land Baden-Württemberg nicht nur Träger, sondern zugleich auch Nutzer der Einrichtungen des Maßregelvollzugs und somit auch Kostenträger ist. Deshalb unterliegt es Bedenken, die Aufwendungen im Maßregelvollzug zu den „weiteren Zuwendungen“ (Schreiben des Sozialministeriums vom 16. September 1987) zu rechnen oder sie in das „Gesamtengagement des Landes für die PLK im Jahre 1986“ einzu beziehen (Stellungnahme SM, Seite 182).

Im Maßregelvollzug „wird ab 1983 von der Justizverwaltung (als alleinigem Kostenträger) der Abschreibungsanteil erstattet“ (Stellungnahme des Sozialministeriums vom 15. Dezember 1982 in Drucksache 8/3184, Seite 6).

Wie in den anderen Bereichen werden größere Bauvorhaben über 500 000 DM aus dem Etat des Finanzministeriums und die Bauvorhaben bis zu 500 000 DM sowie die Beschaffung von Einrichtungsgegenständen und Geräten aus dem PLK-Zuschuß des Sozialministeriums finanziert.

Die durch die Unterbringung entstehenden laufenden Kosten erstattet das Justizministerium über den Haushaltstitel 682 21 im Kapitel 0508. Jedes PLK stellt dazu der Staatsanwaltschaftschaft beim Oberlandesgericht als der zuständigen Justizverwaltung einen besonderen Pflegesatz für das PLK im Maßregelvollzug in Rechnung.

Zum Zustandekommen dieses Pflegesatzes hat das Sozialministerium mit Schreiben vom 28. September 1987 ausgeführt: „Dieser Pflegesatz wird auf Antrag des PLK vom Regierungspräsidium auf der Basis der für die Aufstellung des Staatshaushaltsplans maßgeblichen Eckdaten sowie der für den Behandlungsfallbereich auf Landesebene zwischen Krankenkassenseite und Krankenhauseite vereinbarten globalen Steigerungsraten (zum Beispiel für Sachkosten) festgelegt und dem Justizministerium mitgeteilt.“

Es ist sicher eine Wertungsfrage, inwieweit die maßgeblichen Eckdaten des Staatshaushaltsplanes ein sachgerechtes Kriterium bei der Festlegung der Pflegesätze sind.

dd) Suchtkranke

Für Suchtkranke werden die Pflegesätze in der Regel nicht mündlich verhandelt, sondern in einem schriftlichen Verfahren vereinbart. Dabei unterbreiten die PLK ihrem Regierungspräsidium begründete Vorschläge, auf deren Grundlage das Regierungspräsidium mit den Landesversicherungsanstalten und gegebenenfalls mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Pflegesätze vereinbart.

c) Pflegesätze

Im besonders wichtigen KHG-Bereich sind die durchschnittlichen Pflegesätze von 109,19 DM in 1979 auf 182,99 DM in 1987 gestiegen. In seiner Stellungnahme vom 10. August (Seite 181) weist das Sozialministerium darauf hin, daß das Pflegesatzniveau in Baden-Württemberg höher als im Bundesdurchschnitt liege und gibt für das Jahr 1984 149,68 DM in Baden-Württemberg und 134,18 DM im Bundesdurchschnitt an.

Der durchschnittliche Pflegesatz für Pflegefälle liegt im Jahr 1987 bei 112,50 DM, im Maßregelvollzug bei etwa 190 DM und für Suchtkranke zwischen 130 und 140 DM.

Nach Auskunft des für die Regierungsbezirke Freiburg und Tübingen zuständigen AOK-Landesverbandes Südwest, Lahr, liegt der Durchschnittspflegesatz des gesamten KHG-Bereiches unter Einschluß der Allgemeinen Krankenhäuser im Jahr 1987 bei 259,71 DM, was einer Steigerung von 4,88 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Der niedrigste Pflegesatz in 1987 beträgt 70,80 DM, der höchste 360,55 DM.

Zur Vergleichbarkeit der Pflegesätze hat der Geschäftsführer des für die Regierungsbezirke Stuttgart und Karlsruhe zuständigen Landesverbandes der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden, Roland Sing, mit Schreiben vom 18. August 1987 ausgeführt: „Abschließend erlaube ich mir den Hinweis, daß mit einem Pflegesatzvergleich keine sachgerechte Aussage über das Kosten-/Leistungs-Verhältnis zu erlangen ist. Insbesondere führt ein Vergleich der Pflegesätze der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit den Akutkrankenhäusern zu falschen Schlußfolgerungen. Die Kostensituation in Akutkrankenhäusern mit der gegebenen Breite und Tiefe des Leistungsspektrums ist natürlich völlig anders gelagert als die Kostenstruktur in psychiatrischen Einrichtungen.“

4. Personalentwicklung**a) Personalvermehrung**

Nach den Angaben des Sozialministeriums auf Seite 176 in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 ist folgende Personalentwicklung festzustellen:

„In zehn Jahren ist die Belegung um ein Sechstel zurückgegangen und das Personal um ein Sechstel gewachsen.

Von 1976 bis 1986 hat die Personalausstattung der PLK um 16,7 % von 4 380 auf 5 110 Kräfte zugenommen. Gleichzeitig ist die Belegung von 7 150 auf 5 966 Patienten um 16,6 % zurückgegangen. Dabei sind teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter auf „Vollkräfte“ umgerechnet. Maßgebend ist die tatsächliche Besetzung.

Die Belegung gibt an, wie viele Patienten in einem PLK tatsächlich stationär versorgt sind. Gemeint ist der Durchschnitt eines Jahres. Wegen der deutlichen Verringerung der Verweildauer (vergleiche Seite 178 der Stellungnahme des Sozialministeriums) ist die Gesamtzahl der Patienten und damit der belegten Betten geringer geworden, obwohl heute im Verlaufe eines Jahres mehr Kranke stationär aufgenommen werden als vor zehn Jahren. Deshalb ist das Verhältnis Personalvermehrung/Belegungsrückgang eine wichtige, wenn auch keine absolute Bezugsgröße.

b) Gegenläufige Entwicklungen

Hierzu hat das Sozialministerium in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 unter V auf Seite 177–179 ausgeführt:

- „Geringere Wochenarbeitszeit, Urlaubsvermehrung, arbeitsfreie Tage (Siehe II. 1 b aa (2))
- Überdurchschnittliche Ausfallzeiten wirken sich aus. (Siehe II. 1 b cc)

...

Das Sozialministerium zählt weitere gegenläufige Entwicklungen auf (Stellungnahme vom 10. August, Seite 178):

- „In zunehmendem Maße sind schwierigere Patienten zu versorgen.
Hier macht sich der Ausbau der außerstationären Versorgung bemerkbar. Außerdem erlauben die Fortschritte in der Therapie, daß ein Teil der Patienten alsbald wieder entlassen wird. Die chronisch und zunehmend multimorbiden Kranken bleiben dagegen länger und erfordern mehr Zuwendung von Arzt und Betreuer.
- Geringere Verweildauer macht zusätzliche Arbeit.“ (Siehe unter „Strukturwandel“ II. 1 a ee) (2))
- „Auch die steigende Zahl der Aufnahmen wirkt sich belastend aus.“ (Siehe unter „Strukturwandel“ II. 1 a ee) (3))

Resümierend wertet das Sozialministerium in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 (Seite 179):

„Insgesamt bleibt ein Fortschritt in der Personalausstattung. Trotz der aufgezeigten gegenläufigen Entwicklungen kann von einer Rückentwicklung auf den Stand früherer Jahrzehnte nicht gesprochen werden.

Im Gegenteil:

Die Stationen sind erheblich kleiner geworden. Gleichzeitig hat sich ihre Zahl in den letzten Jahren kaum verändert (vergleiche Anlage 3 zur Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August). Auf den Stationen steht folglich mehr Personal zur Verfügung. Dadurch ist die Betreuung des einzelnen Patienten – ausgedrückt in Pflegeminuten – gewachsen.“

Dem Untersuchungsausschuß liegen keine genauen Zahlen vor, inwieweit auch der Bedarf – ausgedrückt in Pflegeminuten – für die Versorgung der unstreitig schwieriger gewordenen Patienten in den PLK einschließlich der Qualitätssteigerung der Behandlung und der Therapie gewachsen ist.

Als weiteren Gesichtspunkt führt das Sozialministerium an, der Ausbau der stationären Funktionsdienste (zum Beispiel: Beschäftigungstherapeut, Krankengymnast, Masseur) wirke sich entlastend aus. Hierüber hat der Untersuchungsausschuß in der Sitzung vom 2. Juli Beweis erhoben, dessen Ergebnis im zweiten Teil unter II.1 a dd) dargestellt wird.

Schließlich weist das Sozialministerium darauf hin, daß die Qualität der Ausbildung steigt, was Chancen eröffne, die bei den Personaleinstellungen zunehmend stärker genutzt würden und noch mehr genutzt werden müßten. Damit ist freilich wenig über den bisherigen Ausbildungsstand gesagt, der unten (II. 1 b dd) (1)) näher darzulegen sein wird.

Abschließend heißt es zu diesem Thema in der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 auf Seite 179: „Die patientenwirksame Personalverbesserung läßt sich jedoch nicht exakt quantifizieren. Immerhin ist das Verhältnis Personal/Patient in zehn Jahren um 28,2 % günstiger geworden. Gegenläufige Entwicklungen haben diesen Fortschritt nur teilweise aufgehoben. Gleichwohl müssen die Bemühungen um mehr Personalstellen nachdrücklich fortgesetzt werden.“

Einzelne der angesprochenen Gesichtspunkte werden im zweiten Teil unter II vertieft werden. Insgesamt bleibt es im wesentlichen der Beweiswürdigung überlassen,

- ob insgesamt ein Fortschritt in der Personalausstattung bleibt
- und wie hoch gegebenenfalls dieser Fortschritt gemessen an der Gesamtentwicklung ist.

c) Personalschlüssel und -bedarf

Oben unter I. 1 a wurden im Abschnitt über die Wirtschaftlichkeitsrichtlinien die verschiedenen Anhaltszahlen erläutert:

- die noch geltenden Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969, fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche, „DKG 69“
- die nach den Wirtschaftlichkeitsrichtlinien im Einzelfall auf ihre Anwendbarkeit zu prüfenden Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
- die DKG-Anhaltszahlen von 1985

Zu seinen politischen Zielen hat das Sozialministerium hinsichtlich der Anhaltszahlen in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 (im folgenden abgekürzt: Stellungnahme – SM, Seite 180) ausgeführt:

„Ziel ist eine Annäherung an die neuen Anhaltszahlen 1985. Diese von der Deutschen Krankenhausgesellschaft geforderten neuen Werte sind von den Kassen bisher noch nicht anerkannt worden. Das Sozialministerium bemüht sich nachhaltig um eine Übernahme der neuen Zahlen. Es strebt hierfür einen mehrjährigen Stufenplan mit den Krankenkassen an“ (Seite 180).

An anderer Stelle relativiert das Sozialministerium (Seite 204):

„Im Land strebt das Sozialministerium Stufenpläne an. Seine Bemühungen sind darauf gerichtet, in Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden einen weiteren Stellenausbau zu erreichen, der den neuen medizinischen Erkenntnissen im Behandlungsbereich stärker gerecht wird.“

...

„Ein Stufenplan auf Landesebene sollte durch Stufenpläne der einzelnen PLK ausgefüllt werden. Der Zeithorizont sollte dabei vier Jahre nicht überschreiten. Das Sozialministerium setzt auf das Verständnis und die Flexibilität der Krankenkassen“ (Seite 205).

„Die neuen Anhaltszahlen von 1985 der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Personalbemessung in der Psychiatrie werden von den Krankenkassen als Kostenträger nicht anerkannt. Notwendig wären gemeinsame Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Kostenträger nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz“ (Seite 204).

Die vom Sozialministerium für „notwendig“ erachteten gemeinsamen Empfehlungen wären jedenfalls äußerst hilfreich. Es bleibt indessen zu fragen,

- wie lange es dauern wird, bis diese Bemühungen zum Erfolg führen können
- ob diese Zeit unter Berücksichtigung der Erfolgsaussichten der bisherigen Anstrengungen „abgewartet“ werden kann oder
- ob hier zusätzliche kostenwirksame Entscheidungen getroffen werden sollen.

Das Sozialministerium hat sich hierzu geäußert:

„Der Ausgang dieser Bemühungen, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, der das Sozialmini-

sterium als Mitglied angehört, nachdrücklich unterstützt werden, ist abzuwarten. Das Sozialministerium unterstützt die Bemühungen um eine bundesweite Übereinkunft nachdrücklich. Es wird hierauf in der Gesundheitsministerkonferenz hinwirken.

Die neuen Anhaltszahlen können nicht in einem Anlauf verwirklicht werden. Dies ist auch die Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Auch sie tritt deshalb für einen Stufenplan ein, der bis Ende dieses Jahrzehnts umgesetzt sein soll. So geht die Deutsche Krankenhausgesellschaft zum Beispiel für Nordrhein-Westfalen von einem zusätzlichen Personalbedarf von 2 000 Stellen aus, der nur langfristig abgedeckt werden könne. Das Sozialministerium teilt diese realistische Beurteilung.“

- aa) Die PLK haben den Nachholbedarf auf der Grundlage der DKG-Vorschläge 1985 im Jahre 1986 nach der Stellungnahme SM (Seite 205) wie folgt ermittelt:

	errech- neter Bedarf 1	von Kosten- träger bisher anerkannt 2	Differenz (Stellen) 3	% zu 2 4
Ärzte	319,0	253,8	- 65,2	- 25,7
Psychologen	81,4	38,2	- 43,2	- 113,1
Ärzte und Psychologen	400,4	292,0	- 108,4	- 37,1
Sozialdienst übriger therap. Dienst	72,4	54,5	- 17,9	- 32,8
Stationshilfen Pflegedienst	145,3	160,3	+ 15,0	+ 9,4
PflegeD. + übriger therap. Dienst	208,6	177,5	- 31,1	- 17,5
alle Gruppen zusammen	2 131,0	1 646,7	- 484,3	- 29,4
	2 276,3	1 807,0	- 469,3	- 25,9
	2 957,7	2 331,0	- 626,7	- 26,89

Allein für den therapeutischen (KHG) Bereich der sogenannten Behandlungsfälle führen die DKG-Vorschläge von 1985 also zu einem Gesamtmehrbedarf im Jahr 1986 von rund 630 Stellen (ca. 27 %). Hiervon müssen die Personalfortschritte des Jahres 1987 abgezogen werden, die sich nach Auskunft des Sozialministeriums für das Jahr 1987 im KHG-Bereich auf 130 Stellen belaufen.

Der Anlage 7 zur Stellungnahme SM kann der errechnete Personalbedarf aufgliedert nach den einzelnen PLK entnommen werden.

- bb) Personalbedarf für sogenannte Pflegefälle.

Die in der Pflegesatzvereinbarung für 1985 vereinbarten Personalschlüssel wurden im Pflegebereich verwirklicht (Auskunft des Sozialministeriums P 4/35). Auf der Grundlage dieser Schlüssel haben die Landeswohlfahrtsverbände insgesamt zusätzlich 32,5 Stellen anerkannt (Schreiben des Sozialministeriums vom 10. September 1987, Seite 4). Es gibt deshalb derzeit keine veränderten Personalforderungen der PLK oder des Sozialministeriums gegenüber den Landeswohlfahrtsverbänden (P 4/35). Das Sozialministerium hat allerdings erklärt, daß die bisher erreichten Verbesserungen „noch keineswegs ausreichend“ seien (P 4/12). Die Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern sehen allerdings keinen akuten allgemeinen Personalbedarf (P 5/324).

Über Einzelheiten wird unten unter II. 5. berichtet.

cc) Personalbedarf im Maßregelvollzug

Wie dem Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987 unter II zu entnehmen ist, wurde Mitte 1985 unter Vorsitz des Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe eingesetzt, in der als Sachverständige vertreten waren:

- der jetzige Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund beim PLK Wiesloch, Dr. Baljer
- der Leiter des Funktionsbereiches Sucht des PLK Weinsberg, Dipl. Psychologe Dr. Andritsch
- der Bereichsleiter für den Pflegedienst im forensischen Bereich des PLK Weinsberg, Oberpfleger Kutterer
- der Bereichsleiter für den Pflegedienst in der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund des PLK Wiesloch, Pflegevorsteher Kübler

Die Arbeitsgruppe sollte ein Personalkonzept für den Maßregelvollzug als Grundlage für landeseinheitliche Personalschlüssel erarbeiten. Weder in dem damals bekannten Entwurf der DKG-Anhaltszahlen 1985 noch in deren Endfassung wurden für forensische Stationen Personalschlüssel ausgewiesen. Da auch bundeseinheitliche Personalschlüssel bis heute fehlen, konnte die Arbeitsgruppe lediglich auf die Personalbedarfsermittlungen des „Arbeitskreises der öffentliche Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (N. Bergener u. a.)“, einer Arbeitsgruppe der „Bundesdirektorenkonferenz“, sowie auf wenig vollständiges Material einer Länderumfrage zurückgreifen.

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurde im Oktober 1985 eine Erhebung veranlaßt. Diese Personalbedarfsermittlung weist für die einzelnen Personalbereiche die Zahl der vorhandenen Kräfte (Ist) und die Zahl der nach den Schlüsseln der Arbeitsgruppe erforderlichen Kräfte (Soll) aus:

Ist:	332,1 Stellen
Soll:	566,7 Stellen
Differenz:	234,6 Stellen.

Die Einzelergebnisse dieser Erhebung können der Anlage 2 zu dem Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987 entnommen werden.

Da die Haushaltsmittel für den Maßregelvollzug im Einzelplan 05 des Justizministeriums veranschlagt sind, hat das Sozialministerium mit Schreiben vom 6. Dezember 1985 „dem Justizministerium seine Vorstellungen über Verbesserungen der personellen Besetzung im Maßregelvollzug übermittelt (Anlage 3 zum Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987). Sie legen eine wünschenswerte Personalbesetzung zugrunde, die in einer nur langfristig erreichbaren Endstufe jährlich zusätzlich 12,5 Millionen DM (Anm.: bezogen auf das Jahr 1986, vergleiche Schreiben des Sozialministeriums vom 6. Dezember 1985, Seite 5) kosten würde.

Um gleichwohl konkrete Verbesserungen zu erzielen, hat das Sozialministerium in einer Besprechung am 20. Januar 1986 dem Justizministerium neben der allgemeinen Haushaltssteigerung von 4 % einen Zuschlag von 3 % je Jahr für die Psychiatrische Krankenanstalt Kirchgrund wegen der dort untergebrachten besonders schwierigen Patienten und einen Zuschlag von 2 % je Jahr für die übrigen PLK vorgeschlagen. Dies hätte zu einem Jahresaufwand 1987 in Höhe von 34,65 Millionen DM (gegenüber einem Haushalts-Soll von 33,8 Millionen DM) geführt.

Das Justizministerium billigte grundsätzlich das Ausbaukonzept des Sozialministeriums, es hat jedoch auf seine Einbindung in die Eckdaten der Mittelfristigen Finanzplanung verwiesen und eine Aufstockung des Maßregelvollzugsbereiches zu Lasten des Strafvollzugs nicht für vertretbar erachtet. Eine endgültige Aussage sollte nach Abschluß der Planbesprechungen des Justizministeriums mit dem Finanzministerium für die Haus-

haltsjahre 1987 und 1988 im Rahmen des Einzelplanes 05 getroffen werden ...“ (Ende des Auszugs aus dem Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987).

Von den 234 zu schaffenden Stellen konnten in einem ersten Schritt 8 Stellen für den Pflegedienst für 1987 im Staatshaushaltsplan – allerdings mit Sperrvermerken – ausgebracht werden. (Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987). Mit Wirkung vom 1. August 1987 wurden die Sperrvermerke für die drei Stellen am PLK Weinsberg und fünf Stellen am PLK Wiesloch im Pflegedienst des Maßregelvollzugs aufgehoben.

Im Ergebnis bleibt daher ein vom Sozialministerium errechneter Bedarf von 226 Stellen für den Maßregelvollzug.

dd) Suchtkranke

Hier liegen dem Untersuchungsausschuß keine Daten zum Personalbedarf vor; dieser Bereich fällt zahlenmäßig auch weniger ins Gewicht: Insgesamt 391 Patienten, 103,3 Verweiltage durchschnittlich und 125/117 Betten in 1986/87 (Anlage 6 g zur Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987).

d) Haltung der Krankenkassen und der anderen Kostenträger

aa) Kostenträger Behandlungsfälle

Aus der Stellungnahme SM (Seite 204):

„Fortschritten auf Landesebene sind trotz der nachhaltigen Bemühungen Grenzen gesetzt. Die neuen Anhaltszahlen von 1985 der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Personalbemessung in der Psychiatrie werden von den Krankenkassen als Kostenträgern nicht anerkannt ...

Die Krankenkassen haben ein Gutachten zu den Anhaltszahlen 1985 vorgelegt. Ihre Spitzenverbände haben bereits im Juli 1986 ein Gutachten zum Thema „Analyse der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie vom 10. Dezember 1985“ an das Krankenhaus-Beratungs-Institut Zürich AG in Auftrag gegeben. Dieses Institut kommt zu dem Ergebnis, daß die Anwendung des von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagenen Konzepts Mehrkosten von rund 43 % und einen personellen Mehrbedarf von 35 % bewirken würde.“

Die Beweisaufnahme hat zur Haltung der Krankenkassen und der anderen Kostenträger folgendes ergeben.

Auf die Frage

„Anerkennen Sie den Nachholbedarf der PLK? ... Anerkennen Sie die Veränderungen, und wollen Sie mehr therapieren, um von der Verwahrung wegzukommen?“ (Protokoll 3/70, im folgenden abgekürzt „P“)

hat der Zeuge Dieter Ohnmacht, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Südwest in Lahr, geantwortet: „Grundsätzlich haben wir ja mehr, als die generelle politische Vorgabe ist, bei den PLK, bei den meisten akzeptiert. Ich darf die 13,6 (Anm.: prozentuale Steigerung des Budgets) nehmen bei Emmendingen. Das ist weit über der sogenannten Grundlohnsumme, die ja auch von der Konzertierte Aktion (Anm.: im Gesundheitswesen) heraus als Vorgabe besteht.“

Aber man muß das von Haus zu Haus sehr individuell sehen. Denn auch die Pflegesätze sind sehr unterschiedlich hoch. Ich möchte heute nicht ausschließen, daß wir auch in künftigen Verhandlungen einen Mehrbedarf akzeptieren.“ (P 3/70)

Soweit es um den Abbau unterschiedlicher Versorgungsgrade in den einzelnen PLK ging, führte der Referent für das Krankenhauswesen beim AOK-Landesverband Südwest in Lahr, Dipl. Volkswirt Ulrich Steidlinger, aus, daß „unsere Aufgabe darin besteht, im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen einen solchen Interessenausgleich herbeizuführen. Das zeigt sich auch immer wieder aus den Abschlüssen, daß wir über die eigentliche Steigerung hinaus zusätzliche Kosten berücksichtigen. In welchem Umfang das ist, hängt natürlich jeweils vom Einzelfall ab.“ (P 3/87)

Soweit es aber nicht mehr um den Abbau von Versorgungsunterschieden, sondern um die weitergehende grundsätzliche Frage der Kriterien ging, erklärte der Zeuge Steidlinger: „Das ist in der Tat das größte Problem. Da finden auch auf Bundesebene Gespräche statt. Hier findet ein ständiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt, und man versucht eben, dieser Situation gerecht zu werden.“

Und im übrigen ist es so, daß man sagen kann: Die 69er Anhaltszahlen finden (Anm.: Anwendung) oder werden in der Praxis in aller Regel überschritten.“ (P 3/87)

Zur Frage, ob es inhaltliche Kriterien gibt, meinte der Zeuge Steidlinger: „Es gibt Kriterien; aber die Frage ist natürlich die, ob diese Kriterien die richtigen sind. Es gibt verschiedene Kriterien und man versucht eben, diese Situation ständig zu verbessern.“ (P 3/88)

Auf die Frage nach den Ausgaben der AOK für die Landeskrankenhäuser in bezug auf sämtliche Krankenhäuser und in bezug auf das Gesamtbudget der AOK erklärte der Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden in Stuttgart, Roland Sing, die AOK Württemberg-Baden habe für das Jahr 1986 im Krankenhausbereich Gesamtkosten von 1,8 Milliarden DM. Die zusammengezählten Budgets der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in seinem Bereich kämen auf etwa 110 Millionen DM.

Anteilsberechnungen könne die Krankenkasse allerdings nicht akzeptieren, denn damit müßten die Krankenkassen seit ihrem Bestehen leben, daß der Partner darauf verweise, daß er nur einen geringen Teil aus der Krankenversicherung für sich beanspruche, der die Krankenkasse nicht in Schwierigkeiten bringen könne. Aus diesem Grunde, erklärte der Zeuge Sing, sei es die Aufgabe, die auch er als Geschäftsführer sehe: „Das oberste Ziel, das wir haben, das ist die Sicherung der Beitragsstabilität. Und das heißt auch eine kostenorientierte Ausgabenpolitik, auch auf die Krankenhäuser.“ (P 3/109)

Auf Frage, warum die AOK die Forderungen der PLK nicht als vollberechtigt ansehe, erwiderte der Zeuge Sing, die Krankenhäuser legten generell einen Kosten- und Leistungsnachweis vor. Der Gesetzgeber habe den Krankenkassen bewußt die Möglichkeit eingeräumt, solche Kosten im Einzelfall zu prüfen und darüber zu sprechen. Die Erfahrung zeige, daß die aufgestellten Kosten nicht immer den tatsächlich notwendigen wirtschaftlichen Verhältnissen entsprächen (P 3/110). Deshalb stelle die Krankenkasse bei jedem Krankenhausträger die Berechtigung der geltend gemachten Kosten zunächst in Frage. Das sähen sie auch als ihre Aufgabe. Wenn es anders wäre, würde es genügen, die Kosten dem Regierungspräsidium zur Verfügung zu stellen, das dann die Preise einseitig festsetze. Der Zeuge Sing verwies ferner auf den pflegesatzrechtlichen Begriff der vorauskalkulierten Selbstkosten nach § 4 Bundespflegesatzverordnung, der bewußt etwas anderes sei, als echte Selbstkosten.

Zur Frage der DKG-Anhaltswerte 1985 erklärte der Zeuge Sing: „Wir haben uns hier bundeseinheitlich verständigt als AOK-Gemeinschaft und haben auch eine Position und lehnen die dort auf den Tisch gelegten Anhaltszahlen als nicht berechtigt ab. Wir haben auch hier das KBI (Anm.: Krankenhaus-Beratungs-Institut in Zürich) als Gutachter eingesetzt. Und wir gehen davon aus, daß wir mit den Anhaltszahlen, die hochgerechnet sind – die Basis ist noch immer 69 von der Deutschen Krankenhausesell-

schaft – daß wir in diesem Rahmen dann auch die Verhandlungen führen.“ (P 3/111)

Zur Frage, wie dann Veränderungen und die medizinische Entwicklung berücksichtigt würden, sagte der Zeuge Sing: „... nach dem Gesetz – und nach dem Gesetz handeln wir auch – haben wir mit dem Krankenhausträger über die Leistungsfähigkeit genauso zu verhandeln wie über die Kostensituation. ... Aber ich sage ausdrücklich: Wir gehen nicht so einseitig vor, daß wir nicht auch über die Leistungsfähigkeit diskutieren. Aber damit kein falscher Eindruck entsteht: Wir diskutieren also natürlich auch über eine Begrenzung der Leistungsfähigkeit. Denn wir brauchten sonst ein abgestuftes Krankenhausversorgungssystem gar nicht mehr auf die Beine zu stellen“. ... und „morgen wäre alles in der Zentralversorgung bzw. in der Maximalversorgung. Und dasselbe gilt analog für unsere Haltung zu den Psychiatrischen Landeskliniken“. (P 3/113)

bb) Kostenträger Pflegefallbereich:

Die Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern haben in der Beweisaufnahme vom 22. September 1987 erklärt, daß sie die 1985 mit dem Land abgeschlossene Pflegesatzvereinbarung und den erarbeiteten Kriterienkatalog für richtig und in der Praxis bewährt halten. Sie sehen insgesamt keinen allgemeinen Nachholbedarf, sind aber aufgeschlossen für Einzelfälle und strukturelle Verbesserungen bei der Wiedereingliederung in das Berufs- und Alltagsleben. Näheres wird unten unter II Nr. 5 dargestellt.

cc) Kostenträger Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug erkennen Sozialministerium und Justizministerium wie oben unter 4. c ausgeführt einen jetzt noch offenen Bedarf von 226 Stellen als sachlich begründet an. Als Kostenträger hat das Justizministerium jedoch mit Schreiben vom 21. September 1987 auf die Grenzen durch den Haushalt verwiesen: „... Seit 1984 konnten die Mittel im Jahresdurchschnitt doppelt so stark erhöht werden, als dies bei den übrigen Titeln des Kapitels 0508 – Strafvollzug – möglich war. Eine noch stärkere überproportionale Erhöhung der Mittel für die Unterbringung hätte eine Vernachlässigung der Aufgaben des Strafvollzuges bedeutet und wäre deshalb nicht verantwortbar gewesen. ... Für die Höhe des Tagessatzes ... vertraut das Justizministerium auf die Sachkunde des Sozialressorts; es hat deshalb auch noch nie eine Pflegesatzerhöhung mit der Begründung abgelehnt, sie sei sachlich nicht gerechtfertigt.“

Ein wesentlicher Unterschied des Maßregelvollzugs zum sogenannten Behandlungsbereich besteht also darin, daß ein erheblicher Nachholbedarf von den sachlich verantwortlichen Ressorts anerkannt wird, während er für Behandlungsfälle zum Beispiel bei den DKG-Anhaltszahlen 1985 auch sachlich umstritten ist.

II. Zu den einzelnen Untersuchungsthemen

1. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, ob und gegebenenfalls welche Strukturen und Rahmenbedingungen eine fachgerechte und humane Behandlung und Versorgung psychisch Kranker in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern behindern.“

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Probleme der PLK und daraus entstehende Folgen dargestellt. Ob diese Probleme eine „fachgerechte und humane Versorgung“ behindern, ist ausschließlich eine Frage der Beweiswürdigung und deshalb unten unter III zu beantworten.

a) Strukturwandel

Der in den letzten zehn Jahren eingetretene Strukturwandel hat die PLK teils entlastet, teils belastet.

aa) Aufbau- und Nachholprogramm

Entlastend wirken sich die geschilderten Baumaßnahmen aus dem „Aufbau- und Nachholprogramm“ des Landes aus: kürzere Wege, geringere Betriebskosten durch Energieeinsparung, Verbesserung des therapeutischen Klimas durch großzügigere und moderne Räumlichkeiten, Patientencafés usw.

Prof. Dr. Dr. Wolfram Schmitt, Leiter des Zentrums für Psychologische Medizin in Saarbrücken, hat bei seiner Anhörung als Sachverständiger in der 5. Sitzung des Untersuchungsausschusses dazu Stellung genommen:

„...; wobei also nicht nur Faktoren wie Personalmangel oder Vorhandensein von Personal eine Rolle spielen, sondern überhaupt die Räume. Milieutherapeutische Faktoren sind entscheidend. Das Milieu, die Atmosphäre in der Psychiatrie ist also außerordentlich wichtig. Und die Atmosphäre wird natürlich vom Personal getragen, ist aber nicht nur eine Frage der Zahl des Personals; ... , aber natürlich auch eine Frage der Räume, der Größe der Räume, eine Frage: Wie viele Patienten sind in einem Zimmer ...

Denn ich würde sagen: Wenn eine Station zu klein ist und eine gewisse räumliche Not entsteht, wachsen die Spannungen. Dadurch kommt es auch zu einer zusätzlichen Reizüberflutung der ohnehin erregten Kranken. So daß also durch räumlich enge oder ungute Verhältnisse auf jeden Fall ein ungünstiger Einfluß auf den akut kranken Patienten ausgeübt wird, ...“ (Protokoll 5/193).

bb) Belegungsrückgang

Oben unter I. 4 a wurde dargelegt, daß die durchschnittliche Belegung der PLK von 7 150 Patienten im Jahr 1976 um 16,6 % auf 5 966 Patienten im Jahr 1986 zurückgegangen ist. In der erst seit 1974/75 bestehenden Landeslinik Nordschwarzwald in Calw-Hirsau nahm die Belegung von 1979 bis 1986 von 371 Patienten um 19 % auf 441 Patienten zu. Dies ist, wie die einzelnen Daten für die anderen PLK, der Anlage 1 zur Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 zu entnehmen.

Ursache des Belegungsrückganges ist nicht etwa eine Abnahme der psychischen Erkrankungen, von der im Hinblick auf die 1976 bis 1986 um 34 % gestiegene Zahl der Aufnahmen auch nicht gesprochen werden könnte, sondern der Ausbau der außerstationären Versorgung in Verbindung mit der nachhaltigen Verkürzung der Verweildauer (vergleiche Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August, Seite 176). Der Belegungsrückgang mündete in einen nachhaltigen Bettenabbau, wie er unter II. 8 näher darzustellen ist.

Der Untersuchungsausschuß hat in seiner 3. Sitzung am 2. Juli 1987 Beweis erhoben darüber, daß

„eine Entlastung der Betreuungssituation durch Belegungsrückgänge eingetreten ist.“

Die in der 3. Sitzung des Untersuchungsausschusses am 2. Juli als Zeuge vernommenen Mitarbeiter der PLK äußerten sich wie folgt:

Winnenden:

Ausweislich des Jahresberichtes 1986 auf Seite 42 sind bei einer vergleichsweise überdurchschnittlich hohen Gesamt-Durchschnittsbelegung von 97,69 % die Funktionsbereiche Akutpsychiatrie (102,5 %), forensische Psychiatrie (100 %) und Rehabilitation (104,5 %) überbelegt. Bei dieser in Einzelfällen bis zu 115 % gehenden „chronischen“ Überbelegung (Ärztlicher Direktor Dr. von Maltzahn im Jahresbericht 1986, Seite 1 und am 2. Juli vor dem Untersuchungsausschuß, P 3/20) stehen die Mitarbeiter mehr unter dem Eindruck dieser Überlegung, als daß sie eine Entlastung durch den „statistisch nachweisbaren“ Belegungsrückgang (Pflegedienstleiter Uphal am 2. Juli, P 3/50) spüren. Der Zeuge Uphal bestätigte aber „eindeutig“, daß die Pflegeminuten je Patient in den letzten zehn Jahren gewachsen seien (P 3/52). Das PLK Winnenden hatte nach Aussage des Verwaltungsdirektors Kaltenbach (P 3/33) in den zehn Jahren von 1976 bis 1986 einen Belegungsrückgang um 3,43 %. Im Ergebnis war es die einhellige Beurteilung der Krankenhausleitung in Winnenden, daß eine Entlastung durch Belegungsrückgang eingetreten sei (P 3/35, 52), aber „überkompensiert“ (Verwaltungsdirektor Kaltenbach, P 3/35) werde durch folgende Faktoren:

- steigende Aufnahmen (P 3/23, 3/40, 3/50)
- eine Änderung der Patientenstruktur (im einzelnen siehe unten; P 3/21, 23, 34, 35, 51, 54)
- örtliche Besonderheiten, zum Beispiel die Versorgung von langverweilenden Patienten aus Stuttgart (Ärztlicher Direktor von Maltzahn P 3/23)

Emendungen:

Der Ärztliche Direktor Dr. Krzepinski verweist ebenfalls auf die heute schwierigeren Patienten (P 3/119). Auch seien die Ansprüche an die Therapie gestiegen. Insgesamt bringe der Belegungsrückgang keine Entlastung (P 3/118).

Auf die Frage, ob im Hinblick auf den Personalzuwachs und den Belegungsrückgang das PLK nicht doch die Chance habe, dem einzelnen Patienten eine größere Pflegezeit des Pflegepersonals zuzuwenden, antwortete der Ärztliche Direktor Dr. Krzepinski:

„Ich befürchte, daß das nicht so der Fall ist. Natürlich, besser als vor vielleicht 25 Jahren – aber gemessen an den Anforderungen, die heute zu stellen sind an die Qualität psychiatrischer Versorgung, reicht das nicht aus.“

Pflegedienstleiter Sauer verneinte ebenfalls eine Entlastung aufgrund des Belegungsrückganges und verwies darauf, daß man nicht „auf einen Schlag“ eine oder zwei Stationen habe schließen können. Vielmehr seien die Stationen früher „maßlos überfüllt“ gewesen, so daß es auf den einzelnen Stationen zu einer Bettenreduzierung und zu „einer vermehrten Präsenz eben den Patienten gegenüber“ gekommen sei, „aber eine wesentliche Entlastung war es für den Gesamtstand des Personals nicht“. (P 3/145)

Der Ärztliche Direktor Dr. Krzepinski erklärte, der Belegungsrückgang wirke sich nachteilig aus, weil bei abnehmender Belegung auch die Pflegesätze sanken, was finanzielle Einbußen bringe (P 3/119). Offensichtlich

meinte der Zeuge mit dieser Aussage, daß die Einnahmen aus den Pflegesätzen sinken. So erklärte der Zeuge Weidner, Verwaltungsdirektor beim PLK Emmendingen: „Durch den Rückgang der Belegungszahlen ergibt sich nur augenblicklich eine Entlastung des Pflegepersonals. Denn der Rückgang der Belegungszahlen bringt ja zwangsläufig einen Rückgang der Pflegesatzeinnahmen mit sich. Und die müßten dann sofort kompensiert werden dadurch, daß man durch Ausnutzung der Fluktuation die Pflegerzahl reduziert. Denn Mindereinnahmen bedingen ja auch Minderausgaben, es sei denn, man würde das voll in den Zuschuß des Landes einlaufen lassen.“

Weiß enau:

Die Belegung ist besonders stark zurückgegangen: von 968 Patienten in 1970 auf 577 Patienten in 1986 um 40 % (Anlage 1 h zur Stellungnahme SM). Hierzu erklärte der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Hole: „Das würde sich dann positiv auswirken, wenn wir die gleichen Stationsgrößen hätten, nicht Zunahme an Aufnahmeziffern, nicht Zunahme von Schweregrad von Patienten und nicht unter dem Druck ständen, die politisch gewollte Verkürzung der Verweildauer zu realisieren. Es ist also der Aufwand pro Einzelpatient aus ganz verschiedenen Mechanismen größer geworden . . .“ (P 3/176).

Verwaltungsdirektor Gessler meinte: „Die Belegung spielt rein nach den Zahlen natürlich eine Rolle. Auch Zahlen sind relativ. Wir haben ja seit meiner Amtszeit etwa 450 Patienten . . . in Pflegeheime verlegt. . . Wie relativ die Dinge sind: Damit haben wir auch etwa 200 Arbeitskräfte verlegt, die nichts gekostet haben“ (P 3/187 f.).

Bad Schussenried:

Verwaltungsdirektor Weber sah „vielleicht optisch eine Entlastung, . . . aber in der Praxis mit Sicherheit nicht“ und verwies auf steigende Aufnahmen, intensiver und schwieriger zu behandelnde Patienten sowie neugeschaffene Stationen. Und vorher habe es ja die Großstationen mit „40 und mehr“ Patienten gegeben (P 3/190).

Pflegedienstleiterin Lerch meinte, es wirke sich weniger aus, ob auf einer Station mit 20 Patienten vier wegfielen, als daß es darauf ankäme, wie die Station generell besetzt sei (P 3/198).

Fazit:

Auch wenn einzelne Zeugen es nicht eindeutig erklärt haben, ist es doch klar herausgekommen: Eine Entlastungswirkung ist zunächst insoweit eingetreten, als mehr Pflegeminuten für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehen.

Nach Auffassung der Praktiker wurde diese Entlastung aber überkompensiert durch die angesprochenen Faktoren, die noch im einzelnen darzustellen sind. Vor allem ist der Pflegebedarf gestiegen.

Der Belegungsrückgang mündete in einen nachhaltigen Bettenabbau, wie unter II. 8 näher auszuführen sein wird.

cc) Verkleinerung der Stationen

Im Ansatz entlastet es die Pflegestation, daß die Stationen „insbesondere seit der Umstrukturierung 1984“ (Zeuge Dengler P 5/129) verkleinert wurden,

- nachdem „in früheren Jahren die Stationen so maßlos überfüllt waren mit 40, 50, 60 Betten und noch mehr“ (Pflegedienstleiter Sauer 3/145),
- „von den Schlangengruben, von diesen riesengroßen Stationen, die nicht mehr handhabbar sind, wo man keine therapeutische, schon gar keine psychotherapeutische Aktivität entfalten kann“ (Prof. Dr. Hole

5/16), zu differenzierten Stationen mit meistens 25–35 Betten (Anlage 4 zur Stellungnahme SM).

Diese Entlastungswirkung relativiert sich aber im Hinblick auf den Ausgangspunkt nach Krieg und Nationalsozialismus: In den fünfziger Jahren galt es, wie das Sozialministerium auf Seite 171 der Stellungnahme SM ausführt, „überhaupt eine ausreichende und menschenwürdige Grundversorgung sicherzustellen („Aufbau- und Nachholprogramm“).“

Erst die Verkleinerung der Stationen hat die Abkehr von der früheren „Verwahrspsychiatrie“ zur heutigen Psychiatrie ermöglicht, die auf Behandlung und Heilung ausgerichtet und entsprechend personalintensiv ist:

Es macht schon einen Unterschied, ob der Pfleger einen Greis im Rahmen „aktivierender Pflege“ ermuntert, seine Suppe selbst zu löffeln, ob er dazu die Zeit und Geduld aufbringt, wenn „Opa“ mit zitteriger Hand etwas verschüttet – oder ob er ihn kurzerhand füttert.

Nach Angaben von Prof. Dr. Hole ist von maßgebender Bedeutung, „daß die Anhaltzahlen 1969 damals, als sie festgelegt wurden, sowohl für Ärzte, andere Mitarbeitergruppen und Pflegepersonal im Jahr 1969 die Festschreibung eines Mangelzustands einer reinen Verwahrspsychiatrie waren. Es gab da große Stationen, zum Teil 40, 50, 60, 70 Patienten. Und für diese Stationen war das damals eine Festlegung: ‚Was braucht es, um diese Patienten einigermaßen zu betreuen?‘ Da fand keine Individualbetreuung statt; Therapie im eigentlichen Sinn auch nicht. Und nun hatten wir seither einen Belegungsrückgang und haben kleinere Einheiten. Bei diesen kleineren Einheiten wirkt sich natürlich dann die schlechtere Anhaltzahl viel stärker aus . . . , weil dann Mindestbesetzungen nicht mehr möglich sind.“ (P 3/148)

Die Zeugin Lerch erklärte:

„Eine kleinere Station ist einfach personalintensiver als eine große. Das ist ganz klar. Wenn jetzt halt eine Station rückläufig ist, weil die Betten nicht belegt sind, dann kann ich kein Personal abziehen.“ (P 3/198)

Die Bildung kleinerer Stationen bedeutet keine Verringerung des Personalbedarfs, es ist im Gegenteil davon auszugehen, daß auch kleine Stationen eine Grundausstattung an Personal benötigen, weil sich zum Beispiel das Fehlen einzelner Pflegekräfte stärker auswirkt (Zeugen Dengler, P 5/129, Prof. Dr. Hole, P 5/11).

Auf ausdrückliche Frage, ob die Anwesenheit von zwei Personen als Mindestbesetzung gelten könne, antwortete der Zeuge Hole:

„Nein. Das ist eigentlich schon nicht mehr diskutabel.“ (P 3/157)

Aus den Zeugenaussagen ergibt sich, daß die lediglich auf die 40-Stunden-Woche fortgeschriebenen Personalbedarfsanhaltzahlen 1969 die Verkleinerung der Stationen nicht berücksichtigen.

Nun könnte man daran denken, die Stationen einfach wieder zu vergrößern und sich so dieser Probleme zu entledigen. Darüber wird unter II. 9 zu befinden sein.

Ebensowenig läßt sich aber pauschal sagen, die Verkleinerung der Stationen habe die Eröffnung neuer Stationen mit sich gebracht und wegen des relativ höheren Personalaufwandes für kleinere Stationen insgesamt den Bedarf sogar wachsen lassen. Wie sich folgender aus Anlage 3 zur Stellungnahme SM entnommener Übersicht entnehmen läßt, hat es von 1982 bis 1986 keine allgemeine Zunahme der Stationen gegeben:

Entwicklung der Stationen in den PLK

PLK	Zahl 1986	Veränderung gegenüber 1982
Weinsberg	22 (ab Okt.)	- 1 (!)
Winnenden	23	+ 1
Calw-Hirsau	19	+ 3
Emmendingen	33	+ 1
Reichenau	25	0
Schussenried	17	0
Weißenu	26	0
Zwiefalten	20	0
Wiesloch	45	+ 5
	(5 mehr seit Bezug des neuen Aufnahmezentrums 1985)	

Die rückgängige Belegung machte es also möglich, die fachliche Differenzierung im wesentlichen ohne einen zahlenmäßigen Ausbau der Stationen zu leisten.

dd) Ergänzende Funktionsdienste

Der Untersuchungsausschuß hat in der 3. Sitzung vom 2. Juli darüber Beweis erhoben, daß

„die Pflegedienste durch den in den Jahren 1976 bis 1987 erfolgten Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste (Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten, Sportlehrer, Masseure und medizinische Bademeister) entlastet worden sind“.

Von 1970 bis 1986 stieg die Zahl der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst/Funktionsdienst/Sonderdienst von 202 auf 590 (Stellungnahme SM, Seite 177). Weitere Zahlen über den Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste finden sich in Anlage 1 a-i zur Stellungnahme SM. Danach wurde der – mit dem Untersuchungsthema nicht vollständig deckungsgleiche – Gesamtbereich „medizinisch-technischer Dienst, Funktionsdienst, Sonderdienst“ von 1979 bis 1986 höchst unterschiedlich ausgebaut, vor allem im Vergleich mit den anderen Bereichen:

Personal (Vollkräfte - IST 1986, bezogen auf 1979 = 100 %)

PLK		insges.	Ärzte und Psychologen	Pflegedienst	med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst/ Sonderdienst
Weinsberg	1979	474	33	175	83
	1986	525	41	211	84
		+ 51 = 11 %	+ 8 = 24 %	+ 36 = 21 %	+ 1 = 1 %
Winnenden	1979	403	30	200	49
	1986	504	40	245	55
		+ 101 = 25 %	+ 10 = 33 %	+ 45 = 23 %	+ 6 = 12 %
Wiesloch	1979	827	55	447	86
	1986	945	73	509	109
		+ 118 = 14 %	+ 18 = 33 %	+ 62 = 14 %	+ 23 = 27 %
Hirsau	1979	342	28	141	43
	1986	396	35	161	60
		+ 54 = 16 %	+ 7 = 25 %	+ 20 = 14 %	+ 17 = 40 %
Emmendingen	1979	698	40	396	24
	1986	701	43	409	51
		+ 3 = 0,4 %	+ 3 = 8 %	+ 13 = 3 %	+ 27 = 112 %
Reichenau	1979	452	31	243	38
	1986	462	33	245	40
		+ 10 = 2 %	+ 2 = 6 %	+ 2 = 1 %	+ 2 = 5 %
Schussenried	1979	459	25	189	69
	1986	500	31	209	69
		+ 41 = 9 %	+ 6 = 24 %	+ 20 = 11 %	+ 0 = 0 %
Weißenau	1979	681	57	227	88
	1986	706	60	278	88
		+ 25 = 4 %	+ 3 = 5 %	+ 51 = 22 %	+ 0 = 0 %
Zwiefalten	1979	362	18	157	44
	1986	371	26	179	33
		+ 9 = 2 %	+ 8 = 44 %	+ 22 = 14 %	- 11 = -25 %

Diese Übersicht belegt auch, daß die PLK in dieser Sparte in großem Umfang die Möglichkeiten ihrer Autonomie ausgeschöpft haben.

Die Zeugen bekundeten über die Entwicklung in ihren PLK folgendes:

Winnenden:

Verwaltungsdirektor Kaltenbach bestätigte „nicht aus eigener Anschauung“, daß diese ergänzenden Funktionsdienste „ausgebaut worden sind, zum Teil kräftig, aber immer noch zu wenig. Wir haben zum Beispiel Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten über das ganze Haus 18 bei 680 Patienten. Das ist zu wenig. Wir haben 160 Therapieplätze und haben dafür nur diese 18 Therapeuten. Einschließlich Beschäftigungstherapie, wenn Sie die dazu nehmen, sind es über 300 (Anm.: Therapieplätze)“ (P 3/32).

Verwaltungsdirektor Kaltenbach bekundete ferner, daß ihm auf die Frage, warum bei gleicher Belegung durch den Personalzuwachs keine Entlastung in der Betreuungssituation eingetreten sei, geantwortet worden sei, auf den Stationen sei die Mindestbesetzung gerade da, um den Patienten zu verwahren. Erst die Entlastung im Tagesablauf dadurch, daß die Patienten in

Therapien gehen könnten, ermögliche eine therapeutische Arbeit mit den nicht an den Therapien teilnehmenden Patienten. (P 3/39)

Diese Aussage gibt Anlaß, zu differenzieren zwischen einer Entlastung in der Betreuung für die Patienten und einer Entlastung des Personals.

In dieser Weise differenzierte auch Pflegedienstleiter Uphal, daß diese Dienste „... eine Entlastung in der Pflegesituation darstellen, besonders auf den Patienten bezogen. Sie stellen aber nicht immer eine Entlastung für die Mitarbeiter dar“ (P 3/49). Nur die besser befindlichen Kranken könnten nämlich an den Therapien teilnehmen, während die Schwerkranken auf der Station zurückblieben, insbesondere

- unmittelbar nach der Aufnahme
- längerfristig Schwerkranke
- zum Teil Patienten aus der Geriatrie, zum Beispiel Altersverwirrte.

Die teilnahmefähigen Patienten machten „oftmals den geringeren Teil am Gesamtteil“ aus (P 3/49).

Auch zeitlich ist einzuschränken: „Die Pflegesituation ändert sich von der Zahl (Anm.: der Patienten) auf der Station während dieser Zeit, drei Stunden am Vormittag etwa, drei Stunden am Nachmittag“ (P 3/49).

Sie ändere sich für die zurückbleibenden Kranken, aber „sie ändert sich nicht für die Pflegenden ... Denn es sind ja auch Wege damit verbunden.“ Diese Kranken müßten von der Station „ca. 500 m zu Fuß gehen, ... zum Teil in Begleitung“ (P 3/50).

Weiß en a u :

Prof. Dr. Hole erklärte, diese Mitarbeitergruppe sei in den letzten Jahren am meisten gewachsen und sei „enorm wichtig für die moderne Psychiatrie“. Manche Patienten müßten aber dorthin „gebracht oder transportiert“ werden. Ein gewisser Austausch mit dem Pflegepersonal sei in der Betreuung zwar möglich, aber nicht so, daß man es zeitlich verrechnen könne. Die Wirtschaftsprüfung habe dann auch

„tückisch Stellen gestrichen in der irrigen Annahme, in der Zeit, wo zehn Patienten bei einer Beschäftigungstherapie sind, brauchen sie soundsoviel Pflegeminuten weniger. Das ist alles auf dem Papier wunderbar. Praktisch ist es ja so: Die Patienten, die nicht in die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie gehen können, sind die Schwerkranken. Die bleiben auf der Station. Und da müssen dann zwei Leute da sein, ob das jetzt sieben oder zehn oder sechs (Anm.: Patienten) sind“ (P 3/176).

Pflegedienstleiterin Lerch bestätigte, daß die Therapien ein bis zwei Drittel Patienten von den Stationen abziehen. Es blieben die Schwerkranken. Außerdem stünde die Beschäftigungstherapie als Therapieziel für die auf der Station bleibenden Patienten im Vordergrund, weshalb das Personal angehalten sei, Motivationsarbeit für die Beschäftigungstherapie zu leisten. Das koste mitunter gerade bei „arbeitsunwilligen oder aggressiven oder suizidalen oder depressiven Patienten“ hohen Personalaufwand, viel Einfühlungsvermögen und auch Zeit (P 3/194 f.). Per saldo könne man hier kein Personal einsparen.

Das gelte genauso für Sportgruppe, Krankengymnasten und Massage. Das sei keine Entlastung für den Pflegedienst, sondern laufe „parallel“ (P 3/195).

Außerdem müsse der Pflegedienst „Hol und Bring“ übernehmen.

Unter Umständen werde die Krankengymnastik bei Ausfallzeiten dem Pflegepersonal zugeschoben, das es dann „schlecht und recht“ mache (P 3/196).

E m m e n d i n g e n :

Dr. Krzepinski verwies darauf, daß das PLK von 1976 bis 1987 nur drei

solche Stellen mehr bekommen hätte, und rechnete vor, daß 17,5 Stellen im Bereich Arbeits- und Beschäftigungstherapie mit Pflegekräften besetzt seien und damit dem Pflegedienst nicht zur Verfügung stünden (P 3/118). Dies wurde von Verwaltungsdirektor Weidner bestätigt (P 3/137).

Es wirke sich auch nicht auf die Stationen aus, wenn dort von 35 Patienten in der Regel vier bis sechs an der Therapie teilnähmen; dazu seien die Patienten zu schwer erkrankt. Da müßte schon die halbe oder dreiviertel Station geleert sein, damit sich das auswirke (P 3/125). Im übrigen seien die Therapie-Ansprüche gestiegen (Anm.: dazu unten), und dieses Mehr an therapeutischem Angebot sei mit dem gleichen Personalbestand nicht zu leisten (P 3/124).

Pflegedienstleiter Sauer bejahte einerseits eine „vermehrte Präsenz den Patienten gegenüber“, verneinte aber zugleich im Hinblick auf die Veränderung der Patientenstruktur eine „verbesserte Situation des Pflegepersonals“. Er meint, „daß durch diese erhöhte Schwere der Patienten eine erhöhte Anforderung auf den Stationen gegeben ist und dadurch nicht entlastet werden kann, wenn wir jetzt einen Bademeister oder einen Masseur mehr haben“. (P 3/145)

Bad Schussenried

Der Zeuge Weber hat in seiner Aussage eine Entlastung des Pflegedienstes durch den Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste verneint:

„Also insofern kann ich hier keine Entlastung von Pflegepersonal sehen. Im Gegenteil. Das kann unter Umständen eine Belastung bedeuten.“ (P 3/189)

Weinsberg:

Der Ärztliche Direktor, Prof. Dr. Reimer, berichtete von einer Untersuchung vor etwa fünf Jahren. „Und da waren 13 % der Schwestern und Pfleger unseres Krankenhauses mit nicht rein pflegerischen Tätigkeiten ausgefüllt. Das heißt also, wir mußten Pfleger haben, die Arbeitstherapie machten, Beschäftigungstherapie, Musik usw.“ (P 5/116).

Fazit:

Eine Entlastung der Betreuungssituation ist dem Grunde nach eingetreten. Es trifft auch die Differenzierung zu, daß sich für die Patienten eine größere Entspannung der Situation ergibt als für das Personal. Das Personal wird außer wegen der Begleitung weniger entlastet, weil es die gewonnenen Pflegeminuten in eine intensivere Betreuung umsetzt. Dies dient einer schnelleren Heilung und ist ein echter Fortschritt.

Es ist jedoch einzuschränken:

- Die Entlastung gilt nur zu den in der Regel sechs Stunden, an denen die ergänzenden Funktionsdienste in Anspruch genommen werden, also nicht abends und an Wochenenden.
- Auch das Sozialministerium hat in seiner Stellungnahme (Seite 179) die Minderung der Entlastung wegen der notwendigen Begleitung zu den unterschiedlich weit entfernten Therapieorten anerkannt.
- Mit dem auch nur vorübergehenden Abzug einer Pflegekraft sind darüber hinaus Gefahren verbunden. Denn anders wird es schon dann, wenn auf der um eine Pflegekraft und mehrere Patienten verwaisten Station eine Krise eintritt, in der die bisherige Entlastung umschlägt in eine akute Notsituation. Zumindest auf Akutstationen scheinen derartige Krisen möglich.
- Vor diesem Hintergrund entwertet es die Entlastung durch Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste um so mehr, wenn zum Beispiel in Emendingen das Therapiepersonal in erheblichem Umfang aus den Reihen des Pflegepersonals rekrutiert, also dort abgezogen wird.

Diesem mehrheitlich beschlossenen Fazit haben die Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion (Änderungsantrag Nr. 31) folgendes Fazit gegenübergestellt: Nach den Zeugenaussagen habe sich keine Entlastung des Pflegepersonals durch den Ausbau des ergänzenden Funktionsdienstes ergeben. Der Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste sei aber als eine strukturelle Verbesserung zu sehen, die eine intensivere Betreuung der Patienten erlaube.

ee) Steigende Ansprüche

Die Ansprüche an die Leistung der PLK sind gestiegen und steigen weiter, und zwar ebenso aus Gründen, die innerhalb der Psychiatrie (1) liegen wie aufgrund von Wünschen (2) und Entwicklungen (3), die von außen auf die PLK einwirken.

(1) Behandlung statt Verwahrung

Schon mehrfach erwähnt wurde die Abkehr von der reinen „Verwahrpsychiatrie“, die darin besteht, „nur Menschen einzusammeln und einzusperren und zu betreuen“ (Prof. Dr. Hole P 3/179), zu einer modernen Psychiatrie, die auf Behandlung, Heilung und Wiedereingliederung ausgerichtet ist. Die Ansprüche der „Patienten, ihrer Angehörigen und auch der Ärzte an ihre Leistung sind gewachsen. Und das läßt sich auch nicht vereinbaren mit unserem gegenwärtigen Personalstand.“ (Dr. Krzepinski P 3/119)

So werden heute

- selbstmordgefährdete Patienten nicht einfach gewaltsam an ihrer Verzweiflungstat gehindert, sondern man versucht, sie mit intensiver Betreuung zu behandeln und sie Schritt für Schritt für ermutigen, den Kampf mit ihren Problemen eigenverantwortlich aufzunehmen; welche Risiken dieses neue Therapieverständnis birgt (vgl. Stellungnahme SM Seite 200), wird unter II. 7 anzusprechen sein;
- als Pflegefall geltende Patienten nicht mehr nur versorgt, sondern sollen eine „aktivierende Pflege“ erhalten, wie sie in einem Beispiel oben (S. 39) geschildert wurde und näher unter II. 5 zu Sprache kommen wird;
- Medikamente geringer und spezieller für den Einzelfall dosiert (Prof. Dr. Hole P 5/33), was den Betreuungsaufwand steigert;
- neue Behandlungsmöglichkeiten angewandt, die ebenfalls höheren Aufwand erfordern (Dr. Krzepinski, Emmendingen P 3/119);
- nach Möglichkeit die Angehörigen in die Betreuung einbezogen, um das soziale Umfeld für den Patienten zu verbessern, Ursachen der Erkrankung festzustellen und vieles mehr;
- die Patienten zum Teil auch nach Abschluß der stationären Behandlung ambulant vom PLK versorgt, um in der schwierigen Anfangsphase die Kontinuität der Bezugspersonen zu erhalten (Nachsorge - vgl. Prof. Dr. Hole 3/169).

Aus der Stellungnahme SM (Seite 182): „Heute stehen Zielvorstellungen für die Behandlung im Vordergrund, die im Vergleich zu früher erheblich anspruchsvoller sind und in Richtung auf eine Vermehrung und Qualifizierung des Personals gehen.“

(2) Kürzere Verweildauer

Es entspricht politischen Zielen, die Verweildauer im Krankenhaus zu kürzen und so zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beizutragen. Die kürzere Verweildauer ist aus medizinischen Gründen und zur Vermeidung von Hospitalisierung geboten. Zunehmend wird deutlich, daß die Verkürzung der Verweildauer nicht unbedingt zu einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen führen wird.

Der derzeit gültige Krankenhausbedarfsplan Stufe II weist unter 4.121.2 für das Jahr 1985 eine durchschnittlich notwendige Verweildauer von 60 Tagen für die Psychiatrie aus; das Sozialministerium hat aber auch bereits für den künftig zu erlassenden Krankenhausbedarfsplan Stufe III sogenannte „krankenhausplanerische Richtwerte für 1995“ erlassen und im Staatsanzeiger Nr. 62 vom 2. August 1986 veröffentlicht, wonach für die Psychiatrie von einer 49,8tägigen Verweildauer auszugehen ist.

Zugleich erleichtert eine intensivere Behandlung die berufliche und soziale Wiedereingliederung in den Alltag.

Der Anlage 2 zur Stellungnahme SM ist folgender Auszug entnommen:

Durchschnittliche Verweildauer in den PLK
Erwachsenenpsychiatrie – Behandlungsfallbereich

PLK	Verweildauer Tage	1980 100 %	Verweildauer Tage	1986 %
Weinsberg	57,6		53,6	- 7 %
Winnenden	49,6		57,5	+ 16 %
Wiesloch	60,0		49,5	- 17 %
Calw-Hirsau	36,6		36,7	0 %
Emmendingen	61,7		67,2	+ 9 %
Reichenau	81,0		79,5	- 2 %
Schussenried	57,2		48,5	- 15 %
Weißenu	74,0		62,2	- 16 %
Zwiefalten	83,2		48,9	- 41 %
Baden-Württemberg	58,8		54,2	- 8 %

Aus der Stellungnahme SM (Seite 178): „Die Verweildauer ist bei sechs von neun PLK infolge intensiverer Betreuungsmaßnahmen kürzer geworden, bei einem PLK auf niedrigem Niveau konstant geblieben. Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer lag bei den einzelnen PLK in den Jahren 1980 bis 1986 zwischen 41 % und 2 %“ (vgl. Anlage 2 zur Stellungnahme SM).

Es liegt auf der Hand, daß eine kürzere Verweildauer für das gleiche Ergebnis einen höheren Aufwand, intensivere Betreuung und Pflege, erfordert. Diese Entwicklung verstärkt sich dadurch, daß „man auch praktiziert, in der kurzen Verweildauer möglichst rasch Ausgänge und Urlaube zu praktizieren, dann ist das noch mal ein zusätzlicher Aufwand gerade auch im Hinblick auf die Suizidalität“. (Prof. Dr. Hole P 3/179)

Es zählt zu den bemerkenswerten und unbestrittenen Leistungen der PLK, die politisch und therapeutisch gewünschte kürzere Verweildauer zu erreichen:

„Der Verweildauerrückgang ist die Folge einer intensiveren und differenzierteren Behandlung und Betreuung. Er war nur über mehr Pflegeaufwand zu erreichen.“ (Stellungnahme SM, Seite 176)

(3) Steigende Zahl der Aufnahmen

Parallel zur Verweildauerverkürzung geht eine „Erhöhung des Durchlaufs“ (Dr. von Maltzahn P 3/21), das heißt, es gibt im Laufe eines Jahres mehr Aufnahmen und Entlassungen mit entsprechenden Mehrbelastungen, wie sie in der Stellungnahme des Sozialministeriums resümiert sind:

Die Zahl der Aufnahmen pro Jahr hat von 1976 bis 1986 um 34 % zugenommen. Die Aufnahmehäufigkeit wird in der folgenden Tabelle deutlich:

„Aufnahmen in den PLK in Baden-Württemberg

1976	19 846
1977	20 682
1978	23 036
1979	24 951
1980	24 956
1981	24 610
1982	23 370
1983	24 038
1984	24 624
1985	25 912
1986	27 121

Die größere Zahl der Aufnahmen belastet die PLK nicht nur wegen der vermehrten Eingangs- und Entlassungsuntersuchungen. Der häufigere Wechsel hat Rückwirkungen auch auf das therapeutische Klima in den Stationen. Die Vorbereitung der Entlassung macht viele Bemühungen nach außen um eine sinnvolle Rehabilitation erforderlich. Die administrativen Aufgaben nehmen ebenfalls zu.“

Die Landesklinik Nordschwarzwald hat im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Arbeitsplatzanalyse erstellt und dabei errechnet,

„daß ein Arzt pro Patient für die Vorgänge von Aufnahme und Entlassung zusammen bei rationeller Zeiteinteilung 3,5 Stunden benötigt.

Hieraus ergibt sich zum Beispiel, daß ein Arzt in der Landesklinik Nordschwarzwald pro Jahr 439 Stunden für Aufnahmen und Entlassungen einsetzt, ein Arzt in einem Krankenhaus (Anm.: bezogen auf ein PLK) mit geringem Durchgang zum Beispiel nur 194 Stunden. Damit stehen im Vergleich dem Arzt in der Landesklinik Nordschwarzwald 245 Stunden, gleich 31 Tage, weniger zur laufenden Betreuung der Patienten zur Verfügung, anders ausgedrückt, auf sieben in der Landesklinik Nordschwarzwald tätige Ärzte fehlt gegenüber dem Vergleichskrankenhaus ein Arzt, was allein schon bei 30 Ärzten rund ein Defizit von vier Ärzten ausmachen würde.“ (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Linden des PLK Calw-Hirsau im Jahresbericht 1986, Seite 9 f.)

ff) Veränderte Patientenstruktur

(1) Tatbestand

In zunehmendem Maße sind schwierigere Patienten zu versorgen. Dies ist nicht nur die Aussage des Sozialministeriums in seiner Stellungnahme (Seite 178 und 203), sondern wurde von den Zeugen immer wieder als wesentliche Erschwernis ihrer Arbeit genannt (zum Beispiel Zeugen Sauer P 3/145, Kaltenbach 3/33, Upahl 3/51, Dr. Krzepinski 3/119, Prof. Dr. Hole 3/149). Eine weitere Beobachtung trägt die Krankenhausleitung aus Hirsau in ihrem Vorwort zum Jahresbericht 1986 vor: einen Trend zur Aufnahme von Kranken in hochakuten Krisen.

(2) Ursachen

Die Behandlung der Patienten wird schwieriger, weil mit dem Ausbau der außerstationären Versorgung die leicht erkrankten Patienten die PLK verlassen bzw. nicht mehr aufsuchen und sich in den PLK mittlerweile die schwer und schwerst Erkrankten konzentrieren.

Außerdem wurden verstärkt altersschwache Patienten in Pflegeheime verlegt, womit eine interne Verschiebung von Pflegefallpatienten zu den in-

tensiver betreuten Behandlungsfällen eingetreten ist. In Winnenden ist zum Beispiel der Anteil der Pflegefälle von ca. 40 % Mitte der siebziger Jahre kontinuierlich gesunken (vgl. Jahresbericht 1982, Seite 42) und liegt in 1986 bei 26,42 % der Berechnungstage (Jahresbericht Seite 44; Zeugenaussage Dr. von Maltzahn P 3/21, Kaltenbach 3/34), während in der gleichen Zeit die Behandlungsfälle von ca. 50 % auf 70,76 % der Belegungstage in 1986 (Jahresbericht Seite 44) zugenommen haben.

Im Ansatz wird diese Verschiebung über den höheren Pflegesatz vergütet. Deshalb belastet diese interne Verschiebung nur dann die PLK tatsächlich, wenn die Beweiswürdigung ergeben sollte, daß die Pflegesätze im Behandlungsbereich (KHG) den erforderlichen Aufwand nicht decken.

Auch eine dritte Ursache hat das Sozialministerium genannt (aaO): Fortschritte in der Therapie erlauben, einen Teil der Patienten alsbald zu entlassen.

Eine weitere Ursache mag in der erhöhten Zahl von Wiederaufnahmen gesehen werden, wie sie eine Folge der kürzeren Verweildauer ist. In der Landeslinik Nordschwarzwald stieg der Anteil der Wiederaufnahmen von 42 % in 1984 über 45 % in 1985 auf rund 48 % in 1986 (Prof. Dr. Linden, Jahresbericht Seite 7). Das PLK Weinsberg berichtet von einem „sprunghaften Anstieg“ der Wiederaufnahmen um 29 % von 1985 auf 1986 in Station 3 und von 70 % (1985) auf 65 % (1986) „rückläufiger“ Wiederaufnahmequote in Station 4 (JB 1986, Seite 4). Im Ergebnis belasten Wiederaufnahmen nach Ansicht von Dr. V. Faust (im Jahresbericht Weißenau 1984 bis 1986, Seite 6) die PLK mehr als die zu Beginn aufwendigeren Erstaufnahmen, weil sich unter den Wiederaufnahmen häufig die „Problemfälle“ befänden. Ausgleichend wirkt dagegen die weitere Feststellung der Landeslinik Nordschwarzwald, daß in Calw-Hirsau die Zahl der Patienten sehr gering ist, die häufiger als dreimal in die Klinik kommen (Jahresbericht 1986, Seite 8).

Schließlich entspricht es der allgemeinen Entwicklung, daß die Menschen älter und damit anfälliger und pflegebedürftiger werden. Die Landeslinik Nordschwarzwald leitet unter Angabe weiterer Einzelheiten aus der demographischen Entwicklung einen erhöhten Personalbedarf ab (Jahresbericht 1986, Seite 20).

(3) Auswirkungen

Zu den Auswirkungen dieser geänderten Patienten-Struktur hat das Sozialministerium (aaO) ausgeführt: „Die chronisch und zunehmend multimorbiden Kranken bleiben dagegen länger und erfordern mehr Zuwendung von Arzt und Betreuer.“

Im Einzelfall hat es Pflegedienstleiter Upahl vom PLK Winnenden beschrieben:

„Vor etwa zwei, drei Jahren haben wir auf einigen Stationen noch viele Aufstehpatienten gehabt und Patienten, die in einer mittleren Pflegeabhängigkeit waren; das sind jetzt Patienten, die total pflegeabhängig sind. Selbst wenn sie das Bett verlassen können, dann muß man ihnen praktisch vom Anziehen über die einfachsten Dinge, die sie brauchen: täglich anziehen, waschen, Mundpflege, Haarpflege usw., man muß alles machen, und der Patient kann eben nur noch mobilisiert werden, indem man ihn dann in einen Sessel setzen kann oder etwas spazierenführen kann. Aber selbst ist er total pflegeabhängig.“
(P 3/51)

Summierungseffekte

Mit schlicht intensivierter Zuwendung ist es aber nicht getan. Wo viele schwerkranke Patienten auf relativ engem Raum zusammenkommen und nur bedingt einander ausweichen können, gibt es rasch zusätzliche Spannungen, wenn sich zum Beispiel Patienten gegenseitig „hochschaukeln“.

So können Summierungseffekte entstehen, wie sie weniger vorkommen, wenn auch leicht Erkrankte dabei sind und alleine schon durch ihre Anwesenheit die Situation mildern und mäßigen.

Risikoerhöhung

Mehrfach kam zum Ausdruck, daß es heute mehr aggressive Patienten als früher gibt (Zeugen Dr. Krzepinski P 3/119 und Pflegedienstleiter Upahl P 3/53; Personalratsvorsitzender Kirschmann im Jahresbericht Winnenden 1986, Seite 58; Prof. Dr. Schenck im JB 1984 bis 1986 Weißenau, Seite 51, über die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die Aggressionen richten sich gegen sich selbst, gegen das Personal oder Mitpatienten.

- Auf Selbstmordhandlungen wird unter II. 7 eingegangen.
- Im PLK Weinsberg tötete ein unter endogener Psychose leidender Patient in einem Aggressionsschub am 21. März 1985 während des nächtlichen Bereitschaftsdienstes die alleine diensttuende Stationschwester durch Erwürgen.

Nach Feststellungen der Schwurgerichtskammer des Landgerichts Heilbronn im nicht rechtskräftigen Urteil vom 21. August 1987 zum Tathergang hatte der „Umstand, daß sie (Anm.: die Stationschwester) auf diese Weise hilflos dem ihr kräftemäßig überlegenen Beschuldigten ausgeliefert war, . . . seine Ursache auch darin, daß sie den Bereitschaftsdienst wegen des im PLK bestehenden Personalmangels alleine versehen mußte.“

- Stationsärzte und Pflegepersonal der Station 5 im PLK Reichenau schilderten in einem Schreiben vom 28. Mai 1986 an die Krankenhausleitung,

daß am Tag zuvor ein relativ kräftiger Patient sehr plötzlich erregt wurde und „nur durch schnelles Zupacken von insgesamt vier männlichen Mitarbeitern der Station schlimme Folgen verhindert werden konnten“. Diese vier Mitarbeiter seien zufällig wegen einer Teambesprechung auf der Station gewesen.

Am Abend des gleichen Tages seien ein Zivildienstleistender und eine examinierte Schwester auf der Station gewesen, als diese Krankenschwester von einer manischen Patientin „massiv angegriffen“ wurde, so daß Kleidung beschädigt worden sei und die Schwester mehrere Hämatome davongetragen habe. Auch diese Situation hätte nur durch die zufällige Anwesenheit eines Stationsarztes bewältigt werden können.

- Aus der Dokumentation besonderer Vorkommnisse im Jahresbericht 1986 des PLK Zwiefalten (Seite 64):

„26. Februar 1986: Eine hebephrene (Anm.: jugendschizophrene) Patientin versuchte eine nach frühkindlicher Hirnschädigung mehrfach behinderte Mitpatientin zu ersticken. Die betroffene Patientin konnte zwar reanimiert werden, verstarb aber am 6. März 1986 an einer Pneumonie.“

Eine Durchsicht der Jahresberichte der PLK der Jahre 1985 und 1986 erbrachte im übrigen keine Anhaltspunkte für eine dramatische Zunahme der Aggressionshandlungen. So ist im Jahresbericht 1986 des PLK Bad Schussenried von „gelegentlichen“ tätlichen Übergriffen auf Personal oder Mitpatienten die Rede, und es ist auch einsichtig, daß sich die meisten Tätlichkeiten auf der Forensischen Station (Maßregelvollzug) ereigneten (aaO, Seite 77).

Der Zeuge Upahl, Pflegedienstleiter im PLK Winnenden, führt aus,

daß es seit ein paar Jahren einen Trend gebe, daß die Patienten schon bei der Aufnahme sehr aggressiv seien, auch gegenüber dem Pflege-

personal, was sich dann im Laufe der Behandlung bessere. In der Anfangsphase mache ihnen das aber zu schaffen.

Über Jahre sei man durchaus mit einer Nachtwache ausgekommen, aber das sei im Moment nicht mehr haltbar. Auf Nachfrage bestätigte der Zeuge Uphal nochmals:

„Sie sind schon aggressiv, wenn sie kommen.“ (P 3/54)

Es bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeit in den PLK, wenn die sozialen Bedingungen für die Patienten härter werden. Dr. Müller hat im Jahresbericht des PLK Winnenden 1986 (Seite 5) folgende Beobachtung aus der Akutpsychiatrie wiedergegeben:

„Vor allem bei den männlichen Patienten nimmt die soziale Problematik zu. Sehr viele, vor allem junge Patienten, haben keinen Ausbildungsplatz, keine abgeschlossene Ausbildung, keinen Arbeitsplatz, keine Wohnung, Schulden oder es laufen Gerichtsverfahren. Sie sind sozial ungebunden, und es fehlt das soziale Netzwerk, das ihnen ihre Problematik auffangen könnte. Letzteres gilt besonders für Ausländer. Vermehrt treten Hospitalisierungstendenzen auf, denen oft sehr schwer entgegenzuwirken ist.“

Der Sachverständige Prof. Dr. Dörner, Ärztlicher Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh, hat bei seiner Anhörung am 22. September darauf hingewiesen, daß es in früheren Jahren für die Patienten die Perspektive gab, „draußen wieder arbeiten zu können“, was für die Motivation der Patienten „entscheidend“ gewesen sei (P 5/174).

Nach Aussagen des Zeugen Dr. Faulstich und des Sachverständigen Prof. Dr. Dörner (P 5/176 u. 271) wird die berufliche Eingliederung oder Re-Integration der psychisch Kranken immer schwieriger. Gerade für diese Kranken seien durch die Entwicklung des Arbeitsmarktes sowie durch technische und arbeitsorganisatorische Veränderungen die Berufs- und Arbeitschancen rapide gesunken.

Im Rahmen der Arbeitstherapie verrichteten die früher gesünderen Patienten etliche Arbeiten zum Beispiel in Küche, Garten und Landwirtschaft. Dadurch wurden sie zum ernsthaften Arbeiten motiviert, trugen aber auch als preiswerte Arbeitskräfte dazu bei, den PLK Kosten zu sparen. Verwaltungsdirektor Gessler erwähnte zum Beispiel, daß während seiner Dienstzeit in Weißenau 450 Patienten in Pflegeheime verlegt worden seien, unter denen 200 Arbeitskräfte gewesen seien, die nichts gekostet hätten (P 3/188). Ähnliches berichteten der Sachverständige Prof. Dr. Dörner/Gütersloh (P 5/173) und der Stellvertretende Ärztliche Direktor des PLK Reichenau, Dr. Faulstich (P 5/261).

Nachdem heute im Dienste des therapeutischen Fortschritts die Arbeitstherapie nicht mehr „anstaltszentriert“ – im Sinne nützlicher Arbeiten für das PLK, sondern „patientenorientiert“ ist, sich also danach richtet, was den Patienten fördert (Dr. Faulstich P 5/270), entfällt heute für die PLK diese Möglichkeit, Kosten zu sparen.

(4) Fazit Patientenstrukturen

Die Änderung der Patientenstruktur ist unter anderem die Folge des Ausbaus der außerstationären Versorgung, die es vielen Kranken ermöglicht, das PLK nicht aufzusuchen oder es schneller zu verlassen. Dies ist therapeutisch sinnvoll und trägt nachhaltig zum Belegungsrückgang und auch zur Möglichkeit des Bettenabbaues bei. Durch die Kostensenkung für den einzelnen Patienten tritt dadurch zumindest indirekt eine Kostendämpfung im stationären Bereich ein.

Andererseits ist es nicht bestritten, daß diese erfreulichen Änderungen die Arbeitsanforderungen verschärfen und die PLK erheblich zusätzlich belasten. Dies zeigt sich vor allem in einer Zunahme des Pflegebedarfs in Pfl-

geminuten, zu dessen Höhe in Einzelheiten dem Untersuchungsausschuß allerdings keine Zahlen vorliegen.

gg) Zunahme administrativer Aufgaben

Patienten und Angehörige werden kritischer, die steigende Zahl der Aufnahmen, Krankengeschichte und Entlassungen wollen dokumentiert sein und vor allem: Im Zuge der Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird zunehmend härter verhandelt und genauer abgerechnet.

So werden heute die Kosten für die einzelnen Bereiche (Behandlungsfall- und Pflegefallbereich, Maßregelvollzug, Suchtbereich) je für sich ermittelt, und es bereitet im Einzelfall viel Arbeit, zum Beispiel Behandlungsfälle von den sogenannten Pflegefällen abzugrenzen. Hierzu hat der Zeuge Dr. Faulstich vom PLK Reichenau bekundet: Die Kassen würden klar und täglich verlangen, Anfragen zu beantworten, ob bei dem betreffenden Patienten noch ein Behandlungsfall vorliege, ob es sich nur noch um Verwahrung handle oder ob überhaupt noch Aussicht auf Erfolg bestehe. Diese Anfragen kämen bereits ein Vierteljahr nach der Aufnahme (P 5/254). Oft müsse man „seitenlange Schriftsätze ausfüllen“, damit sich der Vertrauensarzt ein Bild machen könne. Die früheren Kurzgutachten würden nicht mehr genügen. Das alles nähme jetzt wesentlich mehr Zeit in Anspruch (P 5/266).

Es gäbe Kollegen, die sehr heftig klagten und sagten, daß „5 bis 10 %“ ihrer Arbeitszeit auf solche Verrichtungen gingen. Er selbst als Oberarzt sei zur Zeit auch „sehr viel mit Rechnen beschäftigt, Bedarfshebungen usw. Überhaupt ist die ganze Psychiatrie in Baden-Württemberg zur Zeit am Rechnen einschließlich des Ministeriums. Das ist hoffentlich keine durchschnittliche Belastung auf Dauer“. (P 5/283)

Dr. Kretschmer aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie im PLK Weißenau klagt im Jahresbericht 1984 bis 1986, Seite 1:

„Auch wenn sich dies zahlenmäßig nicht exakt berechnen läßt, so ist doch unzweifelhaft, daß der ärztlich-therapeutische Bereich in den letzten Jahren zunehmend mit schriftlichen Formalitäten und Verwaltungsvollzügen belastet wurde in einem Ausmaß, welches alles bisher Erlebte übertrifft. . . . Ein differenziertes, alles erfassen wollendes Melde- und Berichtswesen erfordert zwangsläufig große Mengen an Papier und Bearbeitungszeit. Auch wenn dies im Zuge der Zeit liegen mag und für manches Notwendigkeiten und Sachzwänge bestehen mögen, so ist es doch keine Frage, daß die dafür aufzubringende Zeit der berufsspezifischen Arbeit am Patienten abgeht; . . .“

Zu den zu erwähnenden Strukturänderungen zählt auch die Trennung von Behandlungsfällen und Pflegefällen, der mit II. 5 ein eigenes Untersuchungsthema gewidmet ist.

Aber auch ohne Einbeziehung dieses Punktes dürfte das

hh) Fazit des Strukturwandels

unbestritten sein:

Der Strukturwandel in der Psychiatrie hat zu einer beträchtlichen Mehrbelastung im personellen Bereich geführt.

b) Personalwesen

aa) Die Personalentwicklung ist gekennzeichnet durch

(1) einen Personalzuwachs um ein Sechstel in den vergangenen zehn Jahren (oben I. 4 a) und durch gleichzeitige gegenläufige Entwicklungen (oben I. 4 b), von denen an dieser Stelle insbesondere auf die Ausfallzeiten (anschließend cc)) und die Arbeitszeitverkürzung einzugehen ist.

(2) Zur geringeren Wochenarbeitszeit, Urlaubsvermehrung und zu zusätzlichen arbeitsfreien Tagen heißt es in der SM-Stellungnahme auf Seite 177:

„Ein Teil der Personalaufstockung wird von der in den letzten Jahren eingetretenen kürzeren Arbeitszeit verschluckt. Je nach Alter – bei Angestellten auch je nach Vergütungsgruppe – ergibt sich seit dem Jahre 1976 eine Verringerung der Jahresarbeitszeit für Pflegekräfte zwischen 3,1 und 4,3 % bei den Angestellten und zwischen 6,9 und 8,1 % bei den Beamten. Der Rückgang der Arbeitszeit bei den Beamten ist deshalb größer, weil sie bis 1979 eine längere Wochenarbeitszeit hatten. Etwa 15 % der Pflegekräfte stehen im Beamtenverhältnis.

So arbeiten etwa die angestellten Krankenschwestern im Alter von 30 bis 40 Jahren um 4 % kürzer als im Jahr 1976 und die beamteten Pflegekräfte um 8,1 %.“

Bei grober Vereinfachung läßt sich aus diesen Zahlen eine durchschnittliche Arbeitszeitverkürzung zwischen 3,67 % und 4,87 % seit 1976 errechnen, die im Hinblick auf die 16,6%ige Personalvermehrung (ein Sechstel) eine deutliche Reserve läßt für den Ausgleich sonstiger belastender Faktoren. In den Haushaltsplänen früherer Jahre wurden teilweise Stellen ausdrücklich mit dem Hinweis ausgewiesen, daß hiermit tarifliche Regelungen ausgeglichen werden sollten.

Dieser Ausgleich ist im Krankenhausrecht auch ausdrücklich vorgesehen: „Ergeben sich jedoch während des Pflegesatzzeitraums Änderungen der Personalkosten aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, bei der folgenden Pflegesatzvereinbarung berichtigt.“ (§ 4 Abs. 2 Satz 2 BPfIV).

Zu einer Erhöhung des Personalbedarfs hat auch die Bestimmung geführt, daß Bereitschaftsdienste über Freizeit auszugleichen sind. Dazu führt der Zeuge Dr. Krzepinski, PLK Emmendingen, aus:

„Durch die verfügte, im Rahmen der Sparmaßnahmen verfügte, Abgeltung der Bereitschaftsdienste in Freizeit haben die Kollegen ausgerechnet, daß zumindest 40 %, oft die Hälfte der Zeit, nur ein Arzt auf der Station ist und der andere Freizeit nehmen muß, um die Bereitschaftsdienste abzufeiern. Das ist also ein Problem.“ (P 3/121)

(3) Tarifvertrag und Pflegesätze

Als nicht begründet erwies sich deshalb auch die Klage, tarifvertragliche Änderungen (Anm.: gemeint ist der Bundesangestelltentarifvertrag – BAT) würden bei den Pflegesatzverhandlungen nicht berücksichtigt (Oberpfleger und Personalratsvorsitzender Keicher beim PLK Weinsberg P 5/135). Es trifft zwar zu, daß solche tarifvertraglichen Änderungen, wie sie in bundesweiten Verhandlungen zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite vereinbart werden, nicht bei den Pflegesatzverhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Krankenhausträgern diskutiert werden. Gleichwohl werden diese tariflichen Änderungen in die Pflegesätze einbezogen, wie Verwaltungsdirektor Kaltenbach vom PLK Winnenden richtig geschildert hat:

„... Hat sich seit Jahren eingespielt, daß die Krankenhausesellschaften, also unsere in Baden-Württemberg, die Auswirkungen tariflicher Regelungen pauschal verhandelt mit den Kostenträgern und den Krankenhäusern sogenannte Empfehlungsvereinbarungen gibt, die dann die Auswirkungen tariflicher Regelungen, aber auch Änderungen im Sozialversicherungsrecht zum Beispiel, in eine pauschale Erhöhung einfließen lassen, als Ergebnis landesweiter Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Krankenhausesellschaften.“ (P 3/39)

Näheres wird unter II. 1 b cc) (5) bis (7) zur Sprache kommen.

bb) Anhaltszahlen

Nachdem die verschiedenen Anhaltszahlen (oben I. 1 a) und die Positionen des Sozialministeriums und der Kostenträger (oben I. 4 c und d) bekannt sind, ist nun zu fragen, wie sich die Anhaltszahlen in den PLK auswirken und welche Auffassung die PLK vertreten.

(1) Richtwerte

Die 1969er Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sehen in der auf die 40-Stunden-Woche fortgeschriebenen Fassung folgende Richtwerte vor (Anlage 5 zur Stellungnahme SM), die rechtlich zwar unverbindlich sind, aber tatsächlich angewandt werden:

Behandlungsbereich Ärzte	
- Psychiatrische Intensivbehandlung (bis 3 Monate)	1 : 12,77
- Regelbehandlung (3 Monate bis 2 Jahre)	1 : 25,53
- Langzeitbehandlung (über 2 Jahre)	1 : 51,06

Pflegedienst	
Behandlungsbereich	1 : 2,93
(je nach Zentralisierungsgrad von Versorgungsdiensten und Aufgabenstellung als Durchschnittswerte)	

Diese Werte gelten allgemein für den Krankenhausbereich; es sind keine besonderen Angaben für die Psychiatrie ausgebracht.

Die 1969er Anhaltszahlen hat der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, vor dem Untersuchungsausschuß mit folgenden Worten charakterisiert:

„... daß die Anhaltszahlen von 1969 damals, als sie festgelegt wurden, sowohl für Ärzte, andere Mitarbeitergruppen und Pflegepersonal im Jahr 1969 die Festschreibung eines Mangelzustandes einer reinen Verwahrspsychiatrie waren. Es gab da große Stationen, zum Teil 40, 50, 60, 70 Patienten. Und für diese Station war damals eine Festlegung: Was braucht es, um diese Patienten einigermaßen zu betreuen? Da fand keine Individualbetreuung statt; Therapie im eigentlichen Sinn auch nicht“ (P 3/148).

Realisierung

Die nun schon 18 Jahre alten Anhaltszahlen wurden in den PLK unterschiedlich verwirklicht.

Emmendingen kämpft als einziges PLK noch um die volle Verwirklichung der 69er Anhaltszahlen. Dazu seien jetzt noch -nach Abzug der in 1987 in den Verhandlungen erreichten 30 Stellen- im Pflegedienst 11,7 Vollkräfte erforderlich, wie Verwaltungsdirektor Weidner bekundete (P 3/136):

„... noch 11,7 Vollkräfte (P 3/136), um die 69er Zahlen zu erreichen“.

Dabei machte der Zeuge folgende Rechnung auf (P 3/136 bis 141):

54 Stellen seien grundsätzlich erforderlich, um auf DKG 69 zu kommen. Darin seien Pflegedienststellen nur anteilig enthalten.

15 Stellen hätten die Krankenkassen geboten. Nach Intervention des Sozialministeriums hätten die Kassen schließlich 30 Stellen zugestanden. Unter diesen 30 Stellen seien 22 Pflegekräfte, 3 Ärzte, „ein halber Betriebsarzt“ und noch andere Kräfte aus dem medizinisch-technischen Bereich gewesen (P 3/136). Wenn er sich nun auf die 22 Pflegekräfte beschränke, so seien diese 22 Stellen von den 54 Gesamtbedarf abzuziehen. Damit blieben 32 Stellen Restbedarf.

In diesen 32 Stellen seien 26,5 Stellen enthalten, die aus zwei Rechnungsposten bestünden:

11,7 Stellen, um das Defizit zu DKG 69 zu decken und
14,8 Vollkräfte, die durch zusätzliche Freizeiten wie Urlaub und freie
Tage in Wegfall gekommen seien.

Diese 14,8 Vollkräfte wurden allerdings im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen nicht anerkannt, weil sie im Rahmen der Empfehlungsvereinbarungen mittelbar in die Pflegesätze eingeflossen sind. Dies wurde oben unter aa) begründet.

Für das Jahr 1987 hat der zuständige AOK Landesverband Südwest in Lahr nach Aussage seines Geschäftsführers Ohnmacht das Budget für Emmendingen wegen des anerkannten „Nachholbedarfes“ überproportional erhöht, und zwar um insgesamt 13,5 % von 1986 auf 1987 (P 3/63). Im einzelnen hat Verwaltungsdirektor Weidner den Personalzuwachs in Emmendingen für 1986 auf 1987 dem Untersuchungsausschuß mit Schreiben vom 30. Juli 1987 mitgeteilt. Danach wurde die Zahl der Ärzte von 40,5 um 3,5, die des Pflegepersonals von 408,5 um 10,5 und die der Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten von 9 um 3 erhöht.

In den meisten PLK werden die 69er Anhaltszahlen dagegen nicht nur erreicht, sondern überschritten.

So führte der Zeuge Steidlinger, Referent für das Krankenhauswesen beim AOK Landesverband Südwest in Lahr, aus:

„Die 69er Anhaltszahlen finden (Anm.: Anwendung) oder werden in der Praxis in aller Regel überschritten. . . . Durch Zuschläge, durch die Berücksichtigung von erhöhter Ausfallzeit. Das läßt sich aber nur schwer jeweils im konkreten Einzelfall nachvollziehen. Aber so per saldo wird man sagen können, daß die Anhaltszahlen überschritten werden.“ (P 3/87)

Diese Aussage wird mittelbar bestätigt durch das Zeugnis des Verwaltungsdirektors Kaltenbach aus Winnenden, der im Zusammenhang mit dem Ausgleich für tarifliche Veränderungen bekundete:

„Die Pflegesatzsteigerung war immer höher als die absolute Pflicht. Es war immer noch ein Kürteil dabei – aber zu gering, immer zu gering.“ (P 3/43)

Im übrigen haben andere PLK auch nichts anderes geltend gemacht.

Auswirkungen

Wie sich die Anhaltszahlen in der Praxis auswirken, hat Prof. Dr. Hole plastisch geschildert:

„Einer Station mit 25 Patienten stehen laut Wirtschaftlichkeitsprüfung und Anhaltszahlen einschließlich Nachtwachen etwa zehn Pflegepersonen zu. Von diesen zehn Pflegepersonen ist eine in der Nachtwache, eine hat nachwachefrei, eine ist im Urlaub, eine ist krank, eine ist schwanger, eine ist unterwegs mit den Patienten zu irgendeiner diagnostischen Maßnahme. Dann sind es noch vier. Von diesen vier, wenn nur eine einzige gebunden ist durch irgend etwas Spezielles, dann sind es noch drei. Und wenn jetzt irgendwo eine Krise losgeht oder plötzlich mehrere Aufnahmen an einem Tag kommen – wir haben Situationen mit zehn schwierigen Aufnahmen innerhalb von drei Tagen, das geht ja so in Wellen – dann dekompenziert die Station.“ (P 3/150)

Auf Nachfrage bezeichnete der Ärztliche Direktor sein Beispiel als „gewissermaßen reales Momentbild“ (P 3/150).

Zur erforderlichen Mindestbesetzung fordert Prof. Dr. Hole die Unterscheidung nach Stationen und stellt dann die Forderung auf:

„Vier müßten bei einer Station mit durchschnittlichem Schweregrad permanent präsent sein.“ (P 3/158)

Herr Prof. Dr. Hole bestätigt, daß die Krankenkassen dies als überzogene Forderungen bezeichnen und gibt als deren Zitat an:

„Für uns gibt es keine Mindestbesetzungen, sondern nur Anhaltzahlen; wenn Sie also Stationen verkleinern und dafür relativ mehr Pflegepersonal brauchen, ist das Ihre Sache.“ (P 3/158)

Pflegedienstleiterin Lerch aus Weißenau trug vor, sie bräuchte sechs Pflegekräfte, um einen Wochendienst tagsüber zu besetzen, so „daß immer einer da ist, um die Ausfallzeit abzufangen, Freizeit zu geben und um die Nachtwache zu besetzen. Das ist die Mindestzahl, . . ., damit auf der Station nichts passiert, daß immer jemand da ist“. (P 3/197)

Auf Frage, ob sie diese sechs Pflegekräfte als Mindestbesetzung ansähe, antwortete die Zeugin Lerch, dies sei nur die Mindestbesetzung einer Station „daß jemand da ist“, habe aber nichts damit zu tun, was sachlich geboten sei:

„Wenn jetzt von der Station her ein Krankheitsbild sich bietet, wenn ich jetzt eine Pflegestation habe, wo sehr viel Pflegefälle, Desorientierte, Bettlägerige sind, komme ich mit sechs (Anm.: Pflegekräften) auch bei 14 (Anm.: Patienten) nicht über die Runden, sondern ich habe immer nur eine Person da. Da muß ich also jetzt wieder die Krankheitsbilder berücksichtigen. Aber ich wollte damit eigentlich nur dokumentieren: Wenn eine Station 20 Betten hat und da sind vier frei, kann ich niemand rausziehen.“

Die Einschränkung im letzten Satz könnte man dahin deuten, daß die Pflegedienstleiterin die genannten sechs Pflegekräfte nicht als absolute Größe verstanden wissen wollte, sondern eher nur als realistische Größenordnung, um zu erläutern, warum vier freie Betten auf der Station es nicht gestatten, eine Pflegekraft abzuziehen.

(2) DKG-Anhaltzahlen 1985

Das am 10. Dezember 1985 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgestellte Konzept über „Verfahren und Anhaltswerte für die Personalbedarfsermittlung in psychiatrischen Krankenhäusern . . .“ wurde am 16. Dezember 1985 in die bis heute nicht beendeten Verhandlungen nach § 19 KHG über gemeinsame Empfehlungen der DKG und der Spitzenverbände der Kostenträger eingebracht und übergangsweise als einseitige Empfehlung herausgegeben (Hauptgeschäftsführer Dr. Pröbldorf in der Einleitung zu DKG 1985).

Das Verfahren und die Anhaltswerte gelten für Psychiatrische Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen für Psychiatrie in Allgemeinen Krankenhäusern und psychiatrische Sonderkrankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung für eine bestimmte Region. „Der regionale Versorgungsauftrag ist somit ein entscheidendes Kriterium für die Anwendung des neuen Konzepts.“ (Dr. Pröbldorf aaO)

Wesentliche Unterschiede zu den Anhaltzahlen von 1969/74 sind

- ein auf den Personalbedarf in der Psychiatrie spezialisiertes Verfahren;
- Differenzierung in den Anhaltzahlen zwischen Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- grundsätzliche Orientierung des Personalbedarfs an der Behandlungs- und Pflegeintensität;
- die Vorgabe neuer Berechnungsformeln, die zum Beispiel ermöglichen, die individuellen Ausfallzeiten einzurechnen, ohne die Bedarfszahlen umrechnen zu müssen;
- der Verzicht auf reine Anhaltzahlen-Vorgaben und statt dessen eine Methode und Berechnungsformel mit notwendig **krankenhausindividueller**

Berechnung; damit soll der „Hauptnachteil“ des bisherigen Verfahrens eliminiert werden, den die DKG darin sieht, daß die „Anhaltzahlen als Folge der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz von der Praxis nicht mehr als flexible Orientierungshilfen, sondern als Normenersatz verstanden und angewandt wurden“ (Dr. Pröbldorf, aaO). Das Krankenhaus muß nun seinen individuellen Stellenplan aufgrund der örtlichen Gegebenheiten erarbeiten; damit hat die DKG „der Analyse der spezifischen Gegebenheiten vor Ort sowie der individuellen Bedarfsermittlung den Vorrang eingeräumt.“ (Dr. Pröbldorf aaO)

- eine Erweiterung des geregelten Personalbedarfs von Ärzten und Pflegedienst um Diplom-Psychologen, -Pädagogen und -Soziologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Therapeuten und Stationshilfen.

Die Gliederung in 17 Stationstypen dient einer genaueren Berücksichtigung der Behandlungs- und Pflegeintensität, als dies nach der bisherigen Unterscheidung in Akut- und Aufnahmeversorgung einerseits bzw. Regel- und Langzeitversorgung andererseits möglich gewesen sei. (DKG 1985 Seite 11)

Kriterien für die Zuordnung der Stationen zu den einzelnen Typen sind die Behandlungsdauer, die Schwerstpflegebedürftigkeit, das Krankheitsbild der Patienten und die konkreten Behandlungsmaßnahmen. (DKG 1985 Seite 11)

Ein Beispiel mag verdeutlichen, wie die DKG-Anhaltzahlen 1985 funktionieren:

Station Typ 1 Erwachsenenpsychiatrie: Stationen, auf denen durchschnittlich wenigstens zwei Drittel der Patienten sich noch nicht drei Monate im jeweiligen Krankenhaus befinden (soweit nicht Typ 4 bis 12, 14 bis 17).

In Station Typ 1 bedarf jeder Patient 3,5 Arztstunden wöchentlich. Die effektive Arbeitszeit eines Arztes unter Berücksichtigung der Ausfallzeiten wird mit durchschnittlich 34 Stunden/Woche angesetzt. Daraus errechnet sich der

$$\begin{aligned} \text{Personalbedarf \u00c4rzte} &= \frac{3,5 \text{ Std. Arztbedarf/Woche} \times 23 \text{ Patienten}}{34 \text{ Stunden effektive Arbeitszeit}} \\ &= 2,37 \text{ \u00c4rzte in Station Typ 1} \end{aligned}$$

Ausfallzeiten sind nach den DKG-Anhaltzahlen 1985 nicht pauschal empfohlen, sondern sie sollen je Berufsgruppe individuell ermittelt werden.

Sitzwachen/Einzelbetreuung.

Stationstyp 7 betrifft „Patienten, die aufgrund ihrer extremen Verhaltensstörungen (zum Beispiel besondere Aggressivität) einer gesicherten Unterbringung und intensiven \u00dcberwachung bed\u00fcrfen“. (DKG 1985 Seite 15) Sitzwachen oder Einzelbetreuung sind aber in den Anhaltzahlen 1985 nach Aussage des Zeugen Prof. Dr. Hole (P 5/37) „so auch noch nicht“ enthalten. Der Sachverst\u00e4ndige Prof. Dr. D\u00f6rner best\u00e4tigte zu den Vorl\u00e4ufern der DKG 1985, den Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, da\u00df Sitzwachen und Einzelbetreuung dort „nicht mitgedacht“ worden seien. (P 5/181 und 175)

Differenz 69/85.

Wie hoch der Unterschied im Personalbedarf des KHG-Bereichs zwischen dem heutigen Zustand und DKG 85 ist, wurde bereits oben (I. 4 c) ausgef\u00fchrt: 630 Stellen w\u00e4ren es in den 9 PLK des Landes f\u00fcr das Jahr 1986; davon w\u00e4ren die 130 im Jahr 1987 erreichten Stellen noch abzuziehen (Stellungnahme SM, Seite 205).

Die Bewertung der DKG-Anhaltzahlen 1985 ist unterschiedlich.

Der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau Prof. Dr. Hole bezeichnete (P 3/177) die 85er Zahlen als

- „Mindeststandard beim Pflegepersonal“ (P 3/167) und als
- „akzeptabel“ für den ärztlichen Bereich in der allgemeinen Grundversorgung sowie als
- „nicht akzeptabel“ für Weißenau in der Universitätsfunktion und
- „schlecht besetzt“ im Funktionsdienst „aus historischen Gründen“ (P 5/50).

Auf die präzisierende Nachfrage,

ob er noch Grund zur Klage hätte, wenn die 85er Anhaltzahlen verwirklicht seien,

meinte Prof. Dr. Hole:

„In den 85er Anhaltzahlen ist immer noch nicht die Psychiatrie drin, die die Öffentlichkeit will und die wir betreiben könnten.“ (P 5/50)

Es wurde nicht geklärt, inwieweit Prof. Dr. Hole, der das PLK Weißenau zugleich als Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm leitet, seiner Wertung den von ihm geltend gemachten Zusatzbedarf als Akademisches Krankenhaus („Billiguniversitätspsychiatrie“ P 3/165) zugrunde legte.

Jedenfalls gibt das letzte Zitat Anlaß zu Zweifeln, ob der Ärztliche Direktor und Ordinarius klar unterscheidet zwischen dem Mindeststandard bei bestmöglicher Objektivierung des Bedarfs und zwischen dem, was nach seiner Vorstellung und Kenntnis über das heute therapeutisch Mögliche mindestens erforderlich wäre, um die hohen Ansprüche der Fachwelt und der von ihm angesprochenen Öffentlichkeit zu befriedigen. In puncto „Öffentlichkeit“ ist es nicht unwahrscheinlich, daß sich hier ein interessierter Kreis aus der Öffentlichkeit gegenüber dem Ärztlichen Direktor zu Wort meldet, nämlich die Angehörigen: Bei ihnen kann das Interesse nach einer besonders guten Psychiatrie legitimerweise im Vordergrund stehen.

Der Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, möchte das Personal

„insgesamt noch ein wenig mehr anpassen. Wir sind dabei, zu versuchen, Schlüsselzahlen zu erreichen, wobei uns ja die DKG-Anhaltzahlen von 1985 vorschweben. . . . da muß noch ein Kompromiß gefunden werden.“ (P 5/77)

Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Prof. Dr. Reimer, bestätigte auf Nachfrage, daß er weniger Probleme mit der Quantität des Personals habe als mit dem Mangel an ausreichend qualifizierten Therapeuten (P 5/115).

Über die Bedürfnisse in Weinsberg äußerte sich auch Oberpfleger und Personalratsvorsitzender Keicher:

„Ich möchte nicht einmal die Zahlen, Anhaltzahlen von 1985, zugrundelegen. Das wäre ja Wunschdenken von uns allen, so etwas zu erreichen. Sondern ich gehe jetzt von den alten Zahlen aus und vor allen Dingen nach der Untersuchung des KBI . . .“ (P 5/135)

Pflegedienstleiterin Ehrenreich von der Landesclinik Nordschwarzwald in Calw-Hirsau errechnete im Jahresbericht 1986 auf Seite 81 f. auf der Grundlage einer Wirtschaftlichkeitsprüfung des Krankenhaus-Beratungsinstitutes, Zürich (KBI), folgenden Personalbedarf:

„Anhand von Aufzeichnungen/Tagesprofilen konnten wir unsere pflegerisch-therapeutischen Tätigkeiten auf den einzelnen Krankenstationen transparent machen und auch den erforderlichen Mehrbedarf an Personalstellen aufzeigen und begründen. Der jetzige Personalschlüssel ist unzureichend.

Um eine gute, angemessene Pflege zu gewährleisten, benötigt die Landesklinik Nordschwarzwald zusätzlich 29,78 Personalstellen im Pflegedienst.

Die Berechnung nach den Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sowie der Personalbedarfermittlung in der Psychiatrie in der Deutschen Krankenhausgesellschaft, aufgeschlüsselt auf die jeweils spezifischen Stationstypen (Anm.: also DKG 1985), ergibt einen Mehrbedarf von zusätzlich 55,67 Personalstellen.

Um eine ausreichende pflegerische Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten, hält die Pflegedienstleitung einen Mehrbedarf von zusätzlich 16,5 Planstellen für unabdingbar erforderlich.“

Diesem Zitat kann die Auffassung der Pflegedienstleitung entnommen werden, daß die Anhaltzahlen Westfalen-Lippe bzw. der DKG 1985 besser als „gut, angemessen“ seien.

Wie oben I. 4 c ausgeführt besteht das Sozialministerium nicht auf voller Übernahme der Anhaltzahlen 1985, sondern bemüht sich, „in Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden einen weiteren Stellenausbau zu erreichen, der den neuen medizinischen Erkenntnissen im Behandlungsbereich stärker gerecht wird“. (Stellungnahme SM, Seite 204)

(3) Blick über die Grenze.

Es besteht bundesweit eine „Durststrecke“. Darauf hat nach der Stellungnahme SM (Seite 174) auch der Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West – sogenannte Bundesdirektorenkonferenz – mit bundesweiter Resolution vom 11. Mai 1987 hingewiesen.

Das Sozialministerium hat nach seiner Stellungnahme (Seite 177) in einer Umfrage bei anderen Bundesländern für das Jahr 1987 geringere Personalziffern als in Baden-Württemberg erfahren, nämlich zwischen 1 : 1,22 und 1,70. In Baden-Württemberg liegt diese Personalziffer, die das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten ausdrückt, für das Jahr 1986 bei 1 : 1,17 und im Jahr 1987 gewiß nicht darunter.

Derartige Vergleiche sind mit Rücksicht auf unterschiedliche Strukturen, örtliche Besonderheiten usw. nur unter Vorbehalt möglich. Mit Blick darauf, daß das schlechteste Verhältnis mit 1 : 1,70 unter dem hiesigen von vor zehn Jahren (1976 1 : 1,63) liegt und das beste Ergebnis von 1 : 1,22 in Baden-Württemberg schon zwischen 1980 (1 : 1,35) und 1986 (1 : 1,17) übertroffen (Zahlen laut Stellungnahme SM, Seite 176) wurde, läßt sich die Aussage wagen,

daß sich Baden-Württemberg bundesweit durchaus mit vergleichbaren Einrichtungen messen kann.

Dies wird bestätigt durch die Aussage der Zeugen und Sachverständigen.

Über die Verhältnisse in Saarbrücken berichtete der Leiter des Zentrums für Psychologische Medizin Saarbrücken, Prof. Dr. Dr. Schmitt, als Sachverständiger, die 1985er Anhaltzahlen würden in Saarbrücken nicht erreicht (P 5/198) und würden auch „schlicht und einfach nicht anerkannt“ (P 5/209). Auch das nächste französische „PLK“ in Saargmünd klagte über Personalmangel (P 5/210).

Prof. Dr. Dörner vom Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh trug vor, die für die Psychiatrie zuständigen Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen wollten Jahr für Jahr in ihre eigenen Anhaltzahlen hineinwachsen. Dies geschähe mit unterschiedlichem Tempo. Je mehr man an die 100%ige Erfüllung käme, desto eher reiche es bei „dieser oder jener oder einer dritten Stelle“ nicht mehr. Gütersloh gehöre zu den schnelleren Krankenhäusern zwischen 94 % und 98 % der Anhaltzahlen, während andere Krankenhäuser mit einem gemächlicheren Tempo bei 86 – 90 % seien. (P 5/180)

Im übrigen hat keiner der Sachverständigen und keiner der Zeugen behauptet, in anderen Bundesländern seien höhere Anhaltswerte als in Baden-Württemberg verwirklicht oder die psychiatrischen Verhältnisse generell besser. Umgekehrt hat Prof. Dr. Hole über andere Bundesländer auf Nachfrage bekundet: „Bei den anderen ist es zum Teil noch schlechter. Nur trauen die sich vielleicht gar nicht, irgend etwas zu sagen.“ (P 5/47)

Zu den Pflegesätzen in Pflegeheimen schreibt Verwaltungsdirektor Gessler des PLK Weißenau im Jahresbericht 1984 bis 1986 (Seite 105): „Neben der allgemeinen, unzureichenden – im Grunde deshalb inhumanen Personalausstattung der Pflegeheime in der Bundesrepublik insgesamt, die sicherlich den Landeswohlfahrtsverbänden nicht angelastet werden kann, . . .“

Nimmt man jetzt noch die Aussage des Zeugen Sing, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden, hinzu, die Krankenkassen lehnten bundesweit die 85er Anhaltswerte ab (P 3/111), so läßt sich folgern:

Der Standard der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg liegt nicht unter dem anderer Bundesländer und in Einzelfällen sogar darüber.

Diese Folgerung und das anschließende Fazit wurden mehrheitlich beschlossen.

Mit 6 : 4 Stimmen bei einer Enthaltung wurde der Änderungsantrag Nr. 62 der Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion abgelehnt, die Folgerung und das anschließende Fazit ersatzlos zu streichen.

(4) Fazit zu den Anhaltswerten

Es ist zu unterscheiden,

- was aus humanitärer Sicht zumindest erforderlich ist,
- was bei Sparsamkeit angemessen und möglich ist,
- was nach dem Stand der Wissenschaft machbar und wünschenswert ist.

Dies ist in erster Linie eine Frage der politischen Würdigung.

Gleichwohl hat die Beweisaufnahme insoweit ergeben: Kein Zeuge oder Sachverständiger hat so scharf wie der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau die 85er Anhaltswerte gefordert und zugleich als nur noch bedingt ausreichend angesehen.

Zugleich sind Ausdrücke wie „Wunschdenken von uns allen“ nicht wörtlich in dem Sinne zu nehmen, daß die 85er Anhaltswerte nicht erforderlich seien. Vielmehr drängt sich aus dem Zusammenhang der Aussagen der Eindruck auf, daß hier auch ein wenig Resignation im Spiele ist angesichts der koordiniert und konsequent ablehnenden Haltung der Krankenkassen.

Insgesamt scheinen die 85er Zahlen eher anstrebenswert bzw. zukünftig erforderlich als heute zu 100 % unabdingbar, während die 69er Anhaltswerte nicht mehr ausreichen und Verhältnisse schaffen können, die sich der noch zu definierenden Humanitätsschwelle nähern.

Was angemessen ist, ist nicht festgeschrieben, sondern richtet sich oberhalb der Humanitätsschwelle nach den jeweiligen Verhältnissen in der Gesellschaft. Dies bedeutet zugleich, daß für die politische Entscheidung ein erheblicher Spielraum mit folgenden Grenzen besteht:

- nach unten in der gleichfalls entwicklungsabhängigen Humanitätsschwelle
- nach oben im Gebot der Gleichbehandlung.

Als vergleichbar kommen insbesondere folgende Gruppen in Frage:

- Psychisch nicht kranke Heimbewohner, die als Pflegefälle gelten, zu den psychisch kranken Pflegefällen
- Strafgefangene zum Maßregelvollzug

- Arbeitslose zu Suchtkranken (Rehabilitationsleistungen nach RVO)
- unter besonderer Beachtung der strukturellen Unterschiede: somatisch Kranke mit psychisch Kranken.

cc) Ausfallzeiten

Über diesen Kernpunkt der Klagen aus den PLK hat der Untersuchungsausschuß am 2. Juli Beweis erhoben über die Behauptungen, daß

- in den PLK durch (5) erhöhte (3) Ausfallzeiten (2) infolge (6) tariflicher Regelungen Mangel beim Pflegepersonal (1) eingetreten ist;
- die Ausfallzeiten im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern geltend gemacht (4) worden sind;
- mit einer personellen Mindestbesetzung (8), die kurzfristig erreichbar ist (9), der Mangel beseitigt werden kann (7).

(1) Mangel beim Pflegepersonal

Was ein solcher Mangel ist und nach welchem Maßstab er sich richtet, ist nicht festgelegt. Im folgenden wird unter Mangel ein Unterschreiten des maßgeblichen Maßstabes verstanden. Welcher Maßstab maßgeblich ist, unterliegt in den Grenzen des Verfassungsrechts der politischen Wertung.

Es bieten sich mindestens diese drei Maßstäbe an:

- „Betriebsschwelle“ – Aufrechterhaltung des Betriebes, so daß „jemand da ist“ (Zeugin Lerch P 3/197), Patienten werden im wesentlichen nur verwahrt, rechtliche Verantwortbarkeit unter dem Gesichtspunkt des Organisationsverschuldens ist gerade noch gegeben;
- „Therapieschwelle“ – wie zuvor und zusätzlich: ein Minimum an Therapie ist möglich, aber längst nicht soviel wie sinnvoll und wünschenswert;
- „Perspektivschwelle“ – das, was nach heutiger medizinischer Erkenntnis wünschenswert wäre für eine Versorgung mit optimalen Heilungschancen.

Nur die dritte Definition berücksichtigt den therapeutischen Fortschritt ausdrücklich. In den anderen Definitionen ist er zu einem sehr viel geringeren Teil auch enthalten: soweit nämlich Maßstäbe der Menschlichkeit und des Sozialstaates über das Verfassungsrecht mit Rücksicht auf die Entwicklung der Gesellschaft die Wertung dynamisieren, was denn nun Mindeststandard ist.

Dieser mehrheitlich gebilligten Unterteilung in drei „Schwellen“ hatten die Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion eine viergliedrige Unterteilung entgegengesetzt (Änderungsantrag Nr. 63).

Bei der abschnittsweise folgenden Würdigung ist zu berücksichtigen, daß die Zeugen und Sachverständigen wie bei der Bewertung der Anhaltzahlen von unterschiedlichen Auffassungen darüber ausgehen, was für sie ein Mangel ist.

W i n n e n d e n

So antwortete Verwaltungsdirektor Kaltenbach vom PLK Winnenden auf die Frage,

warum bei gleicher Belegung und Zuwachs an Personal keine Entlastung eingetreten sei,

ihm sei auf die gleiche Frage geantwortet worden,

die Mindestbesetzung reiche gerade für die Verwahrung, noch nicht für eine Therapie; erst wenn eine Entlastung dadurch eintrete, daß Patienten zur Therapie gingen, könne mit den (Anm.: auf der Station gebliebenen anderen) Patienten therapeutisch gearbeitet werden. (P 3/39)

Nach den von Verwaltungsdirektor Kaltenbach genannten Zahlen hatte der Pflegedienst im Behandlungsfallbereich von 1979 bis 1986 einen Zuwachs von 199,9 auf 245,24 Vollkräfte um 22,6 %. (P 3/38)

Der Ärztliche Direktor, Dr. von Maltzahn, sprach von einem „ganz massiven Nachholbedarf“ (P 3/9). Im geronto-psychiatrischen und im Langzeit- und Rehabilitationsbereich bestehe im pflegerischen wie auch im ärztlichen Bereich und auch in zusätzlichen therapeutischen Disziplinen schon ein solcher Mangel, der ihn massiv nötige und wo er sich schwertue, dies noch zu verantworten. (P 3/8) In diesen Bereichen bestünde kein Konsens mit den Kostenträgern über das, was eine Mindestbesetzung ist, was ärztlich vertretbar ist und was der Gesetzgeber als „ausreichende Behandlung“ verstehe. (P 3/7)

Allerdings habe sich der Landeswohlfahrtsverband als Kostenträger für Pflegefälle kürzlich zu einer gewissen Verbesserung bereitgefunden, „die uns schon aus der aktuellen, ganz massiven Not eine gewisse Erleichterung bringt“. (P 3/9)

Unter ausdrücklicher Abgrenzung von hohen Ansprüchen und „Privatutopien“ faßte Dr. von Maltzahn zusammen:

„... Wir bewegen uns ganz überwiegend an der Mindestgrenze dessen, was wir überhaupt noch für vertretbar halten.“ (P 3/20)

Pflegedienstleiter Uphal hat Sorgen mit der „zunehmenden Überbelastung des Pflegepersonals“ (JB Winnenden 1986, Seite 36). Im vergangenen Jahr hätte eine Vollbesetzung im Pflegedienst annähernd erreicht werden können. Den psychiatrischen Aufnahmestationen würden vermehrt Patienten mit Fremd- und Selbstgefährdungstendenzen zugeführt. Diese Tatsache führe nicht selten dazu,

„daß drei bis vier erregte oder suizidale Patienten auf einer Station die diensthabenden Pflegekräfte voll in Anspruch nehmen und die übrigen Patienten einen Abmangel an pflegerischer Betreuung haben.“ (aaO)

Und weiter heißt es im Bericht des Pflegedienstleiters Uphal:

„Die Krankenpflege in den Bereichen Geronto-Psychiatrie und Akut-Psychiatrie einschließlich der Langzeit-Aufnahmestationen reduziert sich zunehmend auf die Sicherstellung der wichtigsten Grundbedürfnisse des Patienten, das heißt Sauberkeit, Ernährung, Verabreichung verordneter Arzneimittel und die Durchführung Grund- und behandlungspflegerischer Maßnahmen. Regelmäßige Spaziergänge mit den Patienten, Gartenaufenthalte, Veranstaltungsbesuche, Gottesdienstbesuche und Freizeitgestaltung sind nur noch eingeschränkt durchführbar. Die persönliche Zuwendung zum einzelnen Patienten wird auf ein Mindestmaß reduziert. Hinzu kommt eine schon fast zur Normalität gewordene ständige Überbelegung vieler Krankenstationen.“

Eine Erhöhung der Mitarbeiterzahl im Pflegedienst wird auf die Zukunft hin dringend erforderlich sein, wenn die Qualität der Pflege auch auf die Zukunft hin gesichert werden soll.“ (JB 1986, Seite 37)

Würdigung. In den Teilbereichen Geriatrie, Langzeit und Rehabilitation ist die Mindestbesetzung zur Aufrechterhaltung des Betriebs (Betriebschwelle) gewahrt. Im übrigen Bereich ist die „Therapieschwelle“ zum großen Teil erreicht, es wird aber ein starker Mangel an Personal, insbesondere an Pflegekräften, empfunden, der durch Therapiedefizite und Zusatzbelastung des Personals aufgefangen wird. Nicht erreicht ist die Perspektivschwelle.

E m m e n d i n g e n

Von den Krankenkassen ist ein „Nachholbedarf“ anerkannt. Er wurde mit einer überproportionalen Steigerung des Budgets in 1987 von insgesamt 13,6 % berücksichtigt. (Zeuge Ohnmacht, Geschäftsführer des AOK Landesverbandes Südwest in Lahr P 3/72)

Der Anteil des Pflegedienstes müßte hier beträchtlich sein, klagte doch Pflegedienstleiter Sauer im Jahresbericht 1986 (Seite 40) über die Einsparung von 30 Stellen. Diese Einsparung durch Nichtbesetzung offener Stellen wird im Geschäftsbericht auf Seite 51 mit dem Belegungsrückgang gerechtfertigt. Außerdem habe die Trennung des Pflegefallbereichs vom Behandlungsfallbereich dort personelle „Löcher“ entstehen lassen, weil die vom LWV finanzierten Stellen nun auch wirklich im Pflegefallbereich hätten nachgewiesen werden müssen. Umorganisation habe Abhilfe geschaffen, die Leidtragenden seien die Patienten (Seite 40).

Der Ärztliche Direktor, Dr. Krzepinski, sah letztlich eine „Personalreduzierung“ durch Nichtbesetzung offener Stellen (P 3/130). Im Ergebnis bezeichnete er Berichte über „katastrophale Zustände“ oder „Mißstände“ als „aufgebauscht“, „... aber daß wir weithin einen Mangel verwalten, das kann man immer noch sagen“. (P 3/128)

Im Vorwort des Jahresberichtes 1986 schreibt die gemeinsame Krankenhausleitung:

„Zusammenfassend kann gesagt werden, daß angesichts unserer beschränkten personellen Möglichkeiten nur durch den überdurchschnittlichen Einsatz und das große Engagement vieler Mitarbeiter gewisse Fortschritte bei der stationären Versorgung und sozialen Wiedereingliederung der Kranken erzielt werden konnten.“

Im Jahresbericht 1986 wird ferner über eine nicht vertretbare Reduzierung der ärztlichen Präsenz in den Stationen 2 bis 5 (Dr. Hertkorn, Seite 3) und eine „empfindliche und kaum verantwortbare Funktionseinbuße des Bereichs Gerontopsychiatrie“ (Dr. Hakim, Seite 5) geklagt. In der Psychotherapie sei „vor allem die therapeutische Besetzung mit zwei Stationsärzten bei durchschnittlich 25 Patienten nicht einmal annähernd ausreichend“ (Dr. Ehrlinspiel, Seite 18).

Personalmangel habe es verhindert, den Patienten bei gewissen Therapien personell zu begleiten. Suizidale Patienten hätten nicht die notwendige intensive personelle Betreuung erhalten, und dasselbe gelte für fixierte oder isolierte Patienten, die eigentlich rund um die Uhr in direktem Kontakt betreut werden müßten. (Pflegedienstleiter Sauer, JB 1986, Seite 42)

Würdigung. Das PLK Emmendingen wurde durch einen starken Belegungsrückgang seit 1985 (zum Beispiel 1986 zu 1985: 8,39 %, JB 1986, Seite 45) gezwungen, Personalkosten zu sparen. Hier haben auch die Krankenkassen das Budget 1987 überproportional erhöht. Zur Verschärfung der Lage bei Pflegekräften trägt auch der oben erwähnte (II. 1 a dd)) permanente Abzug von rund 17 Pflegekräften zu Therapiestellen bei.

In Einzelbereichen scheint die Betriebsschwelle gefährdet, bei Gesamtbeurteilung ist sie aber noch eingehalten. Die Therapieschwelle wird nur in einzelnen Bereichen erreicht. Der Personalmangel wird von und bei Ärzten stärker empfunden als bei Pflegekräften, wo im Ergebnis keine „unvertretbaren Zustände“ behauptet wurden.

Dies gilt auch für die vom Pflegedienstleiter angeführten suizidalen, die isolierten und fixierten Patienten. Der Pflegedienstleiter hat nämlich keine besonderen Gefahren aus diesem Betreuungsdefizit abgeleitet, die auf eine Gefährdung der Betriebsschwelle schließen ließen. Vielmehr war es sogar möglich, den „Löchern“ im Behandlungsfallbereich abzuweichen, die infolge der tatsächlichen Trennung des Pflegebereichs von dem Behandlungsfallbereich dort entstanden waren – freilich zu Lasten der Patienten. Insgesamt läßt sich folgern, daß der Pflegedienstleiter mehr die Therapieschwelle als die Betriebsschwelle im Sinn hatte.

Weißenu

Für den Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Hole ist es keine Frage, daß auf der Grundlage der geltenden Anhaltszahlen von 1969 eine 25-Betten-Station „real nicht zu handhaben“ ist (P 3/149). Mit den 69er Anhaltszahlen gebe es auch ohne nicht ersetzte Ausfallzeiten einen Mangelzustand (aaO). An einem normalen Werktag müßten über 16 Stunden hinweg als Mindestbesetzung immer zwei Leute präsent sein auf den Stationen, und dann bräuchte das PLK Weißenu bereits 26 Pflegepersonen mehr im Jahr. Die Anwesenheit von zwei Pflegekräften sei allerdings „diskutabel nur in der Leichtpsychiatrie“, aber nicht bei der heutigen Schwerepsychiatrie mit einer Konzentration der Patienten mit schwereren Krankheitsbildern. Für eine solche Station mit durchschnittlichem Schweregrad müßten permanent vier Pflegekräfte anwesend sein. Dies würden die Kassen nicht anerkennen, sondern als „überzogene Forderungen“ bezeichnen. (P 3/157 f.)

Auf Frage, ob er sich von den in einem Artikel verwendeten Ausdruck „katastrophale Zustände“ distanzieren, antwortete der Ärztliche Direktor, daß es einen Unterschied gäbe zwischen dem, was die Mitarbeiter dem Reporter gesagt hätten und dem, was schließlich redaktionell im Artikel herausgekommen sei. Da gäbe es natürlich Dinge, die er nun „echt anders formuliert“ hätte (P 3/163), andererseits habe es an der Basis „ungeheuer gebrodelt“ (aaO).

Auf die Frage nach dem Qualitätsmaßstab für eine „sinnvolle Psychiatrie“ (P 3/167) verwies der Ärztliche Direktor auf die DKG-Anhaltszahlen von 1985 und führte aus, das „qualitative Problem“ trete immer dort auf, „wo wir für zusätzliche Dinge keine Luft haben“ (P 3/168). Bei den drei klassischen Krisenbereichen Suizidalität, Aggressivität und Angstzustände gäbe es nicht den „Hintergrund an Bereitschaft, um dann zum Beispiel Einzelbetreuung durchzuführen“. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie könne er das sogenannte Bezugspersonensystem gerade noch aufrechterhalten, weil er auf eigene Verantwortung von der Erwachsenenpsychiatrie zusätzliches Pflegepersonal und Ärzte, die der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zustünden, dorthin verwiesen habe. Das Bezugspersonensystem habe er auf der Depressionsstation bis zum Jahr 1982 durchhalten und bei hochsuizidalen Patienten einführen können. (aaO)

Bei seiner erneuten Vernehmung berichtete der Zeuge Prof. Dr. Hole von den Klagen niedergelassener Ärzte, im PLK werde „nicht einmal das Minimum an Basisbetreuung“ geleistet (P 5/36).

Zu den weiteren Beweisthemen der Isolierung, Fixierung und der Dosierung von Psychopharmaka führte Prof. Dr. Hole aus, auch hier seien die heute erforderlichen personellen Voraussetzungen nicht gewahrt. Einzelheiten werden unter II. 6 zu erörtern sein.

Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Prüfbericht von 17. Februar 1984 über eine Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde sowohl in der Beweisaufnahme (P 3/183 ff.) als auch im Vorwort der gemeinsamen Krankenhausleitung zum Jahresbericht 1984 bis 1986 (Seite II bis III) als unrichtig bezeichnet. Insbesondere macht die Krankenhausleitung geltend,

- die Prüfer seien an die „völlig veralteten Anhaltszahlen von 1969 gebunden“ gewesen;
- hätten „als Laien keine Ahnung von den realen Problemen der klinischen Psychiatrie, speziell noch unter Bedingungen der Vollversorgung“;
- die „komplizierte und zugleich einmalige Aufgabenstruktur“ des PLK mit der gleichzeitigen Funktion als Universitätsklinik hätte „die Prüfer sowohl von der zur Verfügung stehenden Zeit als auch vom Inhalt her sichtlich überfordert“. Ferner bemängelte die Krankenhausleitung ein „permanentes Bestreben, das PLK Weißenu an noch schlechter ausgestatteten psychiatrischen Häusern zu messen, also gerade auch die bei uns erreichten modellhaften Fortschritte zu beschneiden oder zu ignorieren“.

Sowohl der Kostenträger als auch das PLK haben die auf den Ergebnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung beruhenden Pflegesatzbescheide im Jahr 1984 angefochten. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung und daraus zu ziehende Konsequenzen waren auch Gegenstand einer Kleinen Anfrage im Landtag, Drucksache 9/213, über die der Sozialausschuß mit Beschlußempfehlung vom 18. April 1985 (Drs. 9/1700) beraten und entschieden hat. Im Ergebnis hat das Regierungspräsidium Tübingen für Arbeits- und Beschäftigungstherapie einen Personalschlüssel von 1 : 22 als pflegesatzrelevant anerkannt und ist damit nur in diesem Punkt von dem Prüfungsbericht mit Ansatz von 1 : 35 abgewichen.

Im Vorwort der Krankenhausleitung zum Jahresbericht 1984 bis 1986 (Seite III) heißt es weiter, die jährlichen Pflegesatzverhandlungen spiegelten

„in unverminderter Heftigkeit die Kontroverse zwischen den von uns vertretenen notwendigen personellen Besetzungen für die Durchführung moderner psychiatrischer Konzepte einerseits und den restriktiven, auf die Anhaltzahlen von 1969 und die Wirtschaftlichkeitsprüfung festgelegten Kostenträgern andererseits.“

Diese seien nur zu Zuschlägen im Rahmen der allgemein anerkannten Kostensteigerung bereit, nicht jedoch dazu, einen weiteren „Ansatz für Verbesserungen, Spezialaufgaben oder Innovationen zu akzeptieren.“

Da nicht einmal die laufend höher gewordenen Ausfallzeiten ersetzt worden seien, sei es zu einer „personellen Auszehrung im ganzen Haus, mit besonders negativer Auswirkung in der direkten pflegerischen und therapeutischen Betreuung“ gekommen. Besonders in den Pflegesatzverhandlungen 1986 sei deutlich geworden,

„daß die Kostenträgerseite nicht bereit war, Mindestbesetzungen auf den Stationen anzuerkennen, sondern nur mit den alten Anhaltzahlen zu operieren. Dies bedeutet de facto die Nicht-Anerkennung der elementarsten Erfordernisse des psychiatrischen Fortschritts ...“ (Vorwort JB 1984 bis 1986, Seite III).

Der Ärztliche Direktor und der Pflegedienstleiter hätten außerdem zum Ende dieser Pflegesatzverhandlungen am 21. Oktober 1986 eine gemeinsame Erklärung zu Protokoll gegeben, daß die Kostenträger die von ihnen für notwendig erachteten personellen Verbesserungen „trotz Hinweises auf die möglichen negativen Folgen“ abgelehnt hätten. Zu den unmittelbaren Folgen rechnet die Krankenhausleitung eine „Verschlechterung auch der Basisversorgung“. (aaO)

Pflegedienstleiter Deutsch-Riegler schreibt im Jahresbericht 1984 bis 1986:

„Bereits Ende des Jahres 1986 war abzusehen, daß eine ausreichende Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal nicht mehr zu gewährleisten ist. Dadurch, daß der Gesamtpersonalstand gegen Ende 1986 den Anfangsstand von 1984 erreicht hatte, hat sich eine tatsächliche Verschlechterung ergeben“ (Seite 86).

Für das Jahr 1987 gibt der Pflegedienstleiter „aufgrund zur Zeit gültiger Anhaltzahlen“ einen Gesamtfehlbestand für alle vier Patientengebiete von 31 Vollkräften im Pflegedienst an. (JB 1984 bis 1986, Seite 87)

Verwaltungsdirektor Gessler faßt im Jahresbericht (Seite 104) zusammen:

„... daß insbesondere im Pflegedienst und im Funktionsdienst erheblich Personal fehlt. Dies vor allem infolge der unzulänglichen Anhaltzahlen, falsch berechneten Ausfallzeiten im KH-Teil (Anm.: Krankenbehandlung nach KHG) und deren weiteren allgemeinen Anstiegs“. Außerdem seien die Patienten schwieriger zu behandeln.

Im Vorwort der Krankenhausleitung zum Jahresbericht 1982 heißt es, die

Pläne des Sozialministeriums über eine räumliche Trennung von Behandlungsfällen und Pflegefällen hätten sich

„wie Reif auf die eigenen strukturellen Fortentwicklungspläne geschlagen und die Motivation der Mitarbeiter zu eigenen Initiativen in Detailverbesserungen deutlich gelähmt“ (Seite 1). Weiter werden die Bestrebungen der Landesregierung um „Außenfürsorge“ als „schwerwiegender Rückschritt, wenn nicht geradezu als Schlag gegen mühsam aufgebaute Fortschritte im extramuralen Bereich“ (Seite 2) gewertet, und es wird darauf verwiesen, daß es jetzt gelungen sei, die „moderne Reittherapie“ zu etablieren (Seite 3 des Vorwortes).

Im Rückblick auf das Berichtsjahr zeichnete sich der Krankenhausleitung deutlich die Gefahr ab, daß die zunehmenden finanziellen und formellen Restriktionen, die den Alltag und damit die Patientenarbeit belasteten und behinderten, bei vielen Mitarbeitern auch den Schwung und das Interesse beeinträchtigte mit dem sie am Werk seien:

„Das Empfinden, immer weniger Eigeninitiative realisieren zu können und immer mehr dem Druck übergeordneter Verfügungen ausgeliefert zu sein, hat sich bei nicht wenigen breitgemacht. Sollte der große ‚Veränderungs-Schwung‘ aus der Psychiatrie der vergangenen Jahre jetzt tatsächlich abnehmen, so wäre das das Schlimmste, was der Psychiatrie passieren könnte. Denn reine Routine und bloßes Sichverhalten nach Vorschriften ist für sie tödlich ...“ (Seite 5 des Vorwortes zum JB 1982).

Einen besonderen Personalbedarf macht das PLK Weißenau mit Rücksicht auf seine Aufgabe als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm geltend. Im Jahresbericht 1984 bis 1986 weist Prof. Dr. Hole auf eine „deutlich schlechtere personelle Ausstattung im Vergleich zu anderen Universitätskliniken einerseits und eine identische Aufgabenstellung andererseits“ hin (Seite 218). Die weiteren Tatsachenbehauptungen zu diesem Themenbereich sind nicht Gegenstand des Untersuchungsauftrages, an den der Untersuchungsausschuß nach dem Gesetz gebunden ist. Die universitäre Zusatzaufgabe ist hier lediglich insoweit von Bedeutung, als Prof. Dr. Hole geltend macht, der ihm hierfür zugebilligte pauschale Zuschlag von 10 % auf die alten Anhaltszahlen genüge nicht (zum Beispiel Vorwort JB 1984 bis 1986, Seite II).

Würdigung. So klar und eindeutig die Klagen über den Personalmangel auch bei Pflegekräften sind, ist besonders hier nach dem Maßstab zu fragen, der diesen Wertungen zugrunde liegt.

Den obigen Zitaten ließen sich weitere hinzufügen, die ein besonderes Streben nach Fortschritten in der Psychiatrie belegen. Auch die zahlreichen Projekte, die das PLK aufzubauen versucht, oder die von ihm ausgehenden Initiativen und Impulse zum Beispiel im Rahmen der universitären Zusatzaufgabe oder der Reittherapie nähren Zweifel, ob die geltend gemachten „Mindestbesetzungen“ noch solche der Therapieschwelle und nicht längst der Perspektivschwelle zuzuordnen sind.

Entsprechendes gilt für die später zu erörternden Fragen der Isolierung, Fixierung und der Sitzwachen. Wer sich der Auffassung anschließt (Prof. Dr. Hole, P 5/5), solche Sitzwachen oder Einzelbetreuungen seien erforderlich, gelangt schnell zu dem Ergebnis, bei hier auftretenden Engpässen werde es „prekär, nicht mehr verantwortlich und auch inhuman“ (Prof. Dr. Hole, P 5/9; ähnlich im Vorwort JB 1984 bis 1986, Seite X).

Andererseits wäre es verfehlt, sämtliche Forderungen als überzogen abzutun. So hat der Pflegedienstleiter aufgrund zur Zeit gültiger Anhaltszahlen einen Gesamtfehlbestand für alle Patientenbereiche von 31 Vollkräften im Pflegedienst angegeben.

Im Ergebnis ist auch hier die Betriebsschwelle gewahrt und die Therapieschwelle zum Teil erreicht.

Bad Schussenried

Die allgemeine Personalsituation im PLK Bad Schussenried war nicht Gegenstand der Beweisaufnahme vom 2. Juli; die an diesem Tag als Zeuge vernommenen Mitarbeiter des PLK, Pflegedienstleiterin Lerch und Verwaltungsdirektor Weber, haben insoweit keine Aussagen gemacht.

Im Vorwort zum Jahresbericht 1986 appelliert die Krankenhausleitung an den Krankenhausträger, für die Entwöhnungsbehandlung „vorübergehende Defizite“ zu tragen, „bis die Landesversicherungsanstalt Württemberg uns kostendeckende Pflegesätze zugesteht“. (Seite 1)

Über den Krankenhausbereich heißt es, daß die Budgetverhandlungen ein unbefriedigendes Ergebnis gebracht hätten und daß eine „dringende notwendige Aufstockung von Pflegepersonal“ nach dem vereinbarten Budget nicht möglich gewesen sei (Vorwort Seite 2) und weiter:

„Die Krankenhausleitung hatte in einer Protokollnotiz zu dem vereinbarten Budget deutlich gemacht, daß wir uns aufgrund der personellen Unterbesetzung auf den Stationen des Behandlungsbereiches vorhalten müssen, einzelne Stationen (zum Beispiel Mehrfachbehindertestation, Psychotherapiestation) zu schließen, was natürlich zu einer Verschlechterung der Qualität in der Behandlung unserer Kranken führen muß. Die Krankenkassen beharren nach wie vor auf den völlig überholten Personalanhaltszahlen aus dem Jahre 1969. Ein schrittweises ‚Hineinwachsen‘ in die DKG-Anhaltszahlen (Anm.: von 1985) wird kategorisch abgelehnt. Auch hier erhoffen wir uns vom Krankenhausträger in Verhandlungen ‚auf höherer Ebene‘ Unterstützung.

Strukturellen und organisatorischen Änderungen bzw. Anpassungen sind hier sehr enge Grenzen gesetzt, wenn nicht die erreichte Qualität der Versorgung leiden soll.“ (JB 1986, Vorwort Seite 3)

Die Pflegekostenvereinbarung für Pflegefälle bemesse, bezogen auf die Bad Schussenrieder Verhältnisse, die Personalanhaltszahlen für das Wirtschaftspersonal zu knapp. Vorübergehend sei dies mit Pflegepersonal „verrechnet worden“. Man hoffe, daß es dem Krankenhausträger gelingen werde, mit dem LWV eine Änderung zu erreichen. Ansonsten müsse beim Wirtschaftspersonal zugunsten von Pflegepersonal weiter abgebaut werden, was zu einer Qualitätsverschlechterung in der wirtschaftlichen und technischen Versorgung der Kranken führen würde.

Abschließend heißt es im Vorwort, daß das Jahr 1986 das PLK Bad Schussenried „außer den aufgezeigten Problemen vor keine unüberwindbaren Aufgaben“ gestellt habe. (aaO)

Im Bericht über die Akutpsychiatrie bezeichnet Dr. Metzger „besonders die Ausstattung der Station mit Pflegepersonal, insbesondere Station 3 und 11,“ und wie bereits im Vorjahr beanstandet als „unbefriedigend“ (JB 1986, Seite 5). Wie Dr. Metzger weiter ausführt, müsse eine zunehmende Verbesserung der außerstationären Versorgung psychisch Kranker „Zug um Zug“ mit der Verbesserung des stationären Behandlungsangebotes einhergehen. (aaO)

Die Behandlung der Patienten habe sich ebenfalls im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. (JB 1986, Seite 6)

Mitarbeiter Neher berichtet über die Gerontopsychiatrie. Auf dem Pflegepersonal sowohl der Aufnahme- wie der Pflegestationen laste eine „massive – zeitweise kaum noch tragbare – Arbeitsbelastung“ (JB Seite 7). Eine „angemessene Pflege“ sei mit dem gegebenen Personal nicht durchführbar. Die Zahl der Mitarbeiter reiche kaum für eine „sichere Pflege“. Mindestens zeitweise gerieten einzelne Stationen in den Bereich der „gefährlichen Pflege“ (aaO).

Die verwendeten Begriffe erläuterte Mitarbeiter Neher auf Seite 9 des Jahresberichtes 1986:

„Gefährliche Pflege‘ versorgt den Patienten mit dem Notwendigsten, fördert jedoch nicht seine Mobilisation, das heißt verschiedene Tätigkeiten werden nicht, unvollständig oder oberflächlich ausgeführt. Daraus folgt, daß der Patient überwiegend im Bett bleibt, gefüttert wird, einen Katheter trägt und sich selbst überlassen ist; er nimmt Schaden an Leib und Seele. Die Gesundheitseinrichtung ist mit dem Siechenheim vergleichbar, in dem der Patient dahindämmert.

„Sichere Pflege‘ versorgt den Patienten so, daß zu einer chronischen Erkrankung kein weiteres Leiden hinzukommt; das heißt er wird bewegt durch Therapeuten oder Pflegepersonal, er wird aus dem Bett genommen, um am Tisch zu essen, muß sich aber im übrigen den pflegerischen Gegebenheiten anpassen; eine individuelle Pflege kann nicht erfolgen. Bei bettlägerigen Patienten wird durch prophylaktische Maßnahmen gegen die Entstehung von Liegegeschwüren gearbeitet. Seinen seelischen Problemen kann sich aber kaum gewidmet werden.

„Angemessene Pflege‘ versorgt den Patienten körperlich weitgehender als die sichere Pflege und geht individuell auf den Patienten ein. Sie versucht, seine Krankheiten zu bessern, zum Beispiel durch Toiletentraining und aktivierende Mobilisation, und sorgt durch Gespräche auch für sein seelisches Wohlbefinden. Das Personal hat die Zeit und die Möglichkeit, sich um seine Probleme zu kümmern.“

(Anm.: Diese Erläuterungen bezeichnet Mitarbeiter Neher als Zitat aus „Senioren Post Berlin“, März 1987, Seite 8)

Über die Entwöhnungsstation für Suchtkranke führte Mitarbeiter Sahnwaldt im Jahresbericht 1986 auf Seite 13 f. aus, durch Reduzierung der Bettenzahl im Sommer 1984 von 38 auf 15 sei die Station in wirtschaftlicher Hinsicht unter das „Existenzminimum“ geraten. „Eine Kostensenkung durch Personalabbau war nicht vertretbar, weil dieser zwangsläufig die Qualität der von der Station angebotenen Therapie verschlechtert und sich damit wieder auf die Belegung negativ ausgewirkt hätte, ganz abgesehen davon, daß eine ausreichende pflegedienstliche Besetzung der Station bei einer Personalverminderung nicht mehr möglich gewesen wäre.“ Es sei nicht nur darum gegangen, die Bedingungen der Landesversicherungsanstalt als hauptsächlichem Kostenträger in bezug auf die personelle Ausstattung zu erfüllen, sondern auch die Ansprüche des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke. In einem Protokoll des Beratungs- und Besuchsdienstes dieses Verbandes sei die therapeutische Arbeit innerhalb der Station als „gut und erfolgversprechend“ beurteilt worden. Gleichzeitig sei aber bemängelt worden, daß „begleitende und unterstützende Therapieformen, wie Arbeitstherapie-, Beschäftigungstherapie, Sport und andere . . . weder inhaltlich noch personell (Ausbildung) den Anforderungen, welche an eine Entwöhnungstherapie gestellt werden müssen,“ entsprechen. Das Beratungs- und Besuchsgremium habe daher eine Aufnahme der Suchtentwöhnungsstation des PLK Bad Schussenried in den Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke nicht empfohlen. (JB 1986, Seite 14)

Über die Rehabilitation/Sozialpsychiatrie berichtet der Ärztliche Direktor Dr. Dumke, nach wie vor bestehe ein erheblicher Personalmangel, der abzumildern wäre, wenn der Überhang beim klinischen Hauspersonal, der immer noch mit dem Pflegepersonal „verrechnet“ werde, abgebaut werden könne. (JB 1986, Seite 21)

Pflegedienstleiterin Lerch begründet, warum keine Personalentlastung stattgefunden habe und führt einen Rückgang des „täglich anwesenden Pflegepersonals“ in den Jahren 1983 bis 1985 an. 1986 sei eine leicht steigende Tendenz zu sehen, die aber immer noch unter dem Jahr 1983 liege, und sie wertet abschließend: „Fest steht, daß im Berichtsjahr keine Verbesserung der personellen Situation eingetreten ist.“ (JB 1986, Seite 49)

Verwaltungsdirektor Weber kommentiert im Geschäftsbericht die Zunahme der Aufnahmen bei gleichzeitigem Rückgang der Verweildauer:

„Die Klagen über Personalmangel, vor allem im Pflegedienst, sind auch aus der dadurch resultierenden Belastung zu sehen. Es besteht für 1987 jedoch die Aussicht, bei Anerkennung der höheren Pflegeintensität im Pflegefallbereich durch den Landeswohlfahrtsverband eine Besserung der Situation zu erreichen.“ (JB 1986, Seite 64)

Würdigung. Im PLK Bad Schussenried wird über einen akuten Personalmangel, der die Betriebsschwelle beträfe, nicht geklagt. Überwiegend ist die Therapieschwelle – wenn auch bei hoher Belastung des Personals erreicht. Einige Probleme sind im Rahmen der Autonomie eigenständig zu lösen, zum Beispiel die „Verrechnung“ von Hauspersonal mit Pflegekräften.

In der Geriatrie werden mit den Begriffen „sichere Pflege“ und „angemessene Pflege“ strengere Maßstäbe angelegt als in den obigen Definitionen für Therapie- und Perspektivschwelle. Hingegen bewegt sich das mit „gefährlicher Pflege“ Umschriebene hart an der Betriebsschwelle. Zur Grundpflege = Betriebsschwelle wird man nämlich auch die Abwendung von Liegeschäden rechnen müssen. Damit ist freilich nichts ausgesagt, ob es hingenommen werden kann, daß die alten Menschen oft nur noch die Grundpflege erhalten. Dies ist aber die zu treffende politische Entscheidung und wird im übrigen näher unter II. 5 zu beleuchten sein. Aber auch in der Geriatrie ist die Betriebsschwelle nicht gefährdet, wie die Bemerkung zeigt, daß zeitweise einzelne Stationen in den Bereich der „gefährlichen Pflege“ geraten seien.

Im Suchtbereich kann es nicht ausschlaggebend sein, welche Maßstäbe der Verband der Fachkrankenhäuser anlegt. Angesichts gewisser Überkapazitäten in der Suchtkrankenversorgung, wie sie auch in der stark rückgängigen Belegung der entsprechenden Betten in den PLK um 37,4 % seit 1983 zum Ausdruck kommen (Stellungnahme SM, Seite 202 f.), ist es nur konsequent, wenn der Verband für die Aufnahme eines weiteren Mitgliedes höhere Ansprüche stellt, als es hier mit Betriebs- oder Therapieschwelle umschrieben ist. Vielmehr zeigen die Bemerkungen über die „ausreichende pflegedienstliche Besetzung“ und die Kritik des Verbandes an der ausgeführten Therapie, daß im Suchtbereich die Betriebsschwelle überschritten und die Therapieschwelle erreicht ist.

Weinsberg

Nach den Angaben der Krankenhausleitung im Vorwort des Jahresberichtes gibt es im Maßregelvollzug einen erheblichen Personalmehrbedarf, während die Suchtkranken im wesentlichen mit Unterbringungsproblemen zu kämpfen haben und erst teilweise nach „heutigen Ansprüchen“ untergebracht sind. Über Station 2 berichtet Dr. Ruf von einer „weiterhin unbefriedigenden personellen Ausstattung im Pflegebereich“, fügt aber hinzu, daß das ganze Jahr über bis zu drei Stellen des Pflegebereiches unbesetzt geblieben seien. Von den einzelnen Stationen klagt lediglich die neuropsychiatrische Station 9 über eine „sehr angespannte Personalsituation im Pflegebereich“ (JB Seite 7), ansonsten wird mehr Ärzte- oder Therapeutenmangel geltend gemacht. Über die Rehabilitation/Sozialpsychiatrie heißt es ausdrücklich, daß die personelle Besetzung im pflegerischen Bereich auf den vier Rehabilitationsstationen ausreichend sei, die psychologische und sozialarbeiterische Betreuung hingegen „völlig unzureichend“ (JB Seite 16).

„Die Intensität der Angehörigenarbeit konnte gehalten werden“, berichtet Diplompsychologe Ehret über das Therapeutikum Heilbronn, eine Rehabilitations- und Übergangseinrichtung für psychisch Kranke. (JB 1986, Seite 19)

In der Neurologie ist „Erstversorgung . . . ebenso gewährleistet wie die Be-

treuung neurologischer Endzustände bzw. langfristiger Rehabilitation“.
(JB Seite 20)

Pflegedienstleiter Willaredt sieht die restlichen sechs Stellen des Jahres 1986 für den Pflegedienst unter anderem durch die 1987 voll wirksam werdenden „zwei zusätzlichen freien Tage“ schon zu einem wesentlichen Teil wieder aufgezehrt. Das Pflegepersonal sei überlastet. Weiter heißt es in dem Bericht des Pflegedienstleiters:

„Die restriktive Personalpolitik der Krankenkassenverbände bezüglich Stellenvermehrung hat zu der Einsicht geführt, daß die Sicherstellung der Pflege im Krankenhaus nur über den Weg der verstärkten Qualifizierung unserer Mitarbeiter zu erreichen ist. Folgerichtig haben wir uns zu folgenden Maßnahmen entschlossen: . . . 1. bis 6.“ (JB Seite 47)

Die durch den Bereitschaftsdienst entstehenden Überstunden könnten nicht in Freizeit abgegolten werden (JB Seite 50).

Personalratsvorsitzender Keicher erwähnt, es sei „durch unermüden Einsatz“ gelungen, sechs weitere Stellen für den Pflegebereich von den Kassen genehmigt zu bekommen. Schwerpunkt der diesjährigen Pflege-satzverhandlungen (Anm.: 1986) seien Verbesserungen im Reinigungsdienst gewesen, um die Überbelastung der Reinigungsfrauen abzubauen (JB 1986, Seite 67).

Würdigung. Besondere Hinweise auf einen allgemeinen akuten Personal-mangel gibt es nicht. Dies kann auch nicht als Zeichen der Resignation oder stillschweigende Bezugnahme auf frühere Klagen gewertet werden. Dafür sind die Erfolgsmeldungen zu ausgeprägt. In Weinsberg wird dem-nach die Therapieschwelle gut erreicht.

Z w i e f a l t e n

Für die ärztliche Leitung berichtet der Ärztliche Direktor Dr. Kayser, die verstärkte Inanspruchnahme des Hauses habe es ermöglicht, den im Januar von der Krankenhausleitung beschlossenen Wiederbesetzungsstopp auf-zuheben, und das habe sich „sehr günstig auf die Arbeitszufriedenheit“ aus-gewirkt (JB Seite 3). Dennoch müsse „die personelle Situation nament-lich im Pflegebereich als unzureichend gelten“. Im weiteren verweist der Ärztliche Direktor auf die gestiegenen Ansprüche an das Pflegepersonal. (aaO)

In der Akutpsychiatrie klagt Dr. Andreas hauptsächlich über einen Ärzte-mangel und darüber, daß therapeutische Möglichkeiten bei einem unter Zeitdruck arbeitenden Einzelkollegen auf einer hoctourig laufenden Akutaufnahmestation mit 30 Betten verlorengingen. (JB 1986, Seite 55)

Dr. Wagner berichtet über die Gerontopsychiatrie:

„Das Krankenpflegepersonal wurde auf beiden Stationen in geringem Maße vermindert. Dieser leichten quantitativen Reduktion stand je-doch ein Zuwachs an Einsatz und Qualität gegenüber, der seinen Aus-druck in der Einrichtung von therapeutischen Programmen auf bei-den Stationen fand (zum Beispiel Einzel- und Gruppengespräche, Be-wegungstherapie, Beschäftigungstherapie, Spielgruppen, Orientie-rungstraining, Musiktherapie, Außenaktivitäten). Die anfänglich um-strittene Entscheidung, daß ein Fachkrankenpfleger die stationsinter-ne Beschäftigungstherapie auf Station 6 durchführt, erwies sich retro-spektiv als positiver Schritt in Richtung einer zeitgemäßen ganzheitli-chen psychiatrischen Krankenpflege.“ (JB 1986, Seite 8)

Im Bericht von Dr. Binder-Böhm-Sturm über Suchtkrankheiten wird 1986 als das erste volle Jahr bezeichnet, „in dem uns eine stationäre Behan-dlungskette mit vier Stationen zur Verfügung stand“ (Suchtaufnahmestation – Motivationsstation/Station für kurzfristige Behandlungen – Entwöh-

nungsabteilung – Station für Patienten mit schweren psycho-physischen und sozialen Folgeschäden). Das Konzept entspräche dem,

„was die moderne Suchtkrankenforschung für notwendig und sinnvoll hält und was von seiten der Kostenträger machbar ist.“ (JB 1986, Seite 9)

Dr. Raff zieht für die forensische Psychiatrie eine „erfolgreiche“ Bilanz. Die dort arbeitenden Pfleger, Psychologen und Ärzte seien in hohem Maße in der Lage gewesen, auftretende Konflikte zu entschärfen und in ausgewogener Weise Konsequenz und Nachsicht dem Patienten gegenüber zu wahren. Die weitergeführte Supervision hätte Fortschritte in der Bewältigung von Konflikten gebracht und die Integration unterstützt . . . Die Ausstattung der Station mit einer vollen Arztstelle und einer halben Psychologin sowie die entsprechende Besetzung hätten neue Anstöße gebracht, äußerlich erkennbar an verschiedenen Aktivitäten . . . (JB 1986, Seite 12) Über die Station für den Maßregelvollzug ergibt sich für Dr. Raff „ein erfreuliches Bild“ (Seite 14).

In der Psychotherapie hätten notwendige Umbesetzungen beim Pflegepersonal die Nachtwache auf eine Pflegekraft reduziert. Das Pflegepersonal sei zunächst verunsichert gewesen, hätte sich aber „arrangiert“ und ein „hohes Maß an Flexibilität und Einsatzfreude unter Beweis“ gestellt. Das Pflegepersonal hätte auch vermehrt therapeutische Kompetenz erworben und

„entgegen mancher Befürchtung mußten trotz der knappen Pflegerbesetzung insgesamt nur 12 Patienten auf geschlossene Stationen zurückgebracht werden. Im Rahmen der Umgestaltung wurden therapeutische Aktivitäten verstärkt in Gruppen durchgeführt, . . . Insgesamt kann so nach eineinhalb Jahren des Bestehens (Anm.: der offenen Aufnahme- und Psychotherapiestation) von einer Konsolidierung der Station auf hohem Niveau ausgegangen werden.“ (JB 1986, Seite 15)

Pflegedienstleiter Miller führt im einzelnen aus, daß es im Berichtsjahr 1986 gelungen ist, „weitere personelle Verbesserungen herbeizuführen“ (JB 1986, Seite 34). Wesentliches Anliegen der Pflegedienstleitung ist das Selbstverständnis und die Aneignung der Kompetenzen, „um letztlich gleichwertig, gleichberechtigt und aktiv teilhabend seinen therapeutischen Beitrag leisten zu können.“

Die Kostensituation im Gesundheitswesen habe de facto im Behandlungsbereich einen Stillstand im Pflegedienst gebracht. „Im Gegensatz dazu haben wir aber im Maßregelvollzug und im Pflegefallbereich personelle Defizite, die wir bis zum Jahresende 1986 nur bedingt ausgleichen konnten.“ (JB 1986, Seite 35)

Grenzen in dem, was pflegerisch wünschenswert sei, erfahre die Pflegedienstleitung auch durch die stete Entwicklung in der Psychiatrie, der sie durch hausinterne Fortbildungsveranstaltung und durch die Entsendung zu externen Kursen entgegenkomme;

„zur beruflichen Entwicklung gehören auch das Lesen von Fachzeitschriften, die Nutzung unserer Krankenhausbibliothek und dergleichen - die zuletzt genannten Aspekte liegen jedoch im Interesse und in Eigenverantwortung des einzelnen.“ (aaO, Seite 35)

Weitere Gesichtspunkte betreffen erneut das Selbstverständnis und die Notwendigkeit höherer Qualifikation und vorausschauender Pflegeplanung.

Das Pflegeniveau werde auch durch die „regelmäßig stattfindenden Teamsupervisionen positiv beeinflusst“ (aaO, Seite 39), und abschließend heißt es:

„Insgesamt betrachtet stimmt uns das Pflegeniveau trotz der gebotenen kritischen Betrachtungsweise zufrieden. Wir müssen akzeptieren, daß nicht alles, was wünschenswert erscheint, auch machbar ist. Wir

müssen andererseits auch sehen, daß sich eine Reihe unserer Mitarbeiter sehr um eine ansprechende Arbeitsleistung bemüht, dies läßt für die kommende Zeit durchaus optimistischen Ausblick zu.“ (aaO)

Verwaltungsdirektor Benk schreibt unter 2.4 im Ausblick seines Geschäftsberichtes:

„Die Budgetverhandlungen für den Teilklinikbereich Behandlung konnten für 1987 noch im Geschäftsjahr 1986 erfolgreich abgeschlossen werden. Auch die Pflegesätze für Maßregelvollzug und Entwöhnung liegen inzwischen fest, so daß eine gesunde Basis für eine wirtschaftliche Betriebssteuerung gegeben ist. Für das kommende Geschäftsjahr sind weitere Strukturierungsmaßnahmen geplant, die neben Verbesserungen in der Behandlung eine Erhöhung der Akzeptanz des Krankenhauses im Versorgungsgebiet und damit eine wirtschaftliche Sicherung bringen sollen.“ (JB 1986, Seite 56)

Die Personalvertretung berichtet von „menschlich weitgehend angenehmer, in der Sache jedoch logischerweise nicht ohne Meinungsverschiedenheiten“ ablaufender Zusammenarbeit zwischen Krankenhausleitung und Personalvertretung und klagt über eine „leider wieder sehr mäßige Beteiligung der Mitarbeiter“ an der jährlichen Personalversammlung (JB 1986, Seite 58). Zu ihren allgemein interessierenden Erfolgen zählt die Personalvertretung eine akzeptable Bereitschaftsvergütung bei mehrtägigen Aktivitäten mit Patienten, die Wiedergewährung einer zuvor gestrichenen Arbeitsbefreiung von zwei Stunden für den Besuch eines Kinderfestes und zusätzliche Hilfsmaßnahmen zur Milderung allzu großer Härten bei der Änderung der Nachtdienstregelung. Ein ständiger Diskussionspunkt sei die Besetzung der Funktionsstellen im Pflegedienst gewesen, die nach Meinung der Personalvertretung zu ausschließlich unter bestimmten Leistungsaspekten ohne Berücksichtigung langjähriger Berufserfahrung und Verdienste um das Haus erfolgt sei. (JB 1986, Seite 59)

Würdigung. Ausgeprägte Klagen über Personalmangel waren insbesondere über den Pflegedienst nicht festzustellen. Selbst in der Geriatrie wird eine „leichte quantitative Reduktion“ durch einen Zuwachs an Qualität und Einsatz als ausgeglichen angesehen. Sämtliche Einzelberichte vermitteln den Eindruck eines ansehnlichen Niveaus, und es gibt keinerlei Anhaltspunkte für eine zu optimistische Betrachtung.

Aufschlußreich sind auch die Themen, denen die einzelnen Berichterstatter ihr Augenmerk widmen. So klagt der Pflegedienstleiter mehr über Defizite im Selbstverständnis des Pflegepersonals und kann schlichte personelle Defizite nur bedingt ausgleichen, während das Pflegepersonal offensichtlich und erfreulicherweise auch Zeit zum Lesen von Fachzeitschriften findet. Auch sonst finden sich oft unbeschwerte Zukunftsbetrachtungen, in denen das Wort „modern“ des öfteren vorkommt.

Auch der Personalrat hat andere Sorgen als akute Personalnöte, wie seine besonderen Erfolgsmeldungen nahelegen.

All diese Tatsachen und Folgerungen rechtfertigen es, im PLK Zwiefalten durchgehend die Perspektivschwelle erfüllt zu sehen.

Reichenau

In dem vom Ärztlichen Direktor Dr. Gerking unterschriebenen Vorwort zum Jahresbericht ist schon eingangs von einer Unterversorgung der Patienten infolge einer Wiederbesetzungssperre die Rede. In einer geschlossenen Aufnahmestation hätten sich immer wieder Situationen ergeben, wo zum Beispiel nur zwei bis drei Pflegekräfte für 25 bis 30 Patienten zuständig gewesen seien. Weiterbildungsveranstaltungen hätten ausfallen müssen. Das chronische Personaldefizit in den zusätzlichen therapeutischen Diensten hätte die Unterversorgung der Patienten weiter verschärft.

„In Berichten des Referenten vom 6. März 1986 bzw. der Vertreter der Ärzte und Pflegeleitung vom 13. Juni 1986 an den Träger wurde darauf hingewiesen, daß der gebotene Sicherheitsstandard nicht jederzeit gewährleistet sei und daß wir, wenn Patienten oder Mitarbeiter aus Gründen der personellen Unterbesetzung infolge wirtschaftlicher Gebote zu Schaden kämen, dafür die Verantwortung und das Haftungsrisiko nicht übernehmen könnten.“ (JB 1986, Seite 1)

Des weiteren wird wieder auf ärztlichen Mangel hingewiesen. Es wurden allerdings positive Entwicklungen und Erfolge erwähnt, etwa die Einrichtung des Funktionsbereiches Psychotherapie, die „erfolgreiche Arbeit der Motivationseinheit der Aufnahmestation für Suchtkranke und die Vorbereitung auf ein neues Forschungsprojekt“ sowie weitere Entwicklungen und Verbesserungen.

Im Ausblick des Vorwortes schreibt Dr. Gerking:

„Auch wenn die Kostenträger in den Pflegesatzverhandlungen für 1987 einen personellen Zuschlag gegeben haben, ist der Nachholbedarf noch nicht gedeckt, und wenn die Regierung eine überbrückende Bezuschussung der Landeskrankenhäuser weiterhin ablehnt, ist die Versorgung der Kranken weiterhin eindeutig mangelhaft sowohl im Behandlungs- als auch im Pflegefallbereich.“

Für den Pflegefallbereich sei es unbedingt erforderlich, im einzelnen benannte Fehler in der Vereinbarung mit den Landeswohlfahrtsverbänden zu korrigieren. (aaO, Seite 4)

Dr. Pecher klagt in der Akutpsychiatrie über „erhebliche Abstriche in der Behandlung der Patienten und bei der Weiterbildung der ärztlichen Kollegen“ und rechnet für 1987 mit einer Wiederbesetzung der ärztlichen Stellen, „während eine Verbesserung der Situation im pflegerischen Bereich nicht zu erwarten ist.

Nach zwölfjähriger Tätigkeit als Psychiater am PLK Reichenau ist es erschütternd zu erleben, wie die mühevoll, langjährige Aufbauarbeit trotz aller Mahnungen und Warnungen innerhalb von zwei Jahren zwar noch nicht vernichtet, aber doch erheblich gefährdet wurde.“ (JB 1986, Seite 5)

In der Gerontopsychiatrie bezeichnet Dr. Menges den derzeitigen Stellen-schlüssel für therapeutisches Personal als „unzureichend“. Auch sei das Personal auf diese qualifizierte und schwierige Aufgabe nicht genügend vorbereitet. (aaO, Seite 7)

Mitarbeiter Albertz berichtete für Haus 4, daß sich wegen vieler Erkrankungen bei den Pflegepersonen Mitte Februar im ersten Halbjahr erhebliche Überstunden angesammelt hätten, was es notwendig gemacht habe, die Stationssituation gegenüber der Krankenhausleitung schriftlich darzustellen und darauf hinzuweisen, daß „die Grenzen der Verantwortbarkeit erreicht seien“. (aaO, Seite 11)

In Rehabilitation und Sozialpsychiatrie habe sich aufgrund von Sparmaßnahmen das Arbeits- und Betriebsklima „deutlich verschlechtert“. (aaO, Seite 25) Bei Ausscheiden einer Schwester oder eines Pflegers hätten die Stationen oft Monate warten müssen, bis Ersatz nachkam. Dabei seien die Stationen im Reha-Bereich insgesamt eher knapp besetzt. Dort vorgesehenes Pflegepersonal würde für die geriatrischen Pflegefallstationen teilweise abgezogen. Deshalb sei schließlich nur noch eine „Verhütung besonderer Vorkommnisse statt Therapie“ möglich. (aaO, Seite 26)

Haus 16 ist eine Station für nicht bettlägerige chronisch kranke Männer und Frauen mit Psychosen und/oder Verhaltensstörungen. „Für die Patienten wird ein recht umfangreiches, teilweise verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm durchgeführt“, das von der Grundpflege über verschiedene Therapien bis zu individuellen Taschengeldregelungen reicht (Seite 42). In dieser Station wird die Besetzung einer Pflegerstelle mit einer

Fachpflegekraft gefordert, ohne daß weitere Personalwünsche erhoben würden. Das größte Problem der Station 18 für geistig Behinderte ist das „dauernde Drängen der Kostenträger, auch diese Patientengruppe als nicht mehr nach § 184 RVO behandlungsbedürftige, sondern in Wirklichkeit heimfähige Menschen anzusehen, ohne wirkliche alternative Behandlungsmöglichkeiten konkret anzubieten.“ (Dr. Beck, JB 1986, Seite 47)

Dr. Faulstich beklagt für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie vor allem den Mangel an Fachpersonal. ... Trotz ministerieller Aufforderung hätte die Verwaltung am falschen Platze gespart und noch vor wenigen Jahren die Vermehrung von Zivildienstplätzen abgelehnt (Seite 54) ... Zeitweise habe der Mangel an Therapeuten „kritische Ausmaße“ angenommen. Verdienstvollerweise habe der Krankenhausträger vor einiger Zeit „Leitlinien zur Arbeitstherapie in der Psychiatrie“ erlassen. Selbst bei Anwendung der sehr niedrigen Anhaltzahlen der DKG von 1969 und der Zahlen aus einem Gutachten gäbe es einen Mehrbedarf von zehn Therapeutenstellen allein für den Behandlungsfallbereich. (Dr. Faulstich, Seite 56)

Pflegedienstleiter Klevenz berichtet, daß Unzulänglichkeiten der Pflegesatzvereinbarung sich in der Praxis sehr schnell zeigten. Auch könne kein Zuschlag für erhöhte Ausfallzeiten nachgefordert werden. (JB 1986, Seite 73)

Würdigung. Ärztlicher und therapeutischer Bereich scheinen schlechter besetzt als der Pflegedienst, um den es bei diesem Beweisthema geht. Im Pflegedienst ist eine Gefährdung der Betriebsschwelle nicht begründet.

Wiesloch

Die Krankenhausleitung hat sich das Ziel gesetzt, „im Laufe der kommenden Jahre Humanität und Betriebsatmosphäre sowie Leistungsfähigkeit und Servicefreundlichkeit des PLK Wiesloch zu verbessern.“ (Vorwort JB 1986)

Über das Behandlungszentrum I schreibt der Geschäftsführende Ärztliche Direktor Dr. Middelhoff, das Pflegepersonal sei in einem Maß verunsichert und überlastet, daß sich die Ausfallzeiten der 25 %-Grenze näherten (JB 1986, Seite 14). Der Pflegesatz von derzeit 140,93 DM sei der niedrigste aller PLK in Baden-Württemberg und erlaube lediglich eine Personalausstattung, die in mehreren Bereichen selbst die „sehr undifferenzierten und obsoleten Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahre 1969 ... unterschreitet.“ (aaO, Seite 19)

Dr. Bisson weist im Fachbereich Akutpsychiatrie 1 und 2 „nachdrücklich auf die nicht ausreichende personelle Ausstattung der Aufnahmestationen sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich hin.“ (JB 1986, Seite 32)

Dr. Lissmann bezeichnet es in der Gerontopsychiatrie als „Tatsache, daß das Personal gerade auf dieser Station zeitweise über die Belastungsgrenze hinaus strapaziert wurde. Dies liege an der erhöhten Pflegebedürftigkeit der Patienten und an der relativen personellen Unterversorgung dieser Station, die nicht zuletzt durch die hohen Ausfallzeiten mitverursacht ist.“ (JB 1986, Seite 35)

Im Fachbereich Sozialpsychiatrie/Rehabilitation sieht Dr. Heppa insgesamt eine „positive Entwicklung“, allerdings sei auf einigen Stationen die Situation für Personal und Patienten „kaum zumutbar“. „Aufgabe des nächsten Jahres muß es sein, hier Veränderungen zu schaffen.“ (JB 1986, Seite 45)

Zum Abschluß des Vorwortes zum Behandlungszentrum II im größten PLK des Landes Baden-Württemberg schreibt der Ärztliche Direktor Dr. Ulmar:

„Stetig steigende Aufnahmezahlen und eine zunehmende Zahl von hochakuten und Intensivpatienten haben uns an einen Punkt geführt,

wo der Anspruch der psychisch Kranken auf eine humane, individuelle Betreuung in eine „Fließbandpsychiatrie“ zu degenerieren droht. ... Welchen Preis unser Bundesland für eine menschenwürdige Behandlung seiner psychiatrischen Krankenhauspatienten zu zahlen bereit ist, kann nicht in lokalen Pflegesatzverhandlungen, sondern nur auf ministerieller Ebene entschieden werden.“ (JB 1986, Seite 59)

Pflegedienstleiter Lächele begründet den Personalbedarf im Pflegedienst unter anderem mit der räumlichen Anordnung der Stationen und sehr unübersichtlichen Stationsbereichen mit überwiegend Zweibettzimmern (JB 1986, Seite 109). Für je zwei Stationen seien drei Nachtdienste (Anm.: also drei Pflegekräfte) im Einsatz, was jedoch „fast noch als Risikobesetzung beurteilt werden“ müsse. Ferner schildert Pflegedienstleiter Lächele im einzelnen Probleme aus dem neuen Krankenpflegegesetz. Außerdem sei die Zahl der Schwangerschaften um bis zu zwei Drittel mehr als noch vor ein bis zwei Jahren gestiegen, und hier sei es besonders schwierig, Teilzeitkräfte zu finden. (Seite 111)

Würdigung. Die Betriebsschwelle ist gewahrt. Dies zeigt gerade die Klage über eine mögliche und damit noch nicht eingetretene „Fließbandpsychiatrie“. Zugleich wird erneut deutlich, daß die Maßstäbe der Humanität nach Ansicht etlicher Ärzte über die „Grundversorgung“ im Sinne der Betriebsschwelle hinausgehen. In etlichen Teilbereichen wird außerdem die Therapieschwelle erreicht.

Calw - Hirsau

Die Klinikleitung weist im Vorwort des Jahresberichtes auf den seit 1969 eingetretenen „tiefgreifenden Strukturwandel“ hin und darauf, daß alle in der Klinik Tätigen ständig in dem Zwiespalt seien,

„zu wissen, daß vielen der Patienten wesentlich besser und intensiver geholfen werden könnte, daß jedoch mit dem zur Verfügung stehenden Personalstand nur die dringendsten therapeutischen Bedürfnisse abgedeckt werden können – und das oft bis an die Grenzen des nicht mehr vertretbaren Risikos“ (Vorwort JB 1986, Seite 3). Es sei möglicherweise noch nicht in das Bewußtsein der Öffentlichkeit gedrungen, daß psychische Krankheiten bei unzureichender Behandlung lebensgefährlich seien oder zu lebenslangem Siechtum führen könnten. (aaO)

In der Allgemeinen Übersicht bezeichnet Prof. Dr. Linden die Versorgung aller Stationen mit den notwendigen Therapieformen als „aus personellen Gründen noch unzulänglich“. Die personellen Grenzen erlaubten derzeit keine Weiterentwicklungen. Immer wieder kämen die behandelnden Ärzte in den Konflikt, Psychopharmaka bei mangelhafter pflegerischer Besetzung über die therapeutische Wirkung hinaus zur Ruhigstellung verwenden zu müssen. (JB 1986, Seite 14; siehe besonderes Untersuchungsthema II. 6)

Eine übermäßige Medikation wird auch angesprochen im Bericht von Dr. Gündel über die Gerontopsychiatrie (JB 1986, Seite 21):

„Nicht gewürdigt mit den Zahlen alleine wird damit die in der Regel vorhandene Multimorbidität bei Schwer- und Schwerstkranken, die zum Teil ständigen persönlichen Kontakt benötigen, wenn man sie nicht mangels qualifiziertem Pflegepersonal durch übermäßige Medikation „ruhigstellen“ will, was teilweise schon der Not gehorchend praktiziert werden muß.

Neben den vermehrten Kosten führt dies zu einem unwürdigen Dahindämmern und körperlicher Anfälligkeit mit entsprechender „hausgemachtem“ Pflegeaufwand (Betten, Waschen, Essen geben usw.). (JB 1986, Seite 21)

Zusammenfassend heißt es zur Geriatrie:

„Auch eine gewandelte Gerontopsychiatrie wird nicht nur von teuren Apparaten und hochwertigen Medikamenten beherrscht, sondern zuerst von der Zuwendung des Personals zum Patienten. Hier ist die Situation im Vergleich zu früheren Jahren kaum verändert und insgesamt beklagenswert, da bei einem unzureichenden Pflegeschlüssel die menschliche Zuwendung dem medizinisch und pflegerisch Notwendigen nur allzu oft untergeordnet werden muß.“ (aaO, Seite 24)

Dr. Wulzinger berichtet über die Abteilung Neurologie:

„Die Stellenbesetzung im Pflegebereich ... genügt den heutigen hohen personellen Anforderungen an einen neurologischen Klinikbetrieb mit überdurchschnittlich vielen schwerkranken, pflegeaufwendigen Patienten längst nicht mehr.“ (aaO, Seite 48)

Im Herbst 1986 hätte man „unter dem Eindruck unbesetzter Schwestern-Pflegestellen erstmals dazu übergehen“ müssen, den Patienten-zufluß zu drosseln, um den Pflegebetrieb mit zeitweilig reduzierter Bettenbelegung ohne Qualitätsverlust aufrechtzuerhalten. (aaO)

Es wurde bereits oben ausgeführt, daß Pflegedienstleiterin Ehrenreich 16,5 Planstellen für Pflegekräfte für unabdingbar erforderlich hält, 29,78 Personalstellen für eine gute, angemessene Pflege und 55,67 Pflegekräfte zur Erfüllung der DKG-Anhaltszahlen von 1985 bzw. des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (JB 1986, Seite 82). Allerdings habe es auch wieder große Schwierigkeiten gegeben, die Personalstellen zu besetzen. Es habe Monate gedauert. (aaO)

Verwaltungsdirektor Späth schreibt im Ausblick seines Geschäftsberichtes, daß das PLK mit der heutigen personellen Ausstattung dem wachsenden Bedarf „einfach nicht mehr gewachsen“ sei. (aaO, Seite 106)

Würdigung. Therapie wird – unvollständig – wahrgenommen. Dies könnte eine Distanzierung von der Betriebsschwelle rechtfertigen, wenn nicht unmißverständlich ausgedrückt wäre, daß Psychopharmaka aus personellen Gründen über die therapeutische Wirkung hinaus eingesetzt werden müßten. Damit ist eine bessere Zuordnung als zur Betriebsschwelle abgesehen von Teilbereichen ausgeschlossen.

Ergebnis zur Prüfung eines Mangelzustandes.

Untenstehende Tabelle gibt eine geraffte Übersicht über die Einzelwürdigungen zu den PLK.

Personalbestand Pflegekräfte

PLK	Betriebs- schwelle	Therapie- schwelle	Perspektiv- schwelle
Winnenden	+	weitgehend noch +	
Emmendingen	+	nur zum Teil	
Weißenuau	+	zum Teil, +	angestrebt
Schussenried	+	+, in Geratrie mitunter –	
Weinsberg	+	+	
Zwiefalten	+	+	+
Reichenau	+	+ zum Teil	
Wiesloch	+	+ zum Teil	
Calw-Hirsau	+	+ zum Teil	

Trotz eindringlicher Schilderung dringend verbesserungswürdiger Verhältnisse in etlichen Stationen verschiedener PLK handelt es sich um nicht

verallgemeinerungsfähige Einzelfälle. Dort nähern sich die Zustände zeitweilig der Betriebsschwelle. Mitunter ergeben sich selbst unter vergleichbaren Stationen desselben PLK gravierende Versorgungsunterschiede. Bei einer Gesamtschau wird aber deutlich: Die Betriebsschwelle ist in allen PLK des Landes generell eingehalten.

In vielen PLK wird besonders die Versorgung der Patienten, die als Pflegefälle gelten, als mangelhaft empfunden. Eine Grundversorgung im Sinne der Betriebsschwelle setzt hier auch ein gerüttelt Maß an Betreuung voraus, um Liegeschäden abzuwenden. Die hier offenen Fragen werden unter II. 5 zu vertiefen sein. In den meisten PLK wird darüber hinaus auch die Therapieschwelle erreicht, allerdings ist hier von PLK zu PLK verschieden deutlich einzuschränken. Am besten scheint die Lage im PLK Zwiefalten, wo zusätzlich die Perspektivschwelle erreicht ist.

Fazit:

Ein allgemeiner Mangel im Sinne der Betriebsschwelle ist nicht gegeben. Es obliegt der politischen Bewertung, ob der im unteren Bereich an der Therapieschwelle liegende Standard bereits als Mangel oder noch als schlicht verbesserungswürdig anzusehen ist.

Einschränkend ist der Hinweis zu wiederholen, daß hier im wesentlichen die Verhältnisse im Pflegedienst geschildert wurden und die allgemeine Situation nur eingeflossen ist, soweit es erforderlich war, daraus Schlüsse für die Beweisfrage „Mangel im Pflegedienst“ zu ziehen.

(2) Höhe der Ausfallzeiten

Es ist unbestritten, daß die Zustände an den PLK verbesserungsbedürftig sind. Ob man diesen Zustand nun als „Mangel“ ansehen mag oder nicht, soll vorbehaltlich der politischen Würdigung und im Hinblick auf die weitere sachliche Prüfung des Beweisthemas offengelassen werden. Vielmehr ist in diesem Abschnitt nach der Höhe der Ausfallzeiten zu fragen.

In der Stellungnahme SM heißt es dazu auf Seite 177 f.:

„In den PLK – wie in allen Krankenhäusern – fallen in erheblichem Umfang Ausfallzeiten durch Krankheit und Mutterschutz an. Nach den Richtlinien des Wirtschaftsministeriums für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung der Krankenhäuser vom 18. Juli 1984 ist in den Anhaltzahlen bereits ein allgemeiner Zuschlag für Ausfallzeiten aller Art (einschließlich Urlaub) von 15 v. H. enthalten. Eine entsprechende Regelung besteht seit Inkrafttreten der Anhaltzahlen für die Personalbemessung der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969. Darüber hinaus erkennen die Krankenkassen zum Teil höhere Ausfallzeiten an (zum Beispiel im PLK Weißenau 20 %).

Fallen höhere Ausfallzeiten mit einer Personalvermehrung zusammen, so mindern sie faktisch ebenfalls deren Wirkung.

Die Ausfallzeiten in den PLK betragen – in Prozentzahlen ausgedrückt – tatsächlich:

Jahr	insgesamt	ärztl. Dienst	Pflegedienst
1983	19,45 (100 %)	17,65 (100 %)	21,10 (100 %)
1984	20,30 (104 %)	18,24 (103 %)	20,92 (99 %)
1985	21,21 (109 %)	17,13 (97 %)	22,82 (108 %)
1986	21,99 (113 %)	17,61 (100 %)	23,88 (113 %)

Vergleich mit Allgemeinkrankenhäusern

Einen Anhaltspunkt für einen Vergleich mit Allgemeinkrankenhäusern

gibt die Rückseite der Mitteilung 121/1986 vom 23. Juni 1986 der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. Stuttgart. Die Auswertung einer Umfrage mit 125 Krankenhäusern ergab:

Ausfallquote im Pflegedienst

	Prozent	Arbeitstage zu 8 Stunden
Regelmäßige Arbeitszeit	100,00	261
- Urlaub	10,92	29
- Krankheit, Kur u. ä.	4,72	12
- Mutterschutz	1,64	4
- Arbeitsbefreiung	0,53	1
- Dienst an Wochenfeiertagen	2,42	6
= Nettoarbeitszeit	79,76	208

Die danach errechnete durchschnittliche Ausfallquote von 20,24 % zeigt nach Angabe der BWKG kaum Veränderungen gegenüber 1983. Der Tabelle läßt sich ferner entnehmen, daß der weitaus überwiegende Teil der Ausfallzeiten tarifvertraglich für sämtliche Krankenhäuser fixiert ist.

Höhere Ausfallzeiten in den PLK

Bei den PLK sind die Ausfallzeiten im Pflegedienst also um 3,64 % höher. Worauf diese höheren Ausfallzeiten bei den PLK beruhen, ließ sich nicht feststellen. Es gibt allerdings keine Hinweise für höhere Mutterschutzzeiten im Pflegedienst der PLK. Vorstellbar wäre eine höhere Besetzung in den PLK beim Dienst an Wochenfeiertagen, was die Ausfallzeiten in dieser Sparte im Vergleich zu den Allgemeinen Krankenhäusern etwas erhöhen könnte. Ob dies so ist, ließ sich jedoch nicht feststellen.

Nach den Ursachen über die Ausfallzeiten in den PLK befragt bekundete Pflegedienstleiter Uphl vom PLK Winnenden, die Ursachen seien sehr vielschichtig. Einmal gebe es sehr viel ältere Mitarbeiter, wie in jedem anderen Betrieb, die zum Teil eine tatsächlich hohe Ausfallrate aus Alters- und gesundheitlich bedingten Gründen hätten. Ferner gebe es insbesondere bei anhaltend enger Personalsituation und vor allem in der Urlaubszeit

„Mitarbeiter, die sich dann stark überfordert fühlen und gelegentlich dann mit Krankheit reagieren ...“

Und die Überforderung ist tatsächlich auch da,“

und der Zeuge verwies auf die Zusatzbelastung, wenn durch die Urlaubszeit bedingt nur noch sechs statt der bisher ohnehin wenigen sieben Pflegekräfte pro Schicht fast 45 Patienten in der Gerontopsychiatrie zu versorgen hätten. (P 5/307)

Auf die Frage nach weiteren Ursachen bekräftigte Pflegedienstleiter Uphl, daß die beiden Faktoren „altersbedingt“ und „überforderungsbedingt“ die wesentlichen seien, und es sei ganz klar:

„Wenn auf Stationen, wo einmal eine hohe psychische Stabilität gefordert wird vom Pflegepersonal – das wäre vor allem der psychiatrische Bereich – und zum anderen eine hohe körperliche Stabilität im Pflegebereich – damit meine ich jetzt die somatische Pflege in der Gerontopsychiatrie: Heben, Lagern, die Patienten grundversorgen –, das sind natürlich Beanspruchungen, die zum Verschleiß führen.“
(aaO)

Der Zeuge fuhr fort:

„Ich meine, es ist eine Spekulation. Aber ich glaube schon: wenn et-

was mehr Beschäftigte auf diesen Stationen wären, wäre die Beanspruchung für den einzelnen geringer. Und somit darf man hoffen, auch seine Krankheitsanfälligkeit würde rückläufig sein.“ (P 5/308)

Oberpfleger und Personalratsvorsitzender Keicher vom PLK Weinsberg meinte zum Einzeldienst (Anm.: gemeint ist der Reinigungsdienst):

„Die Ausfallzeiten beruhen daher, daß sie einfach überlastet sind. Es ist der Personenkreis, der am stärksten mit Patienten konfrontiert wird. Die sind den ganzen Tag mit im Raum drin. Die machen sauber und und und. Und die Belastung ist so hoch, daß die Ausfallzeiten auch entsprechend sind. Leider hat das bei den Pflegesatzverhandlungen jetzt nie durchgeschlagen ...“ (P 5/137)

Differenzierter sind die Äußerungen in den Jahresberichten.

Zu den Ausfallzeiten heißt es in der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August (Seite 178) weiter: „Die PLK sind gehalten, auf eine Verringerung der überdurchschnittlichen Ausfallzeiten hinzuwirken.“ Dies mag in der Praxis nicht leicht zu verwirklichen sein, weil unter den variablen Arten an Ausfallzeiten wie Krankheit und Kur der Schutz der Persönlichkeitsphäre schon den Nachforschungen über die Ursachen der Ausfallzeiten bald Grenzen setzt.

Ausfallzeiten im Pflegedienst der einzelnen PLK

	1985	1986
Winnenden ¹⁾	18,8 % KBI/ 22,2 % KRH/ 23,22 % (JB S. 50)	22,67 % (JB S. 37) ⁴⁾
Emmendingen	22,54 % (JB S. 52)	24,52 % (JB S. 52) ⁶⁾
Weißenuau	25,6 % (JB S. 152) (1983: 20 % Schätzung 1987: mehr als	24,5 % (JB S. 152) ²⁾ 25 % (JB S. 86)
Schussenried	23,29 % (JB S. 62)	22,12 % (JB S. 62) ⁵⁾
Weinsberg	19,40 % (JB S. 61)	21,45 % (JB S. 61)
Zwiefalten	23,49 % (JB S. 53)	25,10 % (JB S. 53) ⁷⁾
Reichenau	23,9 % (JB S. 92)	24,4 % (JB S. 92) ³⁾
Wiesloch ¹⁾	22,94 % KBI/ 23,67 % KRH	24,06 % (JB S. 130)
Calw-Hirsau ¹⁾	20,39 % KBI/ 22,97 % KRH	ca. 25,9 % (JB S. 103) Gesamtpersonal

Anm.: JB = Jahresbericht 1986 mit Vergleichsangaben auch für 1985

¹⁾ Angabe nach Schreiben des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden vom 18. September 1987; KBI = Wirtschaftlichkeitsprüfer, KRH = Krankenhaus

²⁾ Zeugenaussage Dr. Hole: 25 % (P 3/147);
Verwaltungsdirektor Gessler: 24,5 % (P 3/183), 1982: 22,8 %;
Zeuge Ohnmacht, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Südwest, Lahr: Werte in 1986 für 1987 im voraus kalkulierten Budget geltend gemacht: 32,4 % (P 3/62)

³⁾ Oberpfleger Walter: zur Zeit 24,4 % (P 5/296);
Zeuge Ohnmacht/AOK: von 1986 für 1987: wie Anhaltszahlen 1969 fortschrieben (P 3/62)

⁴⁾ Pflegedienstleiter Uphal: 23 % zur Zeit (P 5/302)

⁵⁾ VwD Weber: „20, ...“ (P 3/192);
Zeuge Ohnmacht/AOK: in 1986 für 1987: 30,5 % (P 3/62)

⁶⁾ Zeuge Ohnmacht/AOK: in 1986 für 1987: 22,54 % (P 3/62)

⁷⁾ Zeuge Ohnmacht/AOK: in 1986 für 1987: wie Anhaltszahlen (P 3/62)

Dieser Tabelle ist zu entnehmen, daß in sechs PLK die Ausfallzeiten von 1985 auf 1986 zugenommen und in drei PLK abgenommen haben.

(3) Erhöhte Ausfallzeiten

Wie sich der in der Stellungnahme (S. 178) vom Sozialministerium vorgelegten Tabelle über die Entwicklung der Ausfallzeiten in den PLK insgesamt entnehmen läßt, sind die Ausfallzeiten im Pflegedienst von 21,10 % in 1983 auf 23,88 % in 1986 gestiegen, und zwar kontinuierlich.

(4) Wurden die Ausfallzeiten im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern geltend gemacht?

– Winnenden:

Verwaltungsdirektor Kaltenbach antwortete (P 3/36) nur: „Das trifft zu, in allen Fällen“, was auch der Zeuge Sing bestätigt hat. (P 3/104)

– Weinsberg:

Ohne besondere Angaben. Im Jahresbericht 1986 ist auf Seite 47 ein Anstieg um 3,03 % vermerkt und zwei Zeilen und einen Absatz weiter ist von „restriktiver Personalpolitik der Krankenkassenverbände bezüglich Stellenvermehrung“ die Rede.

Für die PLK seines Zuständigkeitsbereiches hat Geschäftsführer Ohnmacht des AOK-Landesverbandes Südwest in Lahr die von den PLK geltend gemachten Forderungen für den Pflegesatzzeitraum 1987 wie folgt beziffert (P 3/62):

	Ärzte	Pflegedienst
– Reichenau	23,50 %	lt. Anhaltszahlen
– Weißenau	22,00 %	32,40 %
– Emmendingen	15,57 %	22,54 %
– Bad Schussenried	lt. Anhaltszahlen	30,50 %
(lt. Verwaltungsdirektor Weber im Pflegedienst: 20 %, P 3/192)		
– Zwiefalten	wie in den Anhaltszahlen.	

– Wiesloch
und

– Calw-Hirsau

haben nach Angaben des Geschäftsführers Sing des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden ihre Ausfallzeiten ebenfalls geltend gemacht. (P 3/104)

Ergebnis: Bei acht der neun PLK ist die Geltendmachung der Ausfallzeiten belegt, in einigen Fällen sogar mit konkreten Zahlen. In Weinsberg ist das Problem der Ausfallzeiten jedenfalls bekannt; ob sie auch konkret geltend gemacht wurden, wurde nicht eindeutig ausgesagt.

(5) Mangel „durch“ erhöhte Ausfallzeiten

Dem ersten Anschein nach haben die meisten der befragten Zeugen bekundet, daß bei ihnen aufgrund von Ausfallzeiten ein – wie auch immer definierter – Mangel bestehe.

Häufig wurden dabei folgende Gründe genannt:

– Überstunden oder Bereitschaftsdienst würden nicht mehr vergütet und müßten mit zusätzlicher Freizeit abgegolten werden, sogenannter Freizeitausgleich.

So sagte der Ärztliche Direktor des PLK Emmendingen, Dr. Krzepinski: zwischen 40 % und 50 % der Zeit sei auf der Station nur ein Arzt, während der andere Freizeit nehmen müsse, um den Bereitschaftsdienst abzufeiern (P 3/121).

– Tarifbedingte Freizeiten, insbesondere die sogenannte Arbeitszeitverkürzung um einen Tag je Halbjahr, sollen ebenfalls Ausfallzeiten begründen.

- Verwaltungsdirektor Weidner aus Emmendingen gab an, tarifrechtliche Freizeiten hätten bei 415 Pflegekräften Ausfallzeiten von insgesamt 14,8 Vollkräften entstehen lassen, „die nicht ersetzt worden sind“ (P 3/134).
- Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Hole sprach von „etwa 15 Stellen für das Pflegepersonal, die als Ausfallzeiten nicht ersetzt werden, weil die Wirtschaftsprüfung, die wir im Jahre 1983 gehabt haben, diese Ausfallzeiten nur zu etwa 20,3 % ersetzt, während wir tatsächlich 25 % Ausfallzeiten haben.“ (P 3/147)
- Oberpfleger und Personalratsvorsitzender Keicher aus Weinsberg nannte (P 5/135) für tarifliche Regelungen, die nicht berücksichtigt würden, folgende Zahlen:
 - 1,5 Stellen Zusatzurlaub für Nachtdienst
 - 3 Planstellen für allgemeine Urlaubsverbesserungen
 - 3 Stellen für die zwei freien Tage (Anm.: es ist nicht eindeutig, ob der Zeuge Keicher hier die bereits erwähnten drei Stellen näher erläutern wollte oder ob er, wie aufgeführt, weitere drei Stellen meinte).

Allerdings gibt es auch andere Äußerungen. Verwaltungsdirektor Gessler vom PLK Weißenau erklärte:

„Aufgrund tariflicher Regelungen ist kein Mangel beim Pflegepersonal eingetreten, weil in Baden-Württemberg solche allgemeinen Veränderungen über diese getrennten Vereinbarungen zwischen Krankenhausgesellschaft und Kostenträgern im Pflegesatzausschuß ausgehandelt und abgefangen werden.“ (P 3/181)

Verwaltungsdirektor Kaltenbach vom PLK Winnenden schildert:

„... hat sich seit Jahren eingespielt, daß die Krankenhausgesellschaften, also unsere in Baden-Württemberg, die Auswirkungen tariflicher Regelungen pauschal verhandelt mit den Kostenträgern und den Krankenhäusern sogenannte Empfehlungsvereinbarungen gibt, die dann die Auswirkungen tariflicher Regelungen, aber auch Änderungen im Sozialversicherungsrecht zum Beispiel in eine pauschale Erhöhung einfließen lassen, als Ergebnis landesweiter Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Krankenhausgesellschaften.“ (P 3/30)

Schließlich wies auch der als Zeuge vernommene Ärztliche Direktor des PLK Winnenden, Dr. von Maltzahn, darauf hin:

„daß die Ausfallzeiten durch landeseinheitliche Absprachen der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) in einer Pauschale“ umgelegt werden ... „es treten nicht generell einfach Minderbesetzungen dadurch auf, daß Ausfallzeiten nicht kompensiert wurden.“ Es seien „einheitliche und Spitzenabsprachen, die dann in den Kosten-/Pflegesatzverhandlungen nachher anerkannt werden“, und „eigentlich“ finde insofern ein Ausgleich statt. (P 3/6)

Was alles in eine solche Empfehlungsvereinbarung fällt, hat ebenfalls Verwaltungsdirektor Kaltenbach aus Winnenden dem Untersuchungsausschuß vorgetragen:

„Diese Empfehlungsvereinbarung, die letzte, betrifft das Jahr 1986, enthält zum Beispiel die linearen Tarifierhöhungen, Strukturverbesserungen, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen, Urlaubsverlängerungen; dann natürlich auch allgemeine Preissteigerungsraten im Krankenhaus-, Warenkorb“;

die Vereinbarung zuvor: Verlängerung des Urlaubs für 50- bis 58jährige usw.“ (P 3/30).

In diesem Zusammenhang gewinnt § 4 Abs. 2 Satz 2 BPflV Bedeutung, in dem es heißt:

„Ergeben sich jedoch während des Pflegesatzzeitraumes Änderungen

der Personalkosten aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, bei der folgenden Pflegesatzvereinbarung berichtigt.“

Grundgedanke dieser Empfehlungsvereinbarung ist es nun, landeseinheitlich und unter Vermeidung örtlicher Auseinandersetzungen solche Auswirkungen auf den Personalbedarf in die Pflegesätze einzurechnen, die nicht aus örtlichen, individuellen Quellen herrühren, sondern aus generellen Regelungen wie Tarifvertrag oder Gesetz. Am 5. September 1986 haben die BWKG und Verbände der Krankenkassen eine derartige „Empfehlungsvereinbarung für Pflegesatzvereinbarungen für den Pflegesatzzeitraum vom 1. Januar 1987 bis 31. Dezember 1987“ getroffen, in deren § 1 es heißt:

„Personalkostenentwicklung 1987

(1) Zur vorläufigen Abgeltung von Personalkostenänderungen, die auf

- a) linearer, tariflicher oder entsprechender Vergütungserhöhung,
- b) ...
- c) ...

d) sonstigen preislichen Personalkostenänderungen aufgrund von Rechtsvorschriften und Tarifverträgen beruhen, wird eine Steigerungsrate der Personalkosten für 1987 in Höhe von 3,75 % angesetzt. Der hieraus sich ergebende absolute Betrag dieser Steigerungsrate ist in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen. Die Festlegung der krankenhausesindividuellen Basis für die Steigerungsrate von 3,75 % obliegt den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG.

(2) Die Feststellung der tatsächlichen Steigerungsrate wird landeseinheitlich durch die Partner der Empfehlungsvereinbarung angestrebt. Weicht die zugrundegelegte Steigerungsrate davon ab, erfolgt die Berichtigung in voller Höhe der Abweichung. Die Berichtigung wird in dem Pflegesatzzeitraum vorgenommen, der auf die Feststellung der tatsächlichen Steigerungsrate folgt.“

Zusammenfassend bedeutet dies, daß in der Empfehlungsvereinbarung vom September 1986 für den Pflegesatzzeitraum 1987 die tarifbedingten Personalkostensteigerungen auf 3,75 % geschätzt und vorläufig in das Budget 1987 eingerechnet wurden. Zugleich wurde vereinbart, eine etwa von dieser Schätzung abweichende „tatsächliche Steigerungsrate“ im darauffolgenden Pflegesatzzeitraum, also im Jahr 1988, zu verrechnen.

Diese „tatsächliche Steigerungsrate“ wurde nun ermittelt und in eine weitere Vereinbarung zwischen der BWKG und den Verbänden der Krankenkassen vom 14. September 1987 einbezogen:

„(1) Die tatsächliche Steigerungsrate der Personalkostenänderungen nach § 1 der Empfehlungsvereinbarung zwischen den vorgenannten Vertragsparteien vom 5. September 1986 wird mit 3,45 % vom Hundert festgestellt. Damit sind alle Mehraufwendungen für den Personalbereich infolge Änderungen der Tarifverträge und Vergütungsregelungen sowie die Auswirkungen der Höhergruppierungen und Alterssteigerungen abgegolten. Ebenfalls sind damit die Auswirkungen der Arbeitsbefreiung von zwei Tagen für 1987 erledigt.

(2) Bezogen auf die vorläufig festgestellte Personalkostensteigerungsrate nach der vorgenannten Empfehlungsvereinbarung für das Jahr 1987 in Höhe von 3,75 % beträgt die Abweichung 0,3 Prozentpunkte, das sind 8 vom Hundert.

(3) Der sich nach Absatz 2 ergebende absolute Differenzbetrag ist von Krankenhäusern, die entsprechend der vorgenannten Empfehlungsvereinbarung zwischen den Vertragsparteien vom 5. September 1986 vorgegangen sind, bei dem Kosten- und Leistungsnachweis für das Jahr 1988 in K 4.1 lfd. Nummer 5 in Abzug zu bringen.“

Diese Vereinbarung legt also fest, daß die vorläufige Regelung des vergangenen Jahres um 0,3 % von der „tatsächlichen Steigerungsrate“ abweiche und daß diese Differenz bei den jetzt anstehenden Pflegesatzverhandlungen für den Pflegesatzzeitraum 1988 abzuziehen sei, und zwar im Kosten- und Leistungsnachweis als Anlage 1 zu § 16 Abs. 4 BPFV (siehe Abkürzungsverzeichnis).

Zugleich wird zwischen den Vertragsparteien klargestellt, daß die verbandsangehörigen Krankenhäuser einschließlich der PLK einen Ausgleich für den Personalmehrbedarf erhalten haben, der durch die Arbeitszeitverkürzung von je einem Tag pro Kalenderhalbjahr nach § 15 Buchst. a BAT entstanden ist.

Die BWKG hat mit Schreiben vom 23. Oktober 1987 über die Arbeitszeitverkürzung durch freie Tage mitgeteilt:

„Arbeitszeitverkürzung durch freie Tage ist eine Unterform der Arbeitsbefreiung und dementsprechend bei der Ermittlung von Ausfallquote, Zuschlagsfaktor und Personalbedarf zu berücksichtigen. Lediglich für das Jahr 1987 besteht insofern eine Sondersituation, als die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft einerseits und die Landesverbände der Krankenkassen andererseits unter anderem folgende Vereinbarung geschlossen haben . . .“

(Anm.: Es folgt die oben zitierte Vereinbarung über die tatsächliche Steigerungsrate der Personalkosten)

Aus der zeitlichen Beschränkung der Empfehlungsvereinbarung und der oben verwendeten Formulierung „Sondersituation“ darf allerdings nicht geschlossen werden, daß die Personalkostensteigerungen des Jahres 1987 einschließlich der Auswirkungen der Arbeitszeitverkürzung um zwei Tage im kommenden Jahr erneut in die Pflegesatzverhandlungen eingeführt und diskutiert werden müßten.

Tatsächlich gelten solche Empfehlungsvereinbarungen faktisch in den Folgejahren weiter, weil ihre Ergebnisse in das Ist-Budget, hier des Jahres 1987, einfließen, das wiederum Grundlage der Pflegesatzverhandlungen im anschließenden Jahr ist. Bei den Pflegesatzverhandlungen des Jahres 1987, einfließen, das wiederum Grundlage der Pflegesatzverhandlung stellt, und man verhandelt praktisch nur noch über die Änderungen – was einmal berücksichtigt wurde, ist stillschweigend mitenthalten.

Überstunden

Nach § 17 Abs. 5 1. Halbsatz BAT sind Überstunden „grundsätzlich durch entsprechende Arbeitsbefreiung auszugleichen“. Für die geleisteten Überstunden erhält der Mitarbeiter zusätzlich den Zeitzuschlag für Überstunden nach §§ 17 Abs. 5 Satz 3, 35 Abs. 1, Satz 2 a) BAT, der in den Vergütungsgruppen „Kr“ zwischen 15 und 25 % beträgt. Die maßgebliche Sonderregelung Nr. 2 a für Angestellte in Krankenanstalten usw. enthält in Nr. 6 keine Abweichungen, die in diesem Zusammenhang von Interesse wären.

Diese seit einigen Jahren bestehende Grundsatzregelung über Freizeitausgleich für Überstunden wird in den einzelnen Krankenhäusern mit unterschiedlichem Tempo verwirklicht. Die Abgeltung durch Freizeitausgleich bringt gegenüber der früheren Überstundenvergütung nachhaltige Einkommenseinbußen.

Sinn der Änderung war es, die Arbeitskraft der Mitarbeiter vor übermäßiger Belastung zu bewahren und zusätzliche Arbeitsplätze zu schaffen.

Dies kann allerdings nur gelingen, wenn der Arbeitgeber nicht zu sparen versucht, indem er Freizeitausgleich gewährt, ohne zusätzliche Mitarbeiter

einzusetzen. Daß etliche PLK solche Sparmaßnahmen getroffen haben, läßt sich aus den oben zusammengestellten Zitaten schließen. Weitere Hinweise ergeben sich aus den Jahresberichten.

Gleichwohl zählt ein Freizeitausgleich für Überstunden nicht zu den anerkanntsfähigen Ausfallzeiten. Denn die geleisteten Mehr- und Weniger-Stunden gleichen sich insgesamt aus und damit wird im Ergebnis genau die geschuldete Arbeitszeit erbracht. Darauf weist die BWKG mit Schreiben vom 23. Oktober 1987 an den Untersuchungsausschuß hin. Denn nach der Definition ist

„Ausfallzeit im Krankenhaus die vom Krankenhausträger nach Gesetz oder Tarifrecht bezahlte Abwesenheit innerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit. Das heißt: Wenn Ausfallzeiten anfallen, wird insoweit die regelmäßige Arbeitszeit von 40 Wochenstunden nicht erreicht. Zu den Ausfallzeiten gehören insbesondere Urlaub, Krankheit, Mutterschutz und Arbeitsbefreiung“ (aus dem Schreiben der BWKG vom 23. Oktober 1987; vgl. auch Anlage 3 zu den Wirtschaftlichkeitsrichtlinien des Wirtschaftsministeriums).

Auch wenn Überstunden notwendig sind, um den Betrieb aufrechtzuerhalten und deshalb nicht in Freizeitausgleich abgegolten werden, gilt zunächst nichts anderes: Da die Leistung erbracht wird, handelt es sich nicht um Ausfallzeiten, sondern um ein Alarmsignal für eine unzureichende Personalausstattung. In diesen Einsparungsfällen kommt es also zu einer nicht pflegesatzwirksamen Zusatzbelastung der Mitarbeiter.

Bereitschaftsdienst

Für Bereitschaftsdienst wird in Krankenhäusern grundsätzlich Überstundenvergütung (§ 35 Abs. 3 Unterabs. 2 BAT) gezahlt; es kann aber nach dem Ermessen des Arbeitgebers Freizeitausgleich gewährt werden, Sonderregelung Nr. 2 a BAT Nr. 6 B. (3) und (4).

Aus dem Schreiben der BWKG vom 23. Oktober 1987:

„Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienst erhöht zwar einerseits den Personalbedarf, senkt jedoch andererseits die Bereitschaftsdienstkosten, so daß zwar mehr Kräfte beschäftigt werden müssen, diese jedoch pro Kraft durchschnittlich geringere Kosten verursachen. Nach der Definition unter Ziffer 1 kann Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienst als Ausfallzeit über die Ausfallquote und den ZFA in die Personalbedarfsberechnung einfließen. Alternativ ist es jedoch möglich und vielfach üblich, bei gleichem Ergebnis den zusätzlichen Personalbedarf folgendermaßen zu errechnen:

$$\text{Freizeitausgleich für} \quad \frac{\text{Stunden} \times \text{ZFA}}{\text{Regelmäßige Arbeitszeit}} = \text{zusätzlicher} \\ \text{Bereitschaftsdienst in} \quad \text{Personalbedarf}$$

ZFA = Zuschlagsfaktor“ (Erläuterung weiter unten)

Tatsächliche Auswirkung

Ob eine Empfehlungsvereinbarung den Personalmehrbedarf in voller Höhe deckt, wird anschließend unter (6) zu prüfen sein. An dieser Stelle ist vielmehr zu fragen, ob die möglicherweise als „Mangel“ anzusehende Besetzung des Pflegedienstes „durch“ erhöhte Ausfallzeiten eingetreten ist, mit einem Wort: Ob und wie sich Arbeitszeitverkürzung und Freizeitausgleich für Überstunden und Bereitschaftsdienst tatsächlich als Ausfallzeiten auswirken.

Wenn das Krankenhaus unter Ausschöpfung seiner Autonomie davon absieht, Ersatzkräfte einzustellen, wirken sich Arbeitszeitverkürzung, Bereitschaftsdienst usw. für die Mitarbeiter vor Ort als weitere Ausfallzeit aus, die sie zu tragen haben und von der sie entsprechend zusätzlich belastet werden. Wie es in der Praxis aussehen kann, hat Dr. von Maltzahn, Ärztlicher Direktor des PLK Winnenden, geschildert:

„... So kann es sich schon so auswirken, daß beispielsweise rein personell überhaupt kein Ausgleich stattfindet, also wenn jetzt zum Beispiel ein Tag mehr Urlaub gewährt wird tariflich, so ist es so, daß ich natürlich keinen Doktor mehr habe und keinen Psychologen mehr habe und auch nicht prozentual einen Psychologen oder Doktor mehr habe; sondern der ist halt eben mehr weg und damit auch weniger verfügbar, hat weniger Zeit, die er am Patienten und an seinen Arbeiten umsetzen kann.“ (P 3/5 f.)

Unter der Voraussetzung, daß das jeweilige PLK den durch Freizeitausgleich und verkürzte Arbeitszeit entstehenden Personalmehrbedarf nicht durch zusätzlich eingesetztes Personal deckt oder decken kann, verschärft sich also die Lage im Pflegedienst. Wie die eingangs zusammengestellten Zeugenaussagen und Äußerungen in Jahresberichten zeigen, ist diese Voraussetzung in etlichen PLK gegeben.

Obwohl es anschließend unter (6) näher darzustellen sein wird, sei es bereits jetzt hervorgehoben: Was die einzelnen PLK veranlassen, um den tatsächlichen Auswirkungen solcher Ausfallzeiten zu begegnen, ist grundsätzlich ausschließlich ihre Sache im Rahmen der Autonomie.

Andere Gründe für die unbefriedigende Personalausstattung

Es gibt jedoch auch andere Gründe, die zu der jetzigen Situation im Pflegedienst beigetragen haben. Hier ist beispielsweise eine unzureichende Besetzung im Behandlungsbereich zu nennen, die infolge der Trennung zwischen Behandlungsfall- und Pflegefallbereich zutage getreten ist und dazu geführt hat, von den Landeswohlfahrtsverbänden finanziertes Pflegepersonal aus dem KHG-Bereich abzuziehen und dem Pflegefallbereich zuzuordnen. Auch die Verkleinerung der Stationen mit ihrem relativ höheren Personalaufwand sowie die gestiegenen Ansprüche und sonstigen Aspekte des Strukturwandels sind mitursächlich für die angespannte Lage im Pflegedienst.

Verwaltungsdirektor Kaltenbach hat im Zusammenhang mit dem Ausfallzeiten-Ausgleich ausdrücklich hervorgehoben:

„Das hat aber mit Personalmehranforderungen nichts zu tun.“
(P 3/36)

Ähnlich wertet der Ärztliche Direktor des PLK Winnenden, Dr. von Maltzahn, die Frage, ob es vorwiegend am Kostenträger liege, wenn es jetzt Schwierigkeiten gebe:

„An den von den Kostenträgern gesehenen möglichen Zuwachsraten, die wir jährlich bekommen könnten.“ (P 3/28)

Fazit:

Die angespannte Lage im Pflegedienst ist auch „durch erhöhte Ausfallzeiten“ eingetreten, und zwar in den PLK, die Ausfallzeiten und Freizeitausgleich für Überstunden tatsächlich nicht durch den Einsatz zusätzlicher Mitarbeiter gedeckt haben oder decken konnten.

(6) Ist die von vielen Zeugen als „Mangel“ angesehene Situation im Pflegedienst „infolge tariflicher Regelungen eingetreten“?

Oben unter (5) wurde dargelegt, daß es einen Zusammenhang zwischen tariflichen Regelungen, Ausfallzeiten und der angespannten Lage im Pflegedienst gibt. Damit ist die Frage aber nicht beantwortet.

Vielmehr wird man die in dieser Frage angesprochene besondere Kausalität nur bejahen können, wenn die tariflichen Regelungen sozusagen die entscheidende letzte Ursache gesetzt haben. Diese Einschränkung ergibt sich aus dem Sinn des Beweisthemas, die entscheidenden Strukturen für die Engpässe im Pflegedienst offenzulegen und klare Verantwortlichkeiten für Verbesserungen festzustellen. In diesem Sinne können aber die Krankenkassen nicht für solche Kosten verantwortlich sein, die sie längst durch

Empfehlungsvereinbarungen übernommen und abgegolten haben. Dies bedeutet: Soweit die Kosten tariflicher Regelungen durch Empfehlungsvereinbarungen abgegolten sind, trifft die weitere Verantwortung nur die PLK: sie müssen im Rahmen ihrer Autonomie mit dem zur Verfügung stehenden Budget zurechtkommen.

Das Verständnis dieser Zusammenhänge wird dadurch erschwert, daß in den Verhandlungen nicht jeder Einzelposten ausgewiesen wird, sondern daß am Ende der Verhandlungen in einer Art „Paketlösung“ eine Gesamtsumme, ein Budget, vereinbart wird und es weder möglich noch gewollt ist, dies im einzelnen nachzurechnen:

„... Das Budget ist letztendlich ein Konglomerat von vielen Einzelbausteinen, das irgendwo dann in einer Gesamtsumme endet nach Stunden und Tagen einer Verhandlung. Und niemand ist in der Lage, und wir sind auch nicht willens, dies nachzuvollziehen, wie sich das nun auf die einzelnen Forderungen herunterdividieren läßt. Das wollen wir gar nicht; denn zu dem verhandelt man.“ (Zeuge Ohnmacht, P 3/63)

Diese Äußerung gilt unmittelbar für die Anerkennung der Ausfallzeitenforderungen, die in die Budget-Forderung eingerechnet werden. Sie muß ferner sinngemäß gelten für die Einbeziehung von Ausfallzeiten in Empfehlungsvereinbarungen.

Bereits der Ärztliche Direktor des PLK Winnenden hat jedoch darauf hingewiesen, daß es nicht klar sei, ob derartige, pauschal ausgeglichene Ausfallzeiten durch diese Pauschalen (Anm.: Gemeint sind Empfehlungsvereinbarungen) in vollem Umfang berücksichtigt würden. (P 3/6)

Die Frage, wie sich denn der Ausgleich konkret auswirke, konnte der Zeuge Kaltenbach nicht beantworten. Er konnte aber „bestätigen, daß alles, was durch exogene Faktoren von außen an uns herangetragen wurde auf tariflichem Gebiet, sozialversicherungsrechtlichem Gebiet, Urlaubsverlängerung usw., alle diese Dinge sind in unsere Kosten eingeflossen, und zwar ohne große Diskussion.“ (P 3/41 f.)

Dies mag also für die Errechnung der durch solche Ausfallzeiten entstehenden Kosten zutreffen, indes ist damit noch nichts darüber ausgesagt, inwieweit diese reell errechneten Zahlen dann auch zu 100 % in das Ergebnis einfließen. Hier ist vielmehr davon auszugehen, daß ein gewisses Defizit bleibt, dessen Höhe nicht feststellbar ist, denn für beide Teile steht

„am Ende irgendwo ein Zu- und Abgeben“ (Zeuge Ohnmacht, P 3/65).

Dieses zu vermutende Defizit dürfte allerdings nicht besonders hoch sein und sich darüber hinaus als winziger Bestandteil eines Millionen-Budgets nur sehr viel geringer auswirken, als dies die Mitarbeiter im Krankenhaus vor Ort zu spüren bekommen.

Es liegt freilich in der Autonomie der einzelnen Krankenhäuser, die Verhandlungschancen und die Differenz zum 100%igen Ersatz mit dem dafür erforderlichen Mehraufwand und geringeren Verhandlungserfolgen bei anderen Punkten abzuwägen. Der Krankenhausträger seinerseits hätte erst einen Anlaß, sich hier einzuschalten, wenn erhebliche Nachteile zu erwarten wären. Wie sich der Fortsetzung der Aussage des Zeugen Kaltenbach entnehmen läßt, sind die PLK der Auffassung, mit diesem Verfahren leben zu können:

„Und wir sehen, wie die anderen Häuser auch, keinen Anlaß, dieses Verhandlungspaket, dieses Verhandlungsergebnis, aufzuschnüren und in den Pflegesatzverhandlungen dann noch einmal über diesen Punkt zu verhandeln. Wir setzen da auf. Das war bisher die Praxis.“ (P 3/30)

Verwaltungsdirektor Gessler hat auf Frage bekräftigt, daß die Auswirkungen der tariflichen Regelungen „im Prinzip, in der Regel, von einzelnen Häusern abgesehen, voll abgedeckt“ seien. (P 3/181)

Zugleich stellte er klar, daß dem PLK Weißenau „im Ausfallzeitenkomplex“ 15,1 Kräfte fehlten, weil die Wirtschaftlichkeitsprüfung von falschen Ansätzen ausgegangen sei. (P 3/183)

Individuell höhere Ausfallzeiten

Wie der oben zitierten Vereinbarung zwischen der BWKG und den Krankenkassenverbänden vom 14. September 1987 entnommen werden kann, sollen die Auswirkungen der Arbeitsbefreiung von zwei Tagen „für 1987 erledigt“ sein. Dies schließt es jedoch nicht aus, etwaige höhere Ausfallzeiten in die Pflegesatzverhandlungen einzubringen und in das Budget einzurechnen. Denn landeseinheitliche Empfehlungsvereinbarungen müssen sich an den durchschnittlichen Erfolgen der abzugeltenden tariflichen Regelungen orientieren und können nicht nur Spitzenwerte berücksichtigen.

Die Empfehlungsvereinbarungen lassen auch Raum für die Berücksichtigung örtlicher Besonderheiten, nämlich bei der „Festlegung der Krankenhausindividuellen Basis für die Steigerungsrate“. (§ 1 Abs. 1 S. 3 Empfehlungsvereinbarung vom 9. September 1986)

Hier kann das Krankenhaus individuelle Ausfallzeiten im Rahmen des sogenannten „Mengengerüstes“ durch Einrechnung in den Personalbedarf (Personal-„Menge“) geltend machen. Auf der anderen Seite berücksichtigt die Empfehlungsvereinbarung im sogenannten „Preisgerüst“ die Auswirkungen der allgemeinen Kostensteigerungen („Preis“ des Personalbedarfs). Näheres ist den Anlagen 2 und 3 zum BWKG-Rundschreiben Nr. 9/86 vom 9. September 1986 zu entnehmen.

Dabei gilt wie sonst auch nach den Wirtschaftlichkeitsrichtlinien, daß es dem Krankenhaus obliegt, „Besonderheiten durch repräsentative Statistiken oder andere Aufzeichnungen nachzuweisen oder ausreichend glaubhaft zu machen“.

13,04 % Ausfallzeiten regulär anerkannt

Besonderheiten sind Abweichungen vom Regelfall. Regelfall ist die Einbeziehung einer

„Ausfallquote von 13,04 % und damit ein Zuschlag für Ausfallzeiten von 15 % bzw. ein Zuschlagsfaktor von 1,15“. (Wirtschaftlichkeitsrichtlinien A.I.b ba)

Vergleich

Will man vergleichen, welche Ausfallzeiten die PLK geltend machen und was ohnehin anerkannt wird, kommt es auf die Quote von 13,04 % an. Denn die Quote ist die Größe des tatsächlichen Ausfalls, während der Zuschlag die Größe zur Deckung des Ausfalls ist. Da unter diesen ausgleichenden Posten ebenfalls Ausfallzeiten anfallen, muß der Zuschlag höher sein als die Quote.

Beispiel:

Bedarf: 400 Arbeitsstunden
Ausfallquote: 20 %

400 Arbeitsstunden \cdot 20 % Ausfallquote = 320 effektive Arbeitsstunden

400 + 80 Arbeitsstunden \cdot 20 % Ausfallquote = 384 effektive Arbeitsstunden, also weniger als 400 Arbeitsstunden

400 Arbeitsstunden \times 1,25 Zuschlagsfaktor = 500

Errechnung des Zuschlagsfaktors

= $100 : (100 - \text{Ausfallquote})$

= $100 : (100 - 20)$

= $100 : 80 = 1,25$

500 Arbeitsstunden \cdot 20 % Ausfallquote = 400 effektive Arbeitsstunden

Das bedeutet: Wenn die Krankenkassen generell einen Zuschlag von 15 % anerkennen (Zeuge Sing/AOK; P 3/103), ist darin ordnungsgemäß nur eine 13,04 %ige Ausfallquote enthalten.

Zur grundsätzlichen Behandlung der Ausfallzeiten erklärte der Zeuge Sing, Geschäftsführer und zugleich Vorstandsmitglied des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden in Stuttgart (P 3/102):

„15 % ist eine Grundnorm, die wir anerkennen. Ich will ausdrücklich dazu sagen: Es gibt viele Krankenhäuser mit Patientengut, das sehr problematisch ist . . . Ich weiß nicht, warum die Ausfallzeiten berechtigterweise dann so hoch sein müssen. Das ist für mich eine offene Frage. Der werden wir auch in den weiteren Verhandlungen nachgehen. Denn ansonsten müßten wir ja eigentlich unsere Grundvorgaben mit 15 % für alle verändern . . . Entweder müssen wir alles korrigieren oder es ist hier irgendwo anzusetzen.“ (P 3/108)

Anerkennung höherer Ausfallzeiten

Den vorausgegangenen Tabellen ist auf einen Blick zu entnehmen, daß die Krankenkassen in der Praxis zum Teil höhere Ausfallzeiten anerkennen, als es den veralteten Anhaltzahlen von 1969 und ihrer allgemeinen Haltung entspräche.

Ausfallzeiten-Differenz

Es kann verschiedene Gründe für eine Differenz zwischen den geltend gemachten und den anerkannten Ausfallzeiten geben.

1. Die Ausfallzeiten aufgrund Arbeitszeitverkürzung könnten in den Empfehlungsvereinbarungen nicht voll durchgesetzt worden sein.

Dazu wurde aber bereits oben ausgeführt, daß die PLK mit dem geringen etwaigen Defizit aus den Empfehlungsvereinbarungen leben können.

2. Weitere Möglichkeiten für eine Ausfallzeiten-Differenz

Die geltend gemachten Ausfallzeiten werden aufgrund eines Gutachtens „zum Teil gravierend nach unten korrigiert.“ (Zeuge Sing, AOK-Landesverband Württemberg-Baden, P 3/104)

Solche Korrekturen können darauf beruhen,

- daß dem Krankenhaus der erforderliche Nachweis höherer Ausfallzeiten mißlingt, weil es zum Beispiel die Ausfallzeiten nur „pauschal angesprochen“ hat (P 3/191 Zeuge Weber), statt sie im einzelnen nachzuweisen;
- daß das Krankenhaus nicht sparsam gewirtschaftet hat oder aus sonstigen Gründen die überschüssige Höhe der Ausfallzeiten selbst „zu vertreten hat“; (Wirtschaftlichkeitsrichtlinien)
- daß die Ausfallzeiten nach verschiedenen Methoden errechnet wurden;
- daß die Ausfallzeiten zu einem Teil, etwa gerade über eine Empfehlungsvereinbarung, längst ausgeglichen sind;
- daß der Kostenträgerseite bzw. dem Gutachter ein Fehler unterläuft;
- daß nicht anerkennungsfähige Überstunden (vgl. oben (6)) angesetzt wurden.

In all diesen Fällen obliegt es dem Krankenhaus, so klare Daten zu beschaffen, daß es seiner Beweislast für höhere Ausfallzeiten gerecht wird.

Fazit:

Die Antwort des Verwaltungsdirektors Kaltenbach zur Beweisfrage lautet:

„. . . so daß im Ergebnis durch tarifliche Regelungen kein Personal-mangel beim Pflegedienst, Pflegepersonal eingetreten ist.“ (P 3/30)

Ebenso Verwaltungsdirektor Gessler:

„Aufgrund tariflicher Regelungen ist kein Mangel beim Pflegepersonal eingetreten, ...“ (P 3/181)

Tarifvertragsbedingte Steigerungen des Personalbedarfs sind grundsätzlich in voller Höhe durch die landesweiten Empfehlungsvereinbarungen abgegolten.

Auffallend ist, daß das Wirtschaftsministeriums und die Kassen nach wie vor von einem Zuschlag von 15 % für Ausfallzeiten mit einer Quote von 13,04 % ausgehen, während zum Beispiel der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern in Stuttgart mit einer anderen Berechnungsmethode (P 5/308) zu einer Ausfallquote von rund 21 % gelangt und diese auch tatsächlich anerkennt.

Diese 21%ige Ausfallquote errechnet sich aus einer jährlichen Stundenzahl von 2 088 (Schreiben BWKG vom 9. September 1987) und einer effektiven Arbeitsleistung von 1647 Stunden (laut Mitteilung der Kommunalen Geschäftsstelle für Verwaltungsvereinfachung KGST (P 5/382).

Ob die Kassen geltend machen können, die PLK sollten zunächst versuchen, durch betriebsinterne Umorganisation Abhilfe zu schaffen, scheint mit Rücksicht auf die allgemein knappe Besetzung nur in Einzelfällen zulässig.

Verwaltungsdirektor Kaltenbach hat jedenfalls die Frage bejaht, daß die Stellenzuwächse über die tarifbedingten Ausfallzeiten hinausgingen, und er ergänzte:

„Die Pflegesatzsteigerung war immer höher als die absolute Pflicht. Es war immer noch ein Kürteil dabei – aber zu gering, immer zu gering.“ (P 3/43)

Dem entspricht die Aussage des Zeugen Steidlinger vom AOK-Landesverband Südwest, Lahr, sie würden stets einen Interessenausgleich zwischen den Mitgliedern als Patienten und als Beitragszahler herbeiführen:

„Das zeigt sich auch immer wieder aus den Abschlüssen, daß wir über die eigentliche Steigerungsrate hinaus zusätzliche Kosten berücksichtigen.“ (P 3/87)

Die Kassen gestehen also durchaus einen gewissen „Nettozuwachs“ zu. Nur ist zu fragen, ob dieser Zuwachs genügt, nach den Ausfallzeiten-Steigerungen auch noch die gestiegenen Anforderungen im Rahmen des Strukturwandels zu decken.

Zwischenergebnis zu den Ausfallzeiten

Durch erhöhte Ausfallzeiten „infolge tariflicher Regelungen“ ist jedenfalls kein nennenswerter Mangel beim Pflegepersonal eingetreten.

Diesem mehrheitlich beschlossenen Zwischenergebnis setzten die Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion (Änderungsantrag Nr. 50) folgende Auffassung entgegen: Es bestehe die Möglichkeit, die Differenz zum 100%igen Ersatz tarifrechtlicher Veränderungen als Ausfallzeit in die Pflegesatzverhandlungen einzuführen. Dies sei aber nicht sehr erfolgversprechend, da die von den Kostenträgern im Prinzip anerkannten Ausfallzeiten unter den von den PLK dargelegten lägen. Fazit: Es lasse sich nicht klären, inwieweit und in welchem Umfang tarifvertragliche Änderungen durch die Erhöhung der Pflegesätze in den vergangenen Jahren abgegolten worden seien.

(7) Möglichkeit der Mangelbeseitigung

Der Untersuchungsausschuß hat auch Beweis darüber erhoben, ob die mit dem Begriff „Mangel“ umschriebenen personellen Engpässe beseitigt werden können. In dieser Frage bestand Einmütigkeit zwischen allen Zeugen und Sachverständigen, daß zusätzliches Personal in jedem Falle eine Verbesserung bewirken werde (vgl. etwa Dr. Krzepinski, P 3/117; Prof. Dr. Hole, P 3/149).

(8) Mindestbesetzung

Eine weitere Frage der Beweiserhebung war es, ob der als „Mangel“ beschriebene Zustand durch eine „personelle Mindestbesetzung“ beseitigt werden könne. Die Formulierung „Mindestbesetzung“ bezieht sich dabei auf den für erforderlich gehaltenen Mehraufwand gegenüber der bestehenden Situation und soll nicht etwa suggerieren, daß zur Zeit eine Mindestbesetzung nicht gewährleistet sei (vgl. Dr. von Maltzahn, P 3/7).

Schwieriger ist die Feststellung, wieviel Personal denn nun zusätzlich mindestens erforderlich sei. Jedenfalls sind es nicht die in der Stellungnahme des Sozialministeriums erwähnten 630 Stellen im KHG-Bereich, die die PLK auf der Grundlage der DKG-Anhaltszahlen von 1985 auf Aufforderung des Sozialministeriums errechnet haben. Dies ergibt sich daraus, daß nach dem gesamten Zusammenhang des Untersuchungsauftrages unter „Mangel“ ein schwerwiegender Fehlbestand zu verstehen ist, der sich deutlich abheben muß von einem bloß sinnvollen oder wünschenswerten Personalzuwachs.

Weiß nau

Auf die Frage nach der Mindestbesetzung für „eine sinnvolle Psychiatrie“ und „wie so die Mindestversorgung ist und was eine wünschenswerte Versorgung wäre heute, die einem zivilisierten Land entspricht“, antwortete der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Hole:

„Mindeststandard beim Pflegepersonal? Da würde ich sagen: Die Anhaltszahlen von 85 der DKG, wo ja auch die Bundesdirektorenkonferenz und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger mitgearbeitet haben . . .“ (P 3/167)

Der Zeuge Prof. Dr. Hole unterscheidet an anderer Stelle nach der Schwere des Krankheitsbildes der Patienten. In der Leichtpsychiatrie bezeichnete er die Anwesenheit von zwei Pflegekräften permanent über 16 Stunden hinweg als „Minimum“. Er rechnete dafür allein schon 26 Pflegepersonen mehr im Jahr als Bedarf (P 3/157). In der „Schwerpsychiatrie“, wie sie nun nach der Konzentration der schwerkranken Patienten in den PLK betrieben werden müßte, gab Prof. Dr. Hole zum Beispiel für die „Depressionsstation mit Hochsuizidalen mit einer Basissuizidalität von 50 %“ an, vier Pflegekräfte müßten bei einer Station mit durchschnittlichem Schweregrad permanent präsent sein (P 3/158). Diesen Bedarf würden die Krankenkassen nicht anerkennen und als „überzogene Forderungen“ bezeichnen. Prof. Dr. Hole zitierte aus seiner Erinnerung:

„Herr Steidlinger (Anm.: zuständiger Referent beim AOK-Landesverband Südwest in Lahr) hat auch wörtlich gesagt: Für uns gibt es keine Mindestbesetzungen, sondern nur Anhaltszahlen; wenn Sie also Stationen verkleinern und dafür relativ mehr Pflegepersonal brauchen, ist das Ihre Sache.“

An wieder anderer Stelle bekundet der Zeuge Prof. Dr. Hole:

„Wenn wir wenigstens diese Ausfallzeiten voll ersetzt kriegen würden und wenigstens für diese 15 Pflegepersonen, die uns permanent fehlen, zusätzliche, dann wäre der allerschlimmste Mangel abgeholfen.“ (P 3/149)

Es bleibt der politischen Würdigung überlassen, welche der Äußerungen des Ärztlichen Direktors eher dem hier maßgeblichen Verständnis des Mindestbegriffes zugeordnet werden soll.

E m m e n d i n g e n

Verwaltungsdirektor Weidner führte aus, eine Mindestbesetzung erfordere zunächst die 14,8 Vollkräfte, die dem PLK Emmendingen infolge tariflicher Freizeitregelung fehlten. Dabei ging er nicht auf die Empfehlungsvereinbarung der BWKG mit den Krankenkassenverbänden und die gesamte Abteilungsproblematik ein. Außerdem seien 11,7 Vollkräfte erforderlich,

um die Personalanzahlzahlen der DKG von 1969 zu erreichen. Der tatsächliche Fehlbestand im Pflegepersonal betrage also 26,5 Vollkräfte im Augenblick. (P 3/136)

Bad Schussenried

Pflegedienstleiterin Lerch gab wie an anderer Stelle bereits ausgeführt einen Bedarf von sechs Pflegekräften an, „damit jemand da ist“. Sie schloß ausdrücklich aus, daß dies eine „Mindestbesetzung“ sei:

„Die Mindestbesetzung ist, daß ich über die Runden komme. Auf Stationen, wo Depressive sind oder Suizidale, kann ich mit diesen sechs (Anm.: Pflegekräften) nichts anfangen. Da brauche ich mehr. Ich persönlich kann die Verantwortung nicht tragen, wenn auf so einer Station einer allein bleibt. Das geht nicht; weder für das Personal noch für den Patienten. Das ist fast unmöglich.“ (P 3/199)

Winnenden

Ärztlicher Direktor Dr. von Maltzahn sprach von „zwingenden Verbesserungen im gerontopsychiatrischen und im Langzeitbereich“ (P 3/19). Natürlich werde er in den nächsten Pflegesatzverhandlungen „einige akademische Mitglieder, vor allen Dingen Krankengymnasten, Pflegepersonal“ fordern (aaO).

Ergebnis. Im Hinblick darauf, daß ein Rückschritt zur Verwahrpsychiatrie nicht zur Diskussion steht, muß man unter „Mindestbesetzung“ etwas anderes verstehen als die Besetzung, die erforderlich ist, „daß jemand da ist und daß nichts passiert“. Dabei ist es sicher richtig, nach den besonderen Anforderungen der jeweiligen Stationen zu differenzieren. Der konkrete Personalbedarf für die einzelnen Stationen ist aber weder Gegenstand der Beweisaufnahme noch des Untersuchungsauftrages. Im übrigen versteht es sich aus der Natur der Sache, daß ein auf unzureichender Personalausstattung beruhender „Mangel“ durch eine Personalvermehrung beseitigt werden kann.

(9) Kurzfristige Erreichbarkeit der Mindestbesetzung

Hier geht es um die Frage, ob es bei entsprechender Finanzierung auch tatsächlich möglich wäre, kurzfristig einen „Mangel“ zu beseitigen.

Zur Zeit gibt es keinen ausgesprochenen Mangel an Arbeitskräften, Therapeuten oder Ärzten am Arbeitsmarkt.

Zahl der offenen Stellen am 31. Dezember 1986
(Angaben aus dem Statistikteil der JB 1986)

PLK	Ärzte	Psychologen	med.-techn. Dienst	Pflegedienst
Weißenu	2	1		12
Wiesloch ¹⁾	8	1	2,5	23
Emmendingen ²⁾	8			31
Hirsau (1. 2. 1987)			7	18,75
Zwiefalten			1	11
Schussenried	2			3
Reichenau	2			12
Winnenden	1,5		2	3
Weinsberg	0	0	0	0

¹⁾ mit Zusatz: Eine Stelle gesperrt.

²⁾ mit Zusatz: „Die Stellen konnten aufgrund des Belegungsrückgangs und der dadurch notwendig gewordenen Einsparungen nicht besetzt werden.“

Wie die Statistik über nichtbesetzte Stellen in den Jahresberichten der PLK

ausweist, ist es mehr oder weniger möglich, jedenfalls zu den üblichen Einstellungsterminen, finanzierbares Personal auch tatsächlich einzustellen. Dies mag in Einzelfällen schwierig sein, wenn es etwa darum geht, besonders qualifizierte Ärzte oder an einzelnen PLK qualifizierte Pflegekräfte unter Vertrag zu nehmen.

Anders kann die Situation allerdings werden, wenn jetzt auf einmal ein erheblicher Nachfrageschub einsetzte. Vor allem bei qualifizierten Pflegekräften käme es da schnell zu Engpässen.

Das vereinzelt (P 5/41 und P 5/179) erwähnte „schlechte Image“ des Dienstes in PLK oder gerade im Maßregelvollzug der PLK muß dabei kein erstes Problem sein. Die seelische Belastung des Pflegepersonals dürfte zum Beispiel in Krebsstationen (vgl. Zeuge Sing, P 3/108) von Allgemeinen Krankenhäusern nicht geringer sein. Die hohen Ansprüche an Pflegekräfte in der Psychiatrie und die verstärkte Einbindung in die Therapie geben andererseits auch einen Anreiz für überdurchschnittliches Engagement. Schließlich dürfte es zu einem nicht geringen Teil an dem „Personal mangel“ liegen, wenn der Dienst im PLK oder im Maßregelvollzug unbeliebt sein sollte. Auch wenn der Zeuge Prof. Dr. Hole auf Nachfrage bekundet hat (P 5/41), das erforderliche Personal gebe „es nur zum Teil“ und wenn der Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund beim PLK Wiesloch, Dr. Baljer, von einem sich anbahnenden Engpaß vor allem beim männlichen Pflegepersonal gesprochen hat, dürfen die Dimensionen nicht verschoben werden: Das Kernproblem ist die Finanzierung des Personals und nicht ein Angebotsmangel. Das Qualifikationsproblem kann man durch intensive Aus- und Fortbildung lösen.

Im Ergebnis läßt sich daher wenigstens feststellen, daß der finanzierbare Personalzuwachs nicht an einem Arbeitskräftemangel scheitern würde.

Ergebnis zum Kapitel Ausfallzeiten

Die Ausfallzeiten generell sind in den letzten Jahren gestiegen, vor allem infolge tariflicher und gesetzlicher Regelungen. Die Auswirkungen dieser Regelungen werden über die landeseinheitlichen Empfehlungsvereinbarungen der BWKG mit den Krankenkassenverbänden ausgeglichen.

Es besteht ein deutliches Gefälle zwischen der generellen Anerkennung einer Ausfallquote von 13,04 % gegenüber der inzwischen über 20 % liegenden Durchschnittsquote der Ausfallzeiten.

Allerdings ist nicht alles, was sich im Krankenhaus tatsächlich als Ausfallzeit auswirkt, auch anerkennungsfähige Ausfallzeit im Rahmen der Pflege-satzverhandlungen. Dies gilt insbesondere für die durch Empfehlungsvereinbarungen abgegoltenen Auswirkungen der allgemeinen Personalkostensteigerungen. Hierzu zählen unter anderem alle tariflich und gesetzlich bedingten Regelungen, die den Personalbedarf oder die Personalkosten erhöhen. Daneben gibt es weitere Gründe für eine geringere Anerkennung von Ausfallzeiten, als es die PLK in Einzelfällen errechnen.

Dennoch bleibt auch nach Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ein gewisser Teil anerkennungsfähiger Ausfallzeiten unberücksichtigt, so daß das Ergebnis lautet:

Die unvollständige Berücksichtigung der Ausfallzeiten ist mitverantwortlich für die unbefriedigende Personalausstattung in den PLK.

dd) Personalstruktur

(1) Verschiedentlich zeigten sich Zeugen unzufrieden mit der Qualifikation des Pflegepersonals, insbesondere weil es zu wenig examinierte Fachpfleger gebe (P 5/45 und 5/275); auch fehle es an Spezialisten für bestimmte Therapien (Prof. Dr. Reimer, P 5/116). Personalratsvorsitzender und Oberpfleger Keicher bekundete, daß vor allem in der Gerontopsychiatrie zum Teil nur Zivildienstleistende Beschäftigungstherapie ausübten. Sporttherapie, Arbeitstherapie und zum Teil Beschäftigungstherapie würden vorwiegend

vom Pflegepersonal getragen, das dann von der Station abgezogen sei und dort fehle (P 5/136).

Den Ausbildungsstand gibt folgende Tabelle wieder:

Qualifikation des Pflegepersonals
(Angaben nach Statistikteil in den JB 1986)

PLK	Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie ¹⁾	Voll-exami-nierte	Kranken-pflege-helfer	Schüler	ohne Aus-bildung
Weinsberg	5	56,00 %	15,00 %	20,70 %	8,30 %
Winnenden	12	46,38 %	25,21 %	18,85 %	9,56 %
Reichenau	5	46,52 %	26,08 %	45,68 %	2,72 %
Schussenried	9	44,59 %	26,00 %	25,43 %	3,98 %
Zwiefalten	10	46,00 %	23,00 %	25,00 %	6,00 %
Calw-Hirsau	0 ²⁾	51,41 %	14,17 %	27,94 %	6,48 %
Emmendingen	0 ³⁾	57,57 %	18,14 %	23,17 %	1,12 %
Wiesloch	13	56,66 %	30,02 %	12,36 %	0,96 %
Weißenuau	7	44,30 %	17,30 %	33,80 %	4,60 %
Durchschnitt		49,94 %	21,65 %	25,88 %	4,85 %

1) Nach Angabe des Sozialministeriums

2) Zwei Pflegekräfte unterziehen sich zur Zeit der obengenannten Zusatzausbildung

3) Zwei Pflegekräfte, welche über die obengenannte Zusatzausbildung verfügten, sind ausgeschieden

Nach dieser Statistik hat, gemessen an den voll-examinierten Pflegekräften, das PLK Weißenuau den geringsten und das PLK Emmendingen den höchsten Qualifikationsstand.

(2) Einsetzbarkeit des Pflegepersonals

Verschiedentlich kam zur Sprache, daß es Probleme mit der Einsetzbarkeit des Pflegepersonals gibt. So wächst in einigen PLK aus Altersgründen oder wegen Krankheit der Anteil der Pflegekräfte, die nur noch beschränkt einsetzbar sind (zum Beispiel P 3/127; verschiedene Jahresberichte im Kapitel Pflegedienst). Dadurch wachsen die Schwierigkeiten, Personal für den Nachtdienst und besonders anstrengende Stationen wie für die Aufnahme oder den Maßregelvollzug zu finden.

Ein besonderes Problem der Einsetzbarkeit des Pflegepersonals ist die von dem Sachverständigen Prof. Dr. Dörner mit dem Begriff „Verweiblichung des Pflegepersonals“ (P 5/179) umschriebene Entwicklung der Zusammensetzung des Personals. Den aktuellen Stand gibt folgende Tabelle wieder:

Anteil männlicher Mitarbeiter im Pflegedienst
(Angaben nach den JB 1986 im Statistikteil)

Winnenden	28,99 %
Weinsberg	39,50 %
Reichenau	37,30 %
Schussenried	37,54 %
Zwiefalten	41,95 %
Calw-Hirsau	28,74 %
Emmendingen	44,89 %
Wiesloch	50,56 %
Weißenuau	34,10 %

Pflegedienstleiter Uphal schreibt im Jahresbericht 1986 PLK Winnenden (Seite 37):

„Dies hat zur Folge, daß besonders im Bereich der Akut-Psychiatrie zunehmend Krankenschwestern mit erregten und aggressiven Patienten umgehen müssen.“

Pflegedienstleiter Lächele schreibt im Jahresbericht 1986 des PLK Wiesloch (Seite 109):

„Die Krankenschwestern haben sehr häufig in der Nacht Angst, die zum einen aus der Unübersichtlichkeit der Stationen und zum anderen wegen der unausreichenden Personalbesetzung im allgemeinen abzuleiten ist. . . . Gefährliche Übergriffe auf weibliches Pflegepersonal in der Nacht mit anschließender zum Teil langanhaltender Dienstunfähigkeit sind nachweisbar.“

Das Landgericht Heilbronn hatte kürzlich einen Fall zu entscheiden, in dem ein Patient eine Krankenschwester getötet hatte. Das Gericht hat mit nicht rechtskräftigem Urteil vom 21. August 1987 ausdrücklich festgestellt, daß die Krankenschwester zur Tatzeit infolge des Personalmangels alleine Nachtdienst zu leisten und keine Möglichkeit der Gegenwehr hatte.

In diesem Zusammenhang ist immer wieder von der Installation von Personensicherungssystemen die Rede. Personensicherungssysteme gibt es aber nur in einigen PLK, und sie können nur dann nützen, wenn die Pflegekraft in einer Notsituation noch die Chance hat, das Gerät zu bedienen.

(3) Betriebsklima

Klagen über ein schlechtes Betriebsklima infolge unzureichender Personalausstattung blieben vereinzelt. Andererseits entspricht es der Lebenserfahrung, daß man ungern ein schlechtes Betriebsklima einräumt, so daß das Betriebsklima wenig für den Untersuchungsauftrag ergibt. Oberpfleger und Personalratsvorsitzender Walter vom PLK Reichenau führte zum Beispiel aus:

„Das Betriebsklima – man kann nicht sagen, daß es schlecht ist. Ich kenne es aus anderen Häusern. Da ist es auch nicht viel besser oder besser. Es gehen wenig Leute deswegen weg, weil ihnen die Arbeit nicht zusagt. Zumindest sagen sie es uns dann nicht.“ (P 5/296)

Auf die Frage nach der Fluktuation meinte Pflegedienstleiter Uphal vom PLK Winnenden (P 3/57), sie habe im vergangenen Jahr 30 % betragen. Und er ergänzte:

„Aber sie ist weniger aus Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation als dadurch bedingt, daß wir sehr viele Frauen haben und daß eben dann auch aus familiären Gründen nach dem ersten oder zweiten Kind die Berufstätigkeit aufhört. Und das empfinden wir eigentlich als normal.“

Personalratsvorsitzender und Oberpfleger Walter vom PLK Reichenau berichtete:

„Im Pflegedienst ist ein relativ großer Wechsel. Das ist im Jahr so zwischen 40 und 50 % etwa. Allermeistens sind das eben Leute, die den Arbeitsplatz wechseln, weil der Mann irgendwo anders hinzieht oder daß sie wegen Kindern nicht mehr arbeiten, Schwangerschaften also. Die Begründungen sind immer plausibel, und es geht also selten jemand weg, weil ihm die Arbeit zuviel ist oder weil er nicht mehr durchhalten kann. Allerdings gibt es viele, die kommen und sagen, sie möchten unter den Umständen lieber halbtags arbeiten. Die Ganztagsarbeit wäre ihnen zuviel.“ (P 5/297)

(4) Supervision und Weiterbildung

Ärztlicher Direktor Dr. Baljer, Wiesloch, hält die Supervision im Maße-

gelvollzug für unabdingbar und Fortbildungsmaßnahmen für notwendig (P 6/20 bis 21). Nähere Ausführungen dazu folgen unter dem Abschnitt „Maßregelvollzug“.

Unbestritten ist nach den Jahresberichten und nach der Beweisaufnahme, daß eine Supervision in der Psychiatrie notwendig ist (JB 1986: Bad Schussenried, Seite 16; Zwiefalten, Seite 12; Weinsberg, Seite 12).

Personalratsvorsitzender Dengler bekundete, daß die Fortbildungsangelegenheiten sehr, sehr zurückgedrängt seien aufgrund der sehr dünnen Personaldecke; gleiches gelte für die Supervision, die eine ganz wichtige Angelegenheit sei, die aber aufgrund der sehr dünnen Personaldecke zusehends in den Hintergrund gerate. (P 5/130)

ee) Fazit Personalwesen

Es besteht Personalmangel bei Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten. Die Ausfallzeiten werden nicht in voller Höhe ersetzt. Andererseits hat es den Personalzuwachs gegeben, der im Ergebnis die Ausfallzeiten-Defizite mehr als ausgeglichen hat. Ergebnis bleibt daher ein „Nettopersonalzuwachs“, aus dem der durch den Strukturwandel verursachte Personalmehrbedarf getragen werden muß.

Zu den strukturellen Problemen zählen auch ein unzureichender Anteil des voll ausgebildeten Krankenpflegepersonals und die Probleme, das vorhandene Personal auch voll einzusetzen in Nachtdienst, Bereitschaftsdienst und auf den besonders gefährlichen Stationen.

Diesem mehrheitlich beschlossenen Fazit halten die Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion (Änderungsantrag 76) entgegen: Eindeutig festzustellen sei ein erheblicher Personalmangel in bezug auf den durch den Strukturwandel verursachten Versorgungsbedarf. Über die ursächliche Mitwirkung anderer Faktoren (zum Beispiel Personalstruktur, Ausfallzeiten) könne eine Bewertung nicht erfolgen, da der Untersuchungsausschuß insoweit keine Beweise erhoben habe.

1. c) Handhabung der Autonomie

aa) Vorteile

Genauere Kenntnis der örtlichen Probleme und Lösungsmöglichkeiten sowie effektive Leistungsanreize wurden oben (I. 1. a, 2. b) bereits als wesentliche Vorteile der Autonomie genannt. Der Leistungsanreiz ist dabei sowohl in finanzieller Hinsicht wie auch in der Stärkung des Gefühls der Eigenverantwortung zu sehen. In diesen Zusammenhang fallen auch folgende Äußerungen aus dem PLK Weißenau:

Die allgemeine resignative Grundstimmung im PLK Weißenau habe auch die Motivation der Mitarbeiter zur Verfassung von Jahresberichten zunichte gemacht. . . .

„Die Meinung, . . . , daß vielmehr solche hausinternen Konzepte rücksichtslos durch formale und pauschalisierende Anordnungen von oben „zertrampelt“ würden, war von Auswirkung auf die gesamte Atmosphäre. Dies bezog sich in erster Linie auf die vom Träger weiterhin mit Druck durchgesetzte Maßnahme der räumlichen Trennung von Behandlungsfällen und Pflegefällen, . . .“ (JB 1984 bis 1986, Vorwort I; vgl. auch JB 1983, Vorwort VI).

Ein weiterer wichtiger Vorteil ist die Möglichkeit, auf bestimmte Entwicklungen schnell zu reagieren.

bb) Aufgaben

In seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 führt das Sozialministerium aus (Seite 207), die PLK hätten in der Betriebsführung seit 1979 eine große Selbständigkeit. Sie müßten seither nicht wie reine Verwaltungen innerhalb des staatlichen Behördenaufbaus handeln. Vielmehr könnten sie

unter Ausschöpfung des Pflegesatzrechts im wesentlichen ihre Einnahmen selber erwirtschaften und über die Ausgaben selbständig verfügen. Diese „alte Forderung der PLK“ sei dadurch eingelöst worden, daß sie in eigenständig wirtschaftende Landesbetriebe nach § 26 LHO umgewandelt worden seien.

Der Krankenhausleitung sei soweit wie möglich Autonomie eingeräumt. Der Gemeinsamen Leitung aus Ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und Leitender Pflegekraft oblägen die wesentlichen Entscheidungen für die Betriebsführung sowie für die bauliche und betriebliche Weiterentwicklung des Krankenhauses. Sie entscheide auch über Einstellung, Entlassung und sonstige vergleichbare Personalangelegenheiten, soweit nicht der Krankenhausträger, zum Beispiel für den höheren Dienst, zuständig sei. Die Krankenhäuser könnten über Einnahmen, die ihnen im Rahmen des Pflegesatzbudgets zufließen, voll verfügen. Dies gelte insbesondere dann, wenn ihnen im Rahmen dieser Budgets von den Kostenträgern zusätzliche Personalstellen zugebilligt worden seien. Diese Stellen könnten unverzüglich von den Krankenhäusern besetzt werden. Deshalb sei von der Krankenhausleitung ein strenges „Controlling“ der Betriebsführung gefordert. Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen würden die Kenntnisse der Mitglieder der Krankenhausleitungen auf diesem Gebiet erweitert.

Wie Ministerialdirektor Dr. Kilian als Vertreter der Regierung auf Frage ergänzend mitteilte (P 4/17), ginge die Autonomie der Krankenhäuser so weit, daß die PLK auch nicht daran gebunden seien, mit den zugestandenen Mitteln genau diejenigen Stellen zu finanzieren, die sie in den Pflege-satzverhandlungen geltend gemacht hätten. Auch im Verlaufe eines Haushaltsjahres könne ein Stellenbedarf durch Umschichtung gedeckt werden. Werde dabei die im Haushaltsplan geführte Stellenzahl überschritten, brauche sich das PLK nur an das Ministerium zu wenden, dieses habe dann immer die Umschichtungen genehmigt, sofern sich das PLK im Rahmen des Budgets bewegt habe.

Es wurde herausgearbeitet, daß ein PLK im Rahmen des Gesamtbudgets von sich aus beispielsweise Verwaltungsstellen in Arztstellen umschichten könne (P 4/18). Wie weit das im einzelnen sinnvoll ist, muß jedoch das PLK selbst entscheiden. Der als Zeuge vernommene Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, hat darauf hingewiesen, daß man auch die Verwaltung nicht beliebig vermindern könne, weil eine schlechte Verwaltung keinen guten Pflegesatz aushandeln könne (P 5/69).

Auch die Krankenkassen respektieren die Autonomie und betonen, „daß es in erster Linie Aufgabe des Krankenhauses ist, diese Pflegesatzvereinbarung intern durchzusetzen“ (Zeuge Steidlinger vom AOK-Landesverband Südwest, P 3/90).

Unstreitig ist der Grundsatz der Autonomie, soweit es um Befreiung von Beschränkungen des reinen Verwaltungsrechts geht. Als „sehr bedenklich“ bezeichnet aber der Ärztliche Direktor des PLK Winnenden

„Überlegungen, das Krankenhaus mit einem Wirtschaftsbetrieb anderer Ordnung, zum Beispiel eines Industriebetriebes, zu vergleichen. Dies geht meines Erachtens an einem Grundverständnis der flächen-deckenden regionalen Versorgungspflicht vorbei. Wir sind kein Industrie- oder Wirtschaftsbetrieb, der sich seine Klientel aussuchen könnte und nach vorgegebenen Budgets sein Leistungsangebot ausrichtet, beschränkt oder bestimmte Formen der Erkrankungen aus der Behandlungsfürsorge ausschließt, weil sie zu hohe Kosten bereiten. Wir versorgen auch keinen halboffenen Markt, wie anlässlich einer Weiterbildungsveranstaltung in Managementfragen für die Ärztlichen Direktoren behauptet worden ist, sondern wir sind ein Monopolbetrieb in unserer Region.“ (Dr. von Maltzahn, JB 1986, Seite 2)

Nach Hinweis auf die Reduzierung des PLK-Zuschusses aus Landesmit-

teln führt Verwaltungsdirektor Gessler vom PLK Weißenau im Jahresbericht 1984 bis 1986 (Seite 108) aus:

„Daß sich dies in einer Zeit der gewollten Belegungsreduzierung mit den auch in der freien Wirtschaft üblichen Anpassungsschwierigkeiten an sogenannte Kapazitätsänderungen und den dadurch hochschnellenden Fixkosten doppelt nachteilig für die Häuser und für die Kranken auswirken mußte, liegt eigentlich auf der Hand. Da die Krankenhäuser sowohl vom Leistungsumfang her, also insbesondere von der Belegung und damit von der Ertragsseite, und auch auf der Kostenseite in weitem Umfang fremdbestimmt sind, lassen sich Ertragsunterdeckungen und Kostenüberschreitungen einfach nicht vermeiden.“

Verwaltungsdirektor Gessler wendet sich auch gegen einen Vergleich mit angeblich kostendeckend arbeitenden gemeinnützigen Einrichtungen, die nämlich ebenfalls Zuschüsse erhielten, und bestreitet im übrigen auch die Vergleichbarkeit:

„Davon abgesehen fehlen in den Krankenhäusern und Kliniken des Landes wegen der bei einer so großen Einrichtung nahezu zwangsläufigen weitgehenden Unbeweglichkeit, politischen Rücksichtnahmen usw. nahezu alle Werkzeuge für ein solch wirtschaftliches Verhalten.“
(aaO)

Die oben beschriebenen Handlungsspielräume schaffen Entscheidungszwänge. So ist es insbesondere Aufgabe der Gemeinsamen Krankenhausleitung

- mit dem vorhandenen Budget zurechtzukommen, vor allem den Personaleinsatz und die Folgen der Ausfallzeiten zu regeln;
- Umstellungen jedweder Art von betriebsinternen Änderungen bis zum auch von außen kommenden Strukturwandel zu meistern;
- die Interessen des eigenen Verantwortungsbereiches gegenüber den anderen Mitgliedern der Krankenhausleitung angemessen durchzusetzen und zu einer insgesamt tragfähigen Einigung zu finden.

cc) Ausübung der Autonomie

Die unterschiedliche Personalentwicklung in den PLK wurde bereits (II. 1. a dd) als Zeichen gewertet, daß die PLK mögliche Personalzuwächse nicht schematisch, sondern sehr differenziert umgesetzt und damit ihre Autonomie ausgeübt haben. Verschiedentlich brachten auch Zeugen zum Ausdruck, daß zumindest ihrem PLK die Möglichkeiten bewußt sei, Stellen untereinander auszutauschen.

- Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Professor Dr. Reimer, bestätigte auf Nachfrage nochmals, daß das PLK von der Umschichtungsmöglichkeit Gebrauch gemacht habe, „aber mit den ganzen Problemen, die sich daraus ergeben haben“. (P 5/117)
- Auch der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau bestätigte, alles getan zu haben, um den vorhandenen Mangel so gut wie möglich zu beseitigen (P 5/48).
- Dr. Middelhoff vom PLK Wiesloch erklärte, solche Stellenumschichtungen seien in der Praxis kaum möglich, sie würden jedoch „jedesmal“ überlegt. (P 5/69)
- Im PLK Emmendingen wurden zum Beispiel in der Akutpsychiatrie (Station 2 bis 5) „andere wichtige Arbeiten wie das Führen der Krankenakten und das Abfassen der Arztbriefe nur unzureichend und häufig mit sehr großer Verspätung erledigt“, weil die ärztliche Behandlung und Betreuung der aufgenommenen Patienten „absoluten Vorrang hatte“. (JB 1986, Seite 4)

In Emmendingen wurden auch insgesamt 17,5 Stellen in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie mit Pflegekräften besetzt. (P 3/118 und 137)

Diese Beispiele belegen, daß den PLK die Möglichkeiten personalbewirtschaftender Maßnahmen bewußt sind, daß sie sie teilweise auch anwenden oder ihren Einsatz konkret überlegen.

dd) Probleme

(1) Die Autonomie stößt an verschiedene Grenzen. So gibt es eine „Vielzahl von Einzelregelungen, zum Beispiel für die Zuständigkeit von Personalentscheidungen, für haushaltsrechtliche Einzelregelungen“ (Schreiben des Sozialministeriums vom 6. Oktober 1987), Zuschußrichtlinien bei der Subventionierung von Geräten und dergleichen mehr.

(2) Weitere Schranken ergeben sich aus der Kostenträgerschaft, wenn zum Beispiel im Maßregelvollzug der Vollstreckungsplan des Landes zu beachten ist oder wenn die unterschiedliche Kostenträgerschaft es verbietet, Pflegepersonal aus dem Pflegefallbereich abzuziehen und im KHG-Bereich einzusetzen. (Dr. Krzepinski, P 3/121)

(3) Von wesentlicher Bedeutung für die Möglichkeiten der Autonomie ist die Höhe des zur Verfügung stehenden Budgets:

„Diese Autonomie führt in einer Sparsituation dazu, daß wir uns dauernd streiten . . . weil die Decke überall zu kurz ist. Wir verteilen hier ja den Mangel.“ (Prof. Dr. Hole, P 5/15)

„. . . das hängt natürlich auch davon ab, wie groß das Budget ist. Wenn ich zu wenig habe, kann ich zu wenig verteilen. Und nach unserer Meinung sind wir da eben noch sehr knapp dran.“ (Dr. Krzepinski, P 3/127)

(4) Die mit der Autonomie gestiegene Verantwortung für Organisation und wirtschaftlichen Betrieb schafft eine zusätzliche Arbeitsbelastung, die vermehrte Präsenz erfordert und nach ihren Auswirkungen im Betriebsergebnis so wichtig ist, daß sie die Möglichkeiten zur Delegation an Mitarbeiter einschränkt.

(5) Die PLK haben in den letzten Jahren einen tiefgreifenden Strukturwandel (oben II. 1 b) durchgemacht, der Anpassungsschwierigkeiten mit sich bringt:

– beispielsweise hat die Umstellung auf einzeln wirtschaftende Betriebe im Sinne des § 26 LHO die Verantwortung für eine wirtschaftliche Betriebsweise erhöht, und dieser Prozeß wurde durch das neue Pflegesatzrecht mit dem Grundsatz des vorkalkulierten Budgets noch verstärkt (vgl. auch Dr. Krzepinski, P 3/126). Gerade wegen dieses neuen Pflegesatzrechtes waren die Pflegesatzverhandlungen des vergangenen Jahres zum Teil weniger von harten Verhandlungspositionen mit maximalen Forderungen als von Vorsicht und erhöhter Einigungsbereitschaft geprägt (vgl. Vorwort JB Winnenden 1986, P 3/46).

– Es gibt Anhaltspunkte für ein Spannungsverhältnis zwischen dem traditionellen Selbstverständnis der Ärzte und der mit einem Zwang zu verstärkten Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einhergehenden Autonomie:

„Für die Ärzte wird es immer wichtiger, sich zunehmend Fragen der Finanzierung und der wirtschaftlichen Betriebsführung zuzuwenden und somit von diagnostisch-therapeutischem Denken wegzuwenden. Neben grundsätzlichen ethisch-moralischen Bedenken der forcierten Ökonomisierung im Krankenhaus bestehen auch besondere Bedenken meinerseits gegen das Entstehen eines neuen Funktionärstypus, der fern vom Einzelpatienten in leitenden Funktionen entscheidet. Mancherorts wird diese in meinen Augen negative ärztliche Haltung als grundsätzlich progressiv und wünschenswert begrüßt und als Fähigkeit zur modernen Managementfunktion umgedeutet.“

... weil im vergangenen Jahr eine Tendenz der Vorjahre immer deutlicher hervortrat, daß das Krankenhaus Gefahr läuft, einerseits zunehmend ein administrativ kontrollierter Wirtschaftsbetrieb mit der Einkommensgröße „belegtes Bett“ und Einhaltung von Bedarfsdeterminanten zu werden, und andererseits für gewisse Teile der Belegschaft zu einem Tummelfeld persönlicher funktionärshafter Profilierung über die Vertretung von nicht primär arbeits- und auftragsbezogenen Interessen zu werden.“ (Dr. von Maltzahn, Ärztlicher Direktor des PLK Winnenden im JB 1986, Seite 3 und 2)

In diesen Worten könnte sich das Unbehagen einer Ärzteschaft äußern, die sich Jahrhunderte lang mit unzureichenden Heilungserfolgen abfinden mußte, weil zu wenig geeignete Medikamente und Therapien zur Verfügung standen, und die sich nun, zur Zeit des Durchbruchs in der Wissenschaft, plötzlich durch finanzielle Engpässe gehindert sieht, alles zu tun, was der Heilung des Patienten dient.

Dieser Problematik des ärztlichen Selbstverständnisses ist auch zuzurechnen, was der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau als „Mechanismus“ beschreibt, in den die PLK durch die Budgetierung hineinkämen:

„Da wir in der ersten Jahreshälfte noch mehr solcher Einzelbetreuungen gemacht haben und gewissermaßen mehr Pflegepersonal gebraucht haben, ist am Ende des Jahres das Budget gewissermaßen vermehrt leer gewesen, so daß da dann Stellenbesetzungen nicht mehr vorgenommen werden konnten, die durch die normale Fluktuation entstanden sind, so daß wir also gegen Ende des Jahres 1986 in einem schlimmeren Zustand waren als am Anfang.“ (P 5/9)

Dieser „Mechanismus“ ist der Angelpunkt der mit dem voraus kalkulierten Budget verfolgten Kostendämpfung. Ohne derartige Sparzwänge scheint eine Kostendämpfung nicht möglich, worüber freilich noch nichts über die angemessene Höhe des Budgets gesagt ist. Es ist fraglich, ob es nur eine Frage der „Progressivität“ ist, ob die Ärzte bereit sind, zusätzlich zu ihren traditionellen Aufgaben in angemessenem Umfang auch die Interessen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen mitzutragen.

Fazit:

Die Autonomie kann einen vorhandenen Mangel nicht beseitigen, sondern nur als Steuerungsmittel dienen, um bestmöglich mit den vorhandenen Ressourcen zu wirtschaften.

Die Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion vertraten über dieses mehrheitlich beschlossene Fazit hinaus mit Änderungsantrag Nr. 79 folgende Ansicht: „Der personelle Mangel bei den PLK ist derart groß, daß er im Rahmen der Autonomie von den PLK durch Personalumschichtungen nicht behoben werden kann.“

d) Kostendämpfung

Der Geschäftsführer Sing des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden, Stuttgart, bezeichnete bei seiner Vernehmung als Zeuge die Beitragsstabilität und damit auch eine „kostenorientierte Aufgabenpolitik“ auch bei den Krankenhäusern als „das oberste Ziel, das wir haben“. (P 3/109)

Es ist nicht Aufgabe dieses Berichtes, die Bestrebungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu schildern. Es soll daher an dieser Stelle nur darauf aufmerksam gemacht werden, welchen Hintergrund die Haltung der Krankenkassen hat, die natürlich neben der Beitragsstabilität auch die Interessen ihrer Versicherten in der Rolle als Patienten zu berücksichtigen haben.

e) Maßregelvollzug

Der Untersuchungsausschuß hat in seiner 6. Sitzung am 23. September 1987 Beweis darüber erhoben, daß

die spezifischen personellen und methodischen Erfordernisse im Maßregelvollzug in den PLK nicht realisiert sind und infolge von Personalmangel eine fachgerechte Behandlung der Patienten in Frage gestellt ist.

aa) Allgemeines

Den Maßregelvollzug gibt es nicht. Vielmehr ist zu differenzieren nach Art und Größe des Einzugsgebietes, nach der Größe und Funktion der Einrichtung, nach der baulichen Ausstattung, Personalausstattung und nach dem Stellenwert innerhalb des Krankenhauses. Darauf hat Dr. Baljer, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund im PLK Wiesloch hingewiesen (P 6/4).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verschiedenheit der einzelnen Einrichtungen des Maßregelvollzugs in den PLK des Landes.

Forensische Psychiatrie
(nach den Angaben im Statistikteil der JB)

PLK	Betten	Belegung	Verweildauer	
			1986	1985
Zwiefalten	66	94,0 %	232,68	303,83
Reichenau	26	91,7 %	700	530,2
Weißenu	79	93,5 % ¹⁾	367 ²⁾	—
Weinsberg	54	107,4 %	571,21	439,06
Emmendingen	199	87,6 %	356,35	302,28
Schussenried	33 ³⁾	94,7 %	1 122,4	608,8
Winnenden	4	100,0 %	313	176
Wiesloch	200	86,6 %	531,5	1 178,22
Calw-Hirsau	—	—	—	—

1) Errechnet aus 73,0 Durchschnittsbetten zu 79 vorgehaltenen Betten

2) Errechnet aus 27 125 Belegungstagen : 73,9 Durchschnittsbetten

3) Der Funktionsbereich Forensische Psychiatrie hat insgesamt drei Stationen mit 81 Betten (JB 1986, Seite 16).

In der forensischen Psychiatrie gibt es drei Patientengruppen:

- § 63 StGB Schuldunfähige oder vermindert schuldfähige „Straftäter“
- § 64 StGB Verurteilte wegen alkohol- oder rauschmittelbedingter Straftaten
- § 126 a StPO einstweilig Untergebrachte im Vorgriff auf eine Unterbringung nach § 63 f. StGB

Gemeinsames Bindeglied der Patienten ist zunächst ein besonderes Sicherheitsbedürfnis, nicht aber wie in den übrigen, mittlerweile sehr spezialisierten Stationen der PLK, ein gemeinsames Krankheitsbild. Eine Differenzierung ist daher gerade im Maßregelvollzug sehr wichtig und auch im Gange. Im Maßregelvollzug gibt es keine Unterscheidung in Behandlungs- und in Pflegefälle.

Über die Patienten hat Dr. Baljer ausgeführt, sie seien die schwierigsten in der Psychiatrie überhaupt. Sie seien nicht für eine Behandlung motiviert, da sie (Anm.: in ihrer Vorstellung) nicht an der Krankheit litten, sondern daran, daß sie gegen ihren Willen untergebracht sind. Für diesen Freiheitsentzug würden sie letztlich die Therapeuten und nicht sich selbst verantwortlich machen. Auch seien sie oft mehrfach geschädigt:

„Wir haben also nicht nur den schizophrenen Abiturienten, den wir neuroleptisch und psychotherapeutisch behandeln und dann wieder in den Kreis seiner Familie entlassen können, sondern wir haben den

Schizophrenen, der gleichzeitig Alkoholiker und minderbegabt ist, oder wir haben den hirnrorganisch geschädigten Alkoholiker oder wir haben den Schwachsinnigen, der sein ganzes Leben bisher in Heimen zugebracht und nie so etwas wie eine Sozialisation durchgemacht hat . . .“ (P 6/7)

Über die Patientenstruktur teilte Dr. Baljer weiter mit,

„daß diese Patienten zu 90 % aus der Unterschicht stammen und daß wir mit unseren mittelständischen Vorstellungen an die Therapie dieser Patienten herangehen; weiterhin, daß etwa die Hälfte dieser Patienten Gefängniserfahrung hat, also auch diese Erfahrung der Subkultur einer Justizvollzugsanstalt mit in unsere therapeutischen Einrichtungen hineinbringt“. (P 6/8)

20 % der Patienten seien Analphabeten, und ein Drittel habe weder einen Sonderschul- noch einen Hauptschulabschluß. Höchstens 20 bis 30 % der Patienten hätten eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dabei würden Studien belegen, daß gerade im Maßregelvollzug Arbeit, Ausbildung und Qualifikation der entscheidende Punkt bei der Resozialisation der Patienten seien (P 6/6). Da die Patienten nie gelernt hätten, sich verbal auszudrücken, sei es nur möglich, mit ihnen in Kontakt zu kommen über den Umweg der Musik, der Bewegung und ähnlichem. Deshalb hätten sogenannte Cotherapeuten im Maßregelvollzug eine besondere Bedeutung. (P 6/6)

Dr. Baljer berichtete von einem „immensen Schriftverkehr“ über Anzeigen und Beschwerden der Patienten und für die regelmäßigen Stellungnahmen an die Gerichte. Diese Patienten könnten eben nicht auf eigenen Willen nach Hause entlassen werden, sondern hier sei die Entlassung des Patienten abhängig von einer Heilung, was bedeute, daß die Strafvollstreckungskammern keinen Zweifel mehr daran haben dürften, daß der Patient in Zukunft keine weiteren Straftaten mehr begeht.

Je besser eine solche Einrichtung personell, aber auch räumlich ausgestattet sei, um so kürzer sei die Behandlungsdauer und gleichzeitig um so geringer auch die Rückfallgefahr (P 6/8). Speziell zur räumlichen Unterbringung hat Dr. Müller im Jahresbericht des PLK Emmendingen ausgeführt:

„Namhafte Forensiker weisen immer wieder darauf hin, daß Behandlungserfolge wesentlich vom „therapeutischen Klima“ der Stationen abhängen, also davon, inwieweit bauliche Gegebenheiten sowie die Art der Einrichtung kleine, differenzierende Behandlungseinrichtungen eine individuelle, wohnliche Unterbringung zulassen, die der weiteren sozialen Entwurzelung und Entdifferenzierung dieser speziellen Langzeitpatienten entgegenzuwirken vermag.“ (JB 1986, Seite 13)

Ein besonderes Problem ist nach der weiteren Aussage des Zeugen Dr. Baljer die Verhältnismäßigkeit zwischen begangener Straftat und der Dauer des Maßregelvollzugs. So sei ein psychisch abnormer Patient heute noch im Maßregelvollzug untergebracht, obwohl er vor über zehn Jahren bei einem Raubüberfall lediglich „Schmiere gestanden“ hätte, während die Haupttäter, die ihn hierzu angestiftet und mit Sicherheit wesentlich mehr Schuld auf sich geladen hätten, längst entlassen seien (P 6/9). Zu diesem Vergleich ist anzumerken, daß der wesentliche Unterschied zwischen Straftat und Maßregelvollzug Schuld und Sühne gegenüber schuldloser Gefährlichkeit ist und es im PLK vor allem auf den Schutz vor dieser Gefährlichkeit ankommt. Gleichwohl gilt: Irgendwann greift (Dr. Baljer, P 6/9) aber auch hier der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Dr. Baljer bekundete, wenn zwei Täter mit derselben Störung in verschiedenen Landgerichtsbezirken oder Bundesländern die gleiche Straftat begingen und im Maßregelvollzug untergebracht würden, so könne das für den einen Täter bedeuten, daß er bereits nach zehn Monaten in Freiheit wäre, während der andere es noch nach zehn Jahren immer noch nicht sei. Und nach längerem Aufenthalt sei natürlich die Rückfallgefahr viel höher. (P 6/9)

Diese Unterschiede der Unterbringungsdauer gebe es übrigens auch in verschiedenen Gebieten Baden-Württembergs untereinander. Der Ärztliche Direktor führte aus, mit einer kleinen Studie hätte er dem Sozialministerium einmal nachgewiesen, daß mit der Verbesserung der personellen und räumlichen Ausstattung im PLK Weißenau auch gleichzeitig die Unterbringungsdauern wesentlich – um ein ganzes Jahr – zurückgegangen seien (P 6/10), dabei sei die Verweildauer in Weißenau immer schon sehr, sehr gering gewesen, und die Rückfallquote sei auch nicht höher geworden, sie sei eher leicht zurückgegangen. (P 6/10)

Zeitweilig sei die forensische Abteilung in Weißenau auf einem beispielgebenden Niveau für das gesamte Bundesgebiet gewesen, an dem sich die anderen Einrichtungen wie Berlin, Hamburg oder Düren und Eickelborn orientiert hätten. „Aber in der Zwischenzeit haben uns diese Einrichtungen weit überholt. Das heißt nicht, daß es in anderen Bundesländern nicht zum Teil noch schlechter aussieht als bei uns.“ (P 6/10)

bb) Personelle Erfordernisse

„Vor allem über eine einfühlsame, flexible Betreuung, die die ärztlich-psychologische Behandlung ergänzt, lassen sich bei den Patienten Verhaltensänderungen erreichen und stabilisieren. Für differenzierte Betreuungsaufgaben, zum Beispiel Umgang mit Konflikten auf der Station, Ausgleich sozialer Verhaltensdefizite, Interessen weckende Freizeitgestaltung, sind die meisten Pfleger jedoch nicht ausgebildet.“

(1) Dieses Zitat von Seite 13 des Jahresberichtes 1986 aus dem PLK Emmentingen zeigt die besondere Bedeutung einer herausgehobenen Qualifikation des Pflegepersonals. Diese Qualifikation muß im Laufe der Zeit durch spezielle Fortbildung erworben werden. In den meisten PLK ist allein schon die Zahl der Pflegekräfte unzureichend, während die mit 114 Pflegern zu 200 Betten ausgestattete Krankenanstalt Kirchgrund „eigentlich zufrieden“ und damit eine Stufe weiter ist, daß es nämlich an genügend qualifiziertem Pflegepersonal mangelt (P 6/23). Obwohl die Psychiatrische Krankenanstalt Kirchgrund die Patienten mit den schwersten Krankheitsbildern hat und immer wieder Patienten von anderen Einrichtungen aufnehmen muß, die dort nicht toleriert werden können, konnte Dr. Baljer feststellen:

„Wir haben trotz allem die geringste Zahl an Fixierungen und die geringste Zahl an Isolierungen. Wir haben also im ganzen Jahr 1987, das sind jetzt immerhin schon neun Monate, ein einziges Mal einen Patienten für eine halbe Stunde lang fixieren müssen. Und eine Isolierung in einer sogenannten B-Zelle kommt bei uns allenfalls alle zwei Wochen vor, trotz dieser extremen negativen Auslese, einfach deswegen, weil ich in Extremfällen einen Pfleger 24 Stunden an die Seite des Patienten stellen kann – nur deshalb. Wenn das nicht so wäre, wenn ich Verhältnisse hätte wie in anderen Landeskrankenhäusern, müßte ich die Hälfte meiner Patienten ständig isolieren.“ (P 6/24)

Wie Personalratsvorsitzender Kuhn mitteilte, geht diese vergleichsweise großzügige Besetzung des Pflegepersonals auf die siebziger Jahre zurück, als der damalige Ärztliche Direktor Personalforderungen gut durchsetzen konnte. Nur sei auf Stellenausschreibungen hin kein Arzt zu gewinnen gewesen.

Als Bedarf für Ärzte hat Dr. Baljer zwei Stunden pro Patient in der Woche als erforderlich bezeichnet (P 6/15), tatsächlich blieben einem Arzt im Ergebnis für 30 Patienten genau sieben Stunden in der Woche. (P 6/7)

(2) Personalbedarf

Über die Errechnung des personellen Bedarfs durch eine vom Sozialministerium eingesetzte Arbeitsgruppe wurde unter I. 4 c cc) berichtet. Von den danach erforderlichen 234,6 Stellen konnten zwischenzeitlich 8 Stellen für

den Pflegedienst geschaffen werden, unter anderem 3 Stellen in Wiesloch. Dr. Baljer, Mitglied dieser Richtlinienkommission, gab an, er hätte eine Pflegesatzsteigerung von zur Zeit 216,70 DM auf 250 DM errechnet, um den in der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund erforderlichen Personalbedarf finanzieren zu können (P 6/18). In Wiesloch ist der Maßregel-Pflegesatz von 1985 mit 178,61 DM über 1986 mit 193,50 DM auf 216,70 DM in 1987 gestiegen. (P 6/40 b)

(3) Supervision

Zu den unverzichtbaren personellen Erfordernissen gerade im Maßregelvollzug zählt eine sogenannte Supervision.

Über die Supervision hat Prof. Dr. Linden als Vorsitzender des Vereins der Baden-Württembergischen Krankenhauspsychiater e. V. dem Untersuchungsausschuß geschrieben, daß es sich um eine ergänzende Behandlungsform handele, in der alle therapeutischen Mitglieder einer Station in Abständen unter Leitung eines auswärtigen Supervisors ihre Probleme im Stationsalltag, die oft außerordentlich hohen psychischen Belastungen, Fragen der Zusammenarbeit und des Umgangs mit den Patienten besprechen könnten. Es handele sich um eine Art „psychischer Wartung“ des Personals, die gerade in der Psychiatrie unentbehrlich sei.

Dr. Baljer stellte eindeutig fest, daß ein Maßregelvollzug ohne Supervision nicht möglich sei, „denn unsere Patienten sind Weltmeister im Agieren, Weltmeister im Ausspielen des Pflegepersonals untereinander, und es ist unbedingt notwendig, daß das Pflegepersonal durch entsprechende Supervision entlastet wird“ (P 6/20). Die Supervision ist ferner notwendig, um innerhalb des erforderlichen gefühlsmäßigen Kontaktes im Rahmen des Bezugspflegersystemes zwischen Patient und Pflegekraft auch noch „die nötige Distanz“ zum Patienten halten zu können und sich nicht im Extremfall sogar mit dem Patienten zu identifizieren (P 6/27). In Wiesloch sei die Supervision im Pflegesatz mit der Justizverwaltung ausgehandelt (P 6/20). Auf die Notwendigkeit einer Supervision haben auch andere PLK in ihren Jahresberichten 1986 hingewiesen (Bad Schussenried, Seite 16; Zwiefalten, Seite 12; Weinsberg, Seite 12 mit der Bemerkung, daß die Supervision nicht mehr fortgesetzt würde; dies beruht aber, wie sich aus dem Jahresbericht 1985, Seite 13 ergibt, auf dem Ausscheiden der dafür eingesetzten Psychologin.)

Aus den Jahresberichten der PLK ergibt sich, daß nicht überall eine Supervision stattfindet, zum Teil (Weinsberg) auch bislang nicht im eigentlichen Sinne praktiziert worden ist. Welche Gründe dies hat, ist vom Untersuchungsausschuß nicht geprüft worden.

Nach den getroffenen Feststellungen muß jedoch festgehalten werden, daß die allseits für unbedingt notwendig gehaltene Supervision in den PLK ermöglicht werden muß durch eine entsprechende Pflegesatzregelung.

(4) Realisierung der personellen Erfordernisse

Der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund fehlen vor allem Ärzte und anderes akademisches Personal, es gibt einen „konkreten Mangel an Sozialarbeitern“,

„die bei uns eine ganz entscheidende Rolle spielen, nicht nur bei der Aufnahme und beim Kontakt zu den Angehörigen, sondern auch, wenn es um Entlassung geht, wenn es um Arbeitsplatzsuche geht, wenn es um die Kontakte zu den Bewährungshelfern geht“. (P 6/5)

Dr. Baljer sprach ferner einen Mangel an Pflegepersonal an, wobei er ausdrücklich hinzufügte, daß seine Anstalt noch am besten ausgestattet sei mit etwa 114 Pflegern bei 200 Betten. Da die Patienten 24 Stunden am Tag betreut werden müßten, seien die Pfleger dreimal am Tag auszuwechseln, und so bliebe nur noch ein Pfleger für sechs Patienten: „Und dann wird es schon sehr kritisch. Aber, wie gesagt, rein von der Zahl her bin ich in

Wiesloch mit dem Pflegepersonal zufrieden“ (P 6/23). In Wiesloch sei es mehr eine Frage der Qualität des Personal (P 6/5), womit Dr. Baljer erneut auf die speziellen Kenntnisse der Pflegekräfte verwies, die im Maßregelvollzug zusätzlich erforderlich sind.

Ferner gebe es einen „eklatanten Mangel“ an Cotherapeuten. Unter Co-therapeuten versteht Dr. Baljer die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die Lehrer, Musik- und Bewegungstherapie. Diese seien sehr wichtig, weil die meisten Patienten nie gelernt hätten, sich verbal auszudrücken und weil es deshalb nur möglich sei, mit ihnen über Musik, Bewegung und ähnlichem in Kontakt zu kommen (P 6/6). In der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund, die gerade die Aufgabe hätte, auch die schwierigsten unter den Maßregelvollzugspatienten zu betreuen, sei eine einzige Stelle eines Arbeitserziehers ausgewiesen. Man behelfe sich damit, daß das Krankenpflegepersonal diese Aufgaben übernehme, aber damit fehle das Pflegepersonal auf den Krankenstationen.

Ärzte haben, wie Dr. Baljer näher ausführte, für 30 Patienten genau sieben Stunden in der Woche Zeit statt zwei Stunden für einen Patienten. (P 6/7)

Zusammenfassend beschrieb Dr. Baljer die personelle Ausstattung der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund ‚als drückendstes Problem‘ mit den Worten:

„Hier liegen wir doch immer noch unter dem Zustand in der Allgemeinen Psychiatrie. Ich wäre froh, ich hätte in meiner Abteilung die Probleme von Herrn Hole. Und ich glaube, daß alle meine Kollegen das so sagen würden.“ (P 6/5)

Über die Verhältnisse in anderen PLK geben die Jahresberichte Auskunft. So klagt Dr. Heckel aus dem PLK Weinsberg, daß sich die Hoffnung leider nicht erfüllt habe, daß die mit dem Sozialministerium gebildete Arbeitskommission zur Errechnung des tatsächlichen Personalbedarfes eine Besserung des Personal-Patienten-Schlüssels bringen würde. Der Personal-Patienten-Schlüssel habe sich im Jahr 1986 nicht geändert (JB 1986, Seite 12). Mitarbeiter Missenhardt berichtet aus einer von drei Stationen über eine „weiterhin recht angespannte Personalsituation“. (JB 1986, Seite 17)

Dr. Jockusch konnte im PLK Weißenau das „vorbereitete Konzept differenzierter kleinerer Behandlungseinheiten mit (zunächst) verbessertem Personalschlüssel“ realisieren. Damit seien die Voraussetzungen für eine großzügigere, anderen psychiatrischen Patienten vergleichbare räumliche Unterbringung und auch für eine insgesamt therapiefreundlichere Atmosphäre geschaffen worden. Es gäbe nun eine Aufnahme- und Diagnostikeinheit für einstweilen untergebrachte Patienten, eine geschlossene Langzeitstation für schwierige rückfallgefährdete Patienten, eine offene Therapiestation für jüngere schizophrene Patienten und eine offene Therapiestation für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Zusätzlich habe der forensische Bereich eine halboffene Langzeitstation mit sehr verschiedenartigen Störungsbildern und auch ein angeschlossenes Wohnheim mit Plätzen im Klostergebäude. Nach dem Weggang des Bereichsleiters Dr. Baljer an die Psychiatrische Krankenanstalt Kirchgrund in Wiesloch sei es zum Teil zu erheblichen Einbußen im pflegerischen Bereich gekommen, und eine dritte Sozialarbeiterstelle sei nicht wiederbesetzt worden. (JB 1984 bis 1986, Seite 23)

Im übrigen verfolgt das PLK Weißenau in der forensischen Psychiatrie das Ziel einer „kontinuierlichen inhaltlichen Feinarbeit an den Behandlungskonzepten“, „die einfach einen gewissen personellen Standard akademischer Mitarbeiter, der schon erreicht schien, voraussetzt“ (aaO, Seite 24). Ein Schwerpunkt dieser Feinarbeit soll die Behandlung der überwiegenden Gruppe schizophrener Patienten sein, die „vermutlich unverhältnismäßig lange Zeit im Maßregelvollzug verbringen, hospitalisieren und nicht genügend rasch in angemessene Nachsorgeeinrichtungen verlegt werden können, obgleich sie oftmals nicht mehr als ‚gefährlich‘ anzusehen sind.“ (aaO)

Dr. Jockusch bezeichnete es als außerordentlich bedenklich, daß spezielle Fortbildungen vom Pflegepersonal aus „Kostengründen“ und aus „Gleichheitsgrundsätzen“ nur sporadisch wahrgenommen werden könnten und sich bereits Ende 1986 abgezeichnet hätte, daß die „unabdingbare regelmäßige Stationssupervision“ im Jahr 1987 liquidiert werde. Unabhängig davon hoffe und warte der forensische Bereich auf die schon „lange angekündigten Personalverbesserungen im Maßregelvollzug, die noch nicht genügend realisiert worden sind und jetzt im Rahmen des Staatshaushaltsplanes 1987/88 wiederum vorgesehen sind. Es kann auch an dieser Stelle nicht genügend betont werden, daß wir trotz aller Fortschritte gerade in der Maßregelbehandlung im PLK Weissenau, verglichen mit derartigen anderen Einrichtungen, dem Versorgungsauftrag ‚Behandlung und Sicherung‘ nicht nachkommen können, wenn lediglich das für die Sicherung notwendige Personal vorhanden ist.“ (aaO, Seite 24)

Keine ausdrücklichen Klagen über Personalmangel stehen in den Jahresberichten der PLK Reichenau und Zwiefalten. Die von dem Untersuchungsausschuß angehörten Zeugen aus den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Wiesloch und Emmendingen haben ausdrücklich den Personalmangel beklagt.

cc) Methodische Erfordernisse und ihre Realisierung

(1) Methodische Erfordernisse

Behandlungskonzepte im Maßregelvollzug könne es eigentlich gar nicht geben, weil die Patientengruppe einfach zu heterogen ist, hat Dr. Baljer dem Untersuchungsausschuß vorgetragen. In einer forensischen Einrichtung mit 30 Betten auf einer Station, in der womöglich noch zehn andere chronische Patienten dabei seien,

„dort haben Sie also wirklich den 80jährigen Zerebralsklerotiker zusammen mit dem 16jährigen Verhaltensgestörten und dazwischen alles, was wir so in der Psychiatrie kennen, dann können Sie kein Behandlungskonzept, nicht einmal ein Stationskonzept, nicht einmal ein pädagogisches Konzept der Station aufbauen, sondern eine Einrichtung muß groß genug sein, um Patienten entsprechend ihrer Störung zu differenzieren und entsprechend ihren Symptomen zu behandeln.“
(P 6/22)

Konsequenz für die räumliche und personelle Ausstattung sei, daß mehr Stationen und mehr Pflegepersonal erforderlich seien. (P 6/23)

Auf die besondere Bedeutung der Räume und ihrer Ausstattung für das „therapeutische Klima“, das gerade im Maßregelvollzug zusätzlich die Sozialisation fördern oder erst ermöglichen soll, wurde bereits oben hingewiesen.

Zu den methodischen Erfordernissen gehören ferner eine überdurchschnittlich intensive Fortbildung und die Supervision.

(2) Realisierung der methodischen Erfordernisse

Auf den Stationen mit den schwersten Patienten fehlen in Wiesloch Gruppenräume, Funktionsräume, Arzträume, ein Zimmer für Psychologen und für Sozialarbeiter (P 6/12).

Die Möblierung habe in Wiesloch „bestenfalls Sperrmüllqualität“ (P 6/27). Hierzu hat allerdings das Sozialministerium mit Schreiben vom 28. September 1987 darauf hingewiesen, daß für Abweichungen von im Wirtschaftsplan veranschlagten Anschaffungen bis zu 50 000 DM die PLK selbst zuständig seien, „mithin auch für die vom neuen Ärztlichen Direktor des forensischen Bereichs des PLK Wiesloch gerügte Qualität der Möblierung“.

In anderen PLK konnten zum Teil deutliche Verbesserungen der räumli-

chen Ausstattung erreicht werden. So berichtet Dr. Müller über Emmendingen von der Einrichtung eines speziellen, überwiegend dem Maßregelvollzug vorbehaltenen forensischen Bereiches mit vier Stationen (JB 1986, Seite 11). Zugleich klagt er über die Lebensverhältnisse auf den Stationen 27 und 29:

„Auch Pflanzen, teilerneuertes Mobiliar und die neuen Anstriche des Jahres 1986 mildern den unpersönlichen Gefängnischarakter besonders der geschlossenen Station 29 (Schlafsaal, Zellen, ein langer Gang für den Aufenthalt tagsüber ohne Rückzugsmöglichkeit) nur geringfügig.

Nicht zufällig herrscht auf diesen Stationen oft eine gespannt-aggressive Atmosphäre, kommt es häufiger zu Fluchtversuchen und erheblichen Auseinandersetzungen als auf den Stationen 25 und 26, halten wiederum viele Pfleger im Bedürfnis nach Absicherung an einer autoritär-kustodialen Berufsauffassung fest, die Veränderungen der unzulänglichen Situation sehr erschwert.“ (aaO, Seite 13)

Auch im PLK Weißenau konnte das Konzept differenzierter kleinerer Behandlungseinheiten „mit zunächst verbessertem Personalschlüssel“ realisiert werden (JB 1984 bis 1986, Seite 23), und wie oben bereits ausgeführt klagt das PLK Weißenau über unzureichende Möglichkeiten, an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen. (aaO, Seite 24)

Dr. Heckel aus Weinsberg berichtet, daß der zunächst geplante Anbau an die Station 12 mit besonders gesicherten Betten für die strafrechtlich untergebrachten Suchtpatienten vom Finanzministeriums abgelehnt worden sei. (JB 1986, Seite 11)

dd) Gefährdung der fachgerechten Behandlung infolge Personalmangels

Der Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund in Wiesloch resümierte die Probleme aus Personalausstattung und Patientenstruktur mit den Worten:

„Die Folge aus dem ist, daß unsere Patienten unverhältnismäßig lange zwangsuntergebracht sind.“ (P 6/8)

Die bereits erwähnten unterschiedlich langen Unterbringungszeiten, die lediglich von dem Zufall abhängen, wie gerade die räumliche und personelle Ausstattung des jeweiligen PLK ist, sind nicht nur eine Frage der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen Gleichbehandlung aller vor dem Gesetz. Auch die mit längerer Unterbringung einhergehende Hospitalisierung mit zunehmender Unselbständigkeit und Unmündigkeit des Patienten ist zu beachten: Damit besteht nämlich die Gefahr, daß nicht nur die Heilung verzögert wird, sondern daß Heilungschancen gemindert oder im Extremfall vereitelt werden.

Dr. Baljer hat ausdrücklich bekräftigt:

„Es sind heute immer noch sehr viele Patienten unter den Extrembedingungen des Maßregelvollzugs untergebracht, obwohl sie in einer halboffenen Pflegeeinrichtung genauso gut zu führen wären und auch dann eben für die Allgemeinheit nicht gefährlich wären.“ (P 6/14)

ee) Auswege

Auf Nachfrage sagte Dr. Baljer, es sei in Wiesloch gelungen, durch Verlegung namentlich in die Bodelschwingschen Einrichtungen in Karlsruhe die durchschnittliche Belegung von 175 Patienten auf 155 bis 160 zu drücken. Daraus leitete er verallgemeinernd ab, daß zwischen 5 und 10 %, „wahrscheinlich sogar mehr“, Patienten entlassen werden könnten (P 6/16), wenn nur die entsprechenden halboffenen Nachsorgeeinrichtungen geschaffen werden könnten.

Bei folgender zusätzlicher Personalausstattung stellte Dr. Baljer eine dra-

stische Verweildauerverkürzung in Aussicht: Für die Psychiatrische Krankenanstalt Kirchgrund würde das einen zusätzlichen Arzt, zwei Diplom-Psychologen, zwei Sozialarbeiter und sechs Cotherapeuten erfordern, was eine Erhöhung des Pflegesatzes „gerade um 10,27 DM“ bedeute. (P 6/11)

„Und das wäre, wie ich meine, eine Investition in die Zukunft; denn gleichzeitig würde es ja bedeuten, daß sich die Verweildauer der Patienten ganz drastisch reduziert. Und das wiederum würde das Gesamtbudget der Justiz geradezu entlasten. Und deshalb würde sicher am Ende von zwei Jahren herauskommen, daß die Justiz für den Maßregelvollzug weniger Geld aufwenden müßte als heute. Es würde vielleicht auch bedeuten, daß diese kleinen, minimalen Einrichtungen des Maßregelvollzugs wie Schussenried oder wie Reichenau mit 30 bis 35 Patienten vielleicht ganz überflüssig wären.“ (Dr. Baljer, P 6/11)

ff) Verbesserungsvorschläge

Dr. Baljer unterbreitete zugleich eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen. So solle das Land einen Mindeststandard im Maßregelvollzug festlegen über die personelle und räumliche Ausstattung. Diese Einrichtungen sollten nicht kleiner als 60 Patienten sein und mindestens drei Stationen umfassen, um genügend differenzieren zu können. Zudem müsse sich die Qualität des Pflegepersonals und des akademischen Personals verbessern. „Arbeit im Maßregelvollzug darf nicht bedeuten, daß man quasi selbst strafversetzt worden ist.“ (P 6/13)

Einrichtungen des Maßregelvollzugs müßten innerhalb der Krankenhäuser integriert bleiben und dort ein größeres Gewicht bekommen, also aufgewertet werden zu Abteilungen.

Justiz und Maßregelvollzugseinrichtungen müßten enger zusammenarbeiten. Die Juristen müßten besser auf ihre Aufgaben im Maßregelvollzug vorbereitet und ausgebildet werden.

Es müßten mehr und bessere Nachsorgeeinrichtungen geschaffen werden nach dem Maßregelvollzug. Die Maßregelvollzugseinrichtungen müßten das Recht erhalten, selbst Wohngruppen oder Übergangswohnheime in den angrenzenden Städten zu gründen und dort weiterhin gezielt die Patienten auf die Entlassung vorzubereiten. (P 6/14)

Zugleich führte Dr. Baljer aus, daß in der Zwischenzeit schon einiges geschehen sei. Die personelle Situation gerade in der Krankenanstalt Kirchgrund habe sich im Laufe des letzten Jahres wesentlich gebessert. Durch die ABM-Stellen, aber auch dadurch, daß drei weitere akademische Stellen genehmigt worden seien. Gerade jetzt im August hätten zwei Ärzte und ein Diplompsychologe zusätzlich eingestellt werden können, was immerhin eine Verdoppelung der Assistentenschaft bedeute. (P 6/14)

Auch Personalratsvorsitzender Kuhn wies darauf hin, daß das Land, insbesondere das Justizministerium, schon vieles getan habe. Beispielsweise im ganzen Bereich der ärztlichen Nebenleistungen oder Nebenkosten gebe es einen Erlaß aus dem Jahre 1973, wonach alle solchen Nebenleistungen als zusätzliche Nebenkosten ohne vorherige Genehmigung bei dem jeweiligen Generalstaatsanwalt abgerechnet werden könnten, und da falle sehr viel darunter. Aus diesen Mitteln hätte sogar ein notwendiger Flug eines Patienten nach Berlin finanziert werden können, also ohne den Pflegesatz zu belasten. (P 3/38)

Über seine weiteren Planungen teilte Dr. Baljer mit, sie hätten in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium ein Programm entwickelt, überregional das Pflegepersonal im süddeutschen Raum auszubilden. Jährlich fänden drei Kurse statt, in denen das Pflegepersonal ganz gezielt auf seine Aufgabe im Maßregelvollzug vorbereitet werde. Weitere überregionale Veranstaltungen seien in Eigeninitiative dieser Einrichtung des Maßregelvollzugs organisiert worden und mit sehr viel Erfolg abgelaufen. Und sie

hätten auch bundesweit ähnliche Veranstaltungen organisiert und durchgeführt.

Aus der Praxis des Pflegebereichs hat jedoch Pflegeleiter Sauer gewisse Bedenken gegenüber den Fortbildungsmaßnahmen geäußert. Auf die Frage, ob ihm diese Fortbildungsmaßnahmen „ein bißchen zu theoretisch“ seien, hat er geäußert, „daß eben die Praxisnähe da fehlt. Und vor allen Dingen: Emmendingen kriegt einen Platz zugewiesen. Was ist das? Das ist einfach zu wenig.“ (P 6/44)

Wie Dr. Baljer weiter mitteilte, sei jetzt auf Anregung des Sozial- und des Justizministeriums eine überregionale Veranstaltung im Landeskrankenhaus Wiesloch geplant, in der Juristen und Ärzte in ganz speziellen Programmen gemeinsame Probleme des Maßregelvollzugs diskutieren würden. Aber alles, was jetzt getan worden sei, müßte letztlich „Stückwerk bleiben“, ohne den Therapeuten, ohne den Arzt vor Ort. Jeder Patient müsse die Möglichkeit haben, wenigstens zwei Stunden in der Woche mit einem Arzt zu sprechen, sonst bliebe alles andere nur Stückwerk. (P 6/15)

gg) Haltung des Justizministeriums

Staatssekretär Dr. Volz bekundete als Auskunftsperson der Regierung folgendes: Es bestünde eine enge Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium, das bereits im April 1986 auf Probleme des Maßregelvollzugs hingewiesen habe. Das Justizministerium seinerseits hätte die Verbesserungsbedürfnisse grundsätzlich anerkannt. Von 1985 auf 1987 sei der Maßregelvollzug im Haushalt überproportional, nämlich um 8 % gegenüber 3 % im Strafvollzug, erhöht worden; von 1987 auf 1988 käme eine weitere Erhöhung um 3 % hinzu. (P 6/66 ff.)

Im Konzept sei es unbestritten, daß mehr Personal erforderlich sei, es käme jedoch darauf an, wie man dieses Personal finanzieren könne (P 6/56). Das Justizministerium unterstütze das Konzept des Sozialministeriums und wolle es auch durchsetzen, soweit es im Rahmen der haushaltsrechtlichen Eckdaten finanzierbar sei. Man müsse allerdings auch acht geben, daß nicht im Rahmen des Untersuchungsausschusses plötzlich „Optimalforderungen“ durchzusetzen sind (P 6/58). Das Justizministerium habe das vom Sozialministerium erarbeitete Konzept „ohne inhaltliche Debatte“ anerkannt (P 6/59), und jetzt müsse man den personellen Nachholbedarf im Rahmen der Möglichkeiten erkämpfen (P 6/63). Die besonderen Belange des Maßregelvollzugs müßten mit den Belangen des Strafvollzuges „ausbalanciert“ werden. (P 6/55)

Auf Frage nach regionalen Unterschieden in der Dauer des Maßregelvollzugs antwortete der Staatssekretär, daß ihm von einem regionalen Gefälle nichts bekannt sei, wohl aber Unterschiede zwischen den einzelnen Anstalten. Dies hänge auch mit einem unbefriedigenden gesetzlichen Zustand zusammen; er habe keine Befugnisse, auf eine landeseinheitliche Behandlung hinzuwirken, so wie er das im Strafvollzug könne (P 6/61). Allerdings sei für Dezember eine gemeinsame Fortbildung mit dem Sozialministerium, Anstaltsärzten, Staatsanwälten und Strafvollstreckungskammern geplant, um den Ursachen und Erscheinungen solcher Unterschiede innerhalb des Landes nachzugehen.

Aus Sicht des Justizministeriums brauche man eine ausgewogene Balance zwischen einer Konzentration und einer Regionalisierung des Maßregelvollzugs (P 6/63). Das Justizministerium greife allerdings nicht ins therapeutische Konzept ein, vielmehr interessiere es sich nur für eine einheitliche Handhabung des Maßregelvollzugs (P 6/64), in dem individuelle Unterschiede möglich seien, aber nur in Grenzen. (P 6/60)

hh) Ergebnis

Der Maßregelvollzug stellt ganz besonders hohe Anforderungen an räumliche und personelle Ausstattung. Dem entspricht es, daß der Maßregel-

vollzug den durchschnittlich höchsten Pflegesatz hat, um die oft mehrfachgeschädigten und insgesamt schwierigsten Patienten der Psychiatrie fachgerecht zu behandeln.

Die von allen als notwendig erachtete längerfristige Konzeption muß vom Sozialministerium erstellt werden. Die von allen als unbedingt notwendig erachtete Supervision und Fortbildung muß für alle Einrichtungen des Maßregelvollzugs in ausreichendem Maße ermöglicht werden, und dies gilt insbesondere für die Festlegung eines entsprechenden Pflegesatzes.

Kostenträger im Maßregelvollzug ist die Landesregierung. Die Erhöhung der notwendigen finanziellen Mittel muß insbesondere unter dem Gesichtspunkt erfolgen, daß dies eine „Investition in die Zukunft“ ist, weil sich die Verweildauer der Patienten ganz drastisch reduziert und die Rückfallquote sich vermindert, so daß „die Justiz für den Maßregelvollzug weniger Geld aufwenden müßte als heute“. (Dr. Baljer, P 6/11)

Die personelle Ausstattung reicht nicht aus. Das Sozialministerium hat aus eigener Initiative eine Arbeitsgruppe eingesetzt, um erstmalig landeseinheitliche Personalschlüssel für den Maßregelvollzug zu erhalten. Das Sozialministerium hat mit Schreiben vom 6. Dezember 1985 das Justizministerium auch darauf hingewiesen, daß zweifelsfrei ein direkter Zusammenhang bestehe zwischen räumlicher und personeller Ausstattung einer Einrichtung des Maßregelvollzugs und ihrer Effizienz und damit der Dauer der Unterbringung dieser psychisch Kranken. Im gleichen Schreiben hat das Sozialministerium eine Verbesserung der Personalbesetzung in diesem Bereich für „unabdingbar“ erklärt und vorgeschlagen, die errechneten Personalbemessungsziffern „künftigen Personalvermehrungen für diesen Bereich zugrunde zu legen, die tatsächliche Umsetzung jedoch auf mehrere Jahre zu verteilen“.

Die zugleich vorgeschlagene Anpassung um etwa 10 % gegenüber den Pflegesätzen für 1985 kam wie oben geschildert nicht in dieser Höhe zustande.

Ein Randproblem bildet die zersplitterte Zuständigkeit im Maßregelvollzug. Hier könnte man daran denken, die finanzielle Zuständigkeit auf der Seite des Sozialministeriums zu konzentrieren.

Die Ausschußmitglieder der SPD sind der Auffassung, die personelle Ausstattung im Maßregelvollzug reiche nicht aus. Sie verweisen mit Änderungsantrag Nr. 95 auf das im Auftrag des Sozialministeriums erarbeitete längerfristige Konzept. Dieses Konzept wurde im Zweiten Teil unter I. 4. c cc) dargestellt.

f) Objektivierbarkeit des Bedarfs

Ein besonderes Problem für die PLK ist es, ihren Bedarf in Zahlen, Daten und Fakten zu objektivieren. So können die Kostenträger für ihren Bereich auf aussagefähige Statistiken zurückgreifen, die es in der Weise für die PLK zumindest noch nicht gibt: Wie will man etwa das – unstrittig – schwerer gewordene Krankheitsbild mit – ebenfalls unstrittigem – höheren Personalbedarf in nachvollziehbare Zahlen fassen, die etwa einen Vergleich mit dem oben erwähnten „Netto-Personalzuwachs“ gestatten würden? Wenn die PLK einen höheren Personalbedarf geltend machen, obliegt es aber nach den allgemein üblichen Regeln ihnen, diesen Bedarf auch im einzelnen darzulegen.

Bemerkungen wie „Die gesamte Psychiatrie einschließlich des Ministeriums ist zur Zeit am Rechnen“ belegen, daß hier eine Entwicklung im Gange ist, die Argumentationschancen der PLK mit Hilfe besserer Statistiken und der EDV zu verbessern. Das vergrößert aber auf der anderen Seite den administrativen Aufwand, wie es bereits oben (II. 1 a gg) zur Sprache gekommen ist. Die Erfahrung mit den bis heute noch nicht anerkannten DKG-Anhaltszahlen 1985 zeigt erneut, wie wichtig es dabei ist, sich vor der Erhebung von Daten mit den Verhandlungspartnern über die Methodik zu einigen – sonst werden die Probleme nicht gelöst, sondern zur Auseinandersetzung über die Methodik verschoben.

g) Ergebnis zum Untersuchungsthema „Strukturen und Rahmenbedingungen“ (Ziffer 1 des Untersuchungsauftrags)

Das Aufbau- und Nachholprogramm des Landes hat in vorbildlicher Weise (*Anm.: Diese Wertung wurde mehrheitlich beschlossen.*) die räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, die die Abkehr von der Verwahrrpsychiatrie ermöglichten und die notwendige Grundlage für eine moderne Psychiatrie bilden.

Der Belegungsrückgang wirkt sich nur in sehr geringem Umfang entlastend aus und wurde außerdem von gegenläufigen Entwicklungen deutlich aufgezehrt. Auch die Verkleinerung der Stationen hat nur unwesentlich zur Entlastung der Pflegesituation beigetragen. Sie wurde aber genutzt, um die Voraussetzungen für die Therapie zu verbessern. Der Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste, die allerdings unter Personaldefizit leiden, war nützlich und erforderlich für eine therapieausgerichtete Psychiatrie; er hat die Pflegesituation in den PLK allerdings nicht entspannt.

Die Psychiatrie muß heute sehr viel mehr leisten als früher: Es ist eine bessere Therapie mit besseren Behandlungserfolgen möglich, und es wird eine schnellere Therapie gewünscht. Die steigende Zahl der Aufnahmen wirkt sich ebenfalls belastend aus.

Die durch den Ausbau der außerstationären Versorgung bewirkte Konzentration von Patienten mit schweren Krankheitsbildern ist eine maßgebliche Ursache dafür, daß es einen bis heute nicht gedeckten Personalmehrbedarf gibt.

Die Personalbedarfsanhaltszahlen von 1969 sind unstrittig überholt und nachgewiesenermaßen auch nicht genügend fortgeschrieben. Dies gilt insbesondere für eine nur unzureichende Berücksichtigung der wachsenden Ausfallzeiten, die Anteil am Personalmangel haben.

Daneben gibt es eine Vielzahl kleinerer Erschwernisse, wie sie in vielen Branchen vorkommen und keineswegs typisch für die Psychiatrie sind. Hier sind aber vor allem Summierungseffekte zu erwarten.

Mehrere Entwicklungen verlaufen nicht unabhängig nebeneinander her, sondern es gibt Summierungseffekte. So führte der Zeuge Prof. Dr. Hole die von ihm beobachtete Entwicklung, daß Mindestbesetzungen heute nicht mehr möglich seien, auf das Zusammenwirken der Verkleinerung und Spezialisierung der Stationen mit schon früher unzureichenden Personalbedarfsanhaltszahlen zurück. (P 5/19)

Ob die geschilderten Strukturen und Rahmenbedingungen eine fachgerechte und humane Behandlung und Versorgung psychisch Kranker in den PLK behindern, ist der am Schluß des Berichts folgenden politischen Bewertung überlassen.

2. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, ob und gegebenenfalls welche politischen und administrativen Entscheidungen sowie Versäumnisse zu der derzeitigen Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern geführt haben.“

Die hier gestellten Fragen wurden größtenteils im Zusammenhang mit dem Schwerpunktthema der Strukturen und Rahmenbedingungen bereits beantwortet bzw. kommen in den weiteren Untersuchungsaufträgen zur Sprache, so daß dieser Abschnitt auf eine Zusammenfassung beschränkt wird.

Ob besondere politische Entscheidungen von Landesorganen die unzureichende Personalausstattung in den PLK verursacht haben, ist Gegenstand der politischen Bewertung. Dies gilt auch für die Reduzierung des sogenannten PLK-Zuschusses. Er diente teilweise der Deckung des Personalaufwandes, der zu den von den Kostenträgern zu übernehmenden Betriebskosten zählt. Die in den vergangenen Jahren erfolgte schrittweise Re-

duzierung des PLK-Zuschusses hatte den PLK nichts „genommen“, sondern folgte nur der schrittweisen Erhöhung der Pflegesätze, wie es dem gesamten System der Krankenhausfinanzierung entspricht. Dies wurde oben unter I. 3 a dd) im einzelnen ausgeführt.

Das Land hat seine nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht zu tragenden Finanzierungslasten ohne Abstrich übernommen und seine Verpflichtungen erfüllt. Eine ganz andere und noch offene Frage ist es, ob das Land der unzureichenden Personalausstattung im Wege einer vorübergehenden Freiwilligkeitsleistung abhelfen will.

Zu welchen Folgen die Trennung von Behandlungsfall- und Pflegefallpatienten geführt hat, wird Gegenstand eines eigenen Untersuchungsthemas sein (II. 5).

Über etwaige politische oder administrative Versäumnisse wird im Rahmen der politischen Würdigung zu befinden sein. Das Aufbau- und Nachholprogramm des Landes ist von entscheidender Bedeutung gewesen, um die räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine zeitgemäße Therapie in den PLK zu schaffen. Auch das Sozialministerium hat beachtliche Erfolge vorzuweisen, namentlich die landesweit geltende Pflege-satzvereinbarung für Pflegefälle vom Juli 1985 mit einem Kriterienkatalog zur Abgrenzung der Behandlungsfälle von den Patienten, die als Pflegefälle gelten. Im sogenannten KHG-Bereich hat das Sozialministerium im Frühjahr 1986 die einzelnen PLK veranlaßt, den Personalbedarf auf der Grundlage der noch nicht anerkannten DKG-Anhaltzahlen 1985 zu errechnen, um so die Anerkennung höherer Anhaltzahlen als der veralteten von 1969 zu beschleunigen. Auch im Maßregelvollzug ist das Sozialministerium aus eigenem Antrieb initiativ geworden und hat in einer Arbeitsgruppe erstmals einheitliche Personalschlüssel erarbeitet, die nun Grundlage weiterer politischer Entscheidungen sein können.

3. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, welche Kenntnisse Mitglieder der Landesregierung über die personelle und sächliche Ausstattung und über die organisatorischen Verhältnisse in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hatten und welche Konsequenzen sie daraus gezogen haben.“

In der gesamten Beweisaufnahme haben sich keine Anhaltspunkte dafür gezeigt, daß der Landesregierung, speziell dem Sozialministerium, irgendwelche Entwicklungen oder tatsächlichen Verhältnisse in den PLK nicht bekannt gewesen seien. Auch ist deutlich geworden, daß die Landesregierung teils in direktem Kontakt, teils über die Regierungspräsidien ständig auf dem Laufenden war über die wesentlichen Ereignisse in den PLK und über Entwicklungen, auf die es zu reagieren galt. Wie bei den einzelnen Untersuchungsthemen näher ausgeführt ist, hat die Landesregierung die dort dargelegten Konsequenzen gezogen.

In seiner Stellungnahme vom 10. August 1987, die als Anlage 1 diesem Bericht beigelegt ist, listet das Sozialministerium 29 Berichte gegenüber dem Landtag auf, die das gesamte Spektrum der psychiatrischen Versorgung und ihre Entwicklung im Lande erfassen. Darüber hinaus hat die Landesregierung wiederholt dem Landtag über die Entwicklung der außerstationären Psychiatrie und insbesondere über den Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste berichtet. Die entsprechenden Fundstellen finden sich ebenfalls auf Seite 185 der Stellungnahme SM.

Aus der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Seite 185):

„Die Vielzahl der parlamentarischen Initiativen zeigt, daß der Landtag fortlaufend über die Situation und über die Zukunftsperspektive der Psychiatrie in Baden-Württemberg unterrichtet worden ist. Die Landesregierung hat in umfassender Weise den Landtag bei der

Wahrnehmung seiner Kontrollmöglichkeiten unterstützt. Sie ist sich bewußt, daß der derzeitige Entwicklungsstand der Psychiatrie in Baden-Württemberg auf die Zusammenarbeit von Parlament und Regierung zurückzuführen ist.“

4. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, wann welche Vorschläge von den Bediensteten zur Verbesserung der Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern gemacht worden sind und welche Konsequenzen die Landesregierung daraus im einzelnen gezogen hat.“

Über die weitgehende Autonomie der PLK und über die Wahrnehmung der Aufgaben des Landes als Krankenhausträger wurde berichtet (I. 2).

Über die seit 1985 an das Sozialministerium gerichteten Schreiben und Eingaben der PLK oder aus ihrer Mitte hat das Sozialministerium in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 (Anlage 1, Seiten 187 bis 194) berichtet und dabei die Anliegen und deren Behandlung durch das Sozialministerium substantiiert aufgeführt.

Des weiteren hat das Sozialministerium die PLK um jährliche Berichte gebeten, die das gesamte Spektrum der Tätigkeit der PLK einschließlich Krankenpflegeschule, Nebenbetriebe und Öffentlichkeitsarbeit umfaßt.

Im Ergebnis läßt sich daher feststellen, daß das Sozialministerium auf Vorschläge und Eingaben der Bediensteten sachlich eingegangen ist und sie erledigt hat, wobei es eine andere Frage ist, inwieweit die Bediensteten der PLK mit den Ergebnissen zufrieden waren.

Zum letzten Satz vertreten die Ausschußmitglieder der SPD und der Grünen (Änderungsantrag Nr. 104 der SPD) die Auffassung, es ergebe sich aus den Untersuchungsergebnissen, inwieweit wirksame Abhilfe geschaffen worden sei.

5. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, zu welchen Folgen die Trennung von Behandlungs- und Pflegebereichen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hinsichtlich der personellen Ausstattung der jeweiligen Funktionsbereiche sowie der Versorgung der Patienten geführt hat.“

a) Als Gründe für die räumliche Trennung macht das Sozialministerium geltend:

- eine klare Abgrenzung der Zuständigkeit der Fürsorgeverbände und der Krankenkassen stellt die Verantwortung der einzelnen Sozialleistungsträger für ihren Bereich deutlich heraus.
- Kostentransparenz ist eine Voraussetzung für die angestrebte volle Übernahme der Kosten durch die zuständigen Kostenträger. Die räumliche Trennung dient der klaren Leistungserfassung. Sie ermöglicht die Erstellung sauber abgegrenzter Kostennachweise gegenüber den einzelnen Kostenträgern.

Wegen näherer Angaben wird auf die als Anlage 1 zu diesem Bericht abgedruckte Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987, Seite 194, verwiesen.

Auf Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung vom 28. April 1983 (Drucksache 8/3927) ist der Landtag mit Beschluß vom 28. Juni 1983 dafür eingetreten, die Aufteilung der Betten in den PLK in Krankenhausbetten und Pflegebetten bis Ende 1983 abzuschließen.

b) Begriff des Pflegefalls

Nach dem sogenannten Kriterienkatalog (siehe Abkürzungsverzeichnis

und I. 1 b) handelt es sich bei Pflegefällen um psychisch Kranke oder Behinderte, bei denen keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne der RVO unter einer näheren Definition vorliegt. Nach dem Leitsatz des Kriterienkataloges verursacht eine Krankheit Behandlungsbedürftigkeit in einem Krankenhaus im Sinne von § 184 RVO, wenn nur mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses die Krankheit geheilt oder gebessert, eine Verschlimmerung der Krankheit verhütet oder das Leben verlängert werden kann oder Krankheitsbeschwerden gelindert werden können. Krankenhauspflegebedürftigkeit ist solange gegeben, wie eine ambulante Behandlung zur Erreichung dieses Behandlungszieles nicht ausreicht oder ein Abbruch der Krankenhauspflege den Behandlungserfolg gefährden würde.

Wenn die erforderlichen Pflegemaßnahmen hingegen lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen, liegt ein Pflegefall vor. Deshalb ist bei der Abgrenzung darauf abzustellen,

„ob die erforderlichen Pflegemaßnahmen lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen, oder ob sie Teil einer ärztlichen Behandlung sind.“

Krankenhauspflegebedürftig ist danach, wem das gesamte Spektrum im einzelnen aufgezählter Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere eine ständige ärztliche Betreuung, zur Verfügung stehen muß.

Nun hieße es, den Begriff des „Pflegefalls“ mißzuverstehen, wollte man annehmen, als Pflegefälle geltende Patienten würden nicht behandelt. Im Kriterienkatalog heißt es unter 2. ausdrücklich:

„Gleichwohl muß für diese Pflegefälle eine ausreichend pflegerische und sozio-therapeutische Versorgung gewährleistet sein, die den Bedürfnissen der Kranken entspricht und noch vorhandene Fähigkeiten fördert. Dazu sind neben dem erforderlichen Pflegepersonal auch Mitarbeiter anderer Berufsgruppen unabdingbar erforderlich. Hierzu gehören Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen mit speziellen Erfahrungen, Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger und Bewegungstherapeuten.“

c) Auswirkungen

aa) Haltung des Sozialministeriums

Zu den Auswirkungen der räumlichen Trennung hat das Sozialministerium mitgeteilt, daß zum Stichtag 28. Februar 1986 42 von 229 Stationen noch gemischt belegt gewesen seien, das heißt mit mehr als 10 % von der jeweils anderen Patientengruppe besetzt. Erst die räumliche Trennung hätte die Pflegesatzvereinbarung mit den Landeswohlfahrtsverbänden ermöglicht. Sie enthält erstmals differenzierte Personalschlüssel, abgestuft nach leichter, mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit:

- leichte Pflegebedürftigkeit 1:3,7
- mittlere Pflegebedürftigkeit 1:3,2
- schwere Pflegebedürftigkeit 1:2,2

Fast die Hälfte der Pflegefälle seien schwere. Insgesamt sei ein besserer Pflegeschlüssel erreicht, als im allgemeinen Heimbereich gelte. (Stellungnahme SM, Seite 196)

Dies erscheint sachgerecht, weil die Pflegefälle in den PLK in aller Regel neben ihrer psychischen Erkrankung noch unter den üblichen Alterserkrankungen leiden. In fast jedem der Jahresberichte wird auf die „Multimorbidität“ der Pflegefallpatienten hingewiesen.

Das Sozialministerium hat als weitere Folge der räumlichen Trennung angeführt, daß die Personalplanung kalkulierbar geworden sei. Die klare räumliche Trennung der Patienten ermögliche ein saubere Anwendung der nach Schweregrad gegliederten Personalschlüssel und erleichtere die Pflegesatzverhandlungen. Jetzt könnten Personalanforderungen auf der

Grundlage von Personalrichtwerten geltend gemacht werden, was übrigens auch einer Forderung des Rechnungshofes entspräche. Zu der befürchteten Vermehrung von Stationen sei es nicht gekommen; hierzu siehe auch oben II. 1 a cc). Andererseits ist es vorstellbar, daß die PLK ohne die Aufteilung in Behandlungs- und Pflegefallbereiche Stationen anders hätten aufteilen und möglicherweise etwas günstiger spezialisieren können.

Die räumliche Trennung hat sicherlich auch die Verhandlungen mit den Krankenkassen, die für den Behandlungsfallbereich zuständig sind, erleichtert. So wurde an früherer Stelle erwähnt, daß die räumliche Trennung in einigen Stationen zu einem Abzug von Pflegepersonal in die neuen Pflegefallstationen geführt habe, weil dieses Personal von den Landeswohlfahrtsverbänden finanziert wurde. Es liegt auf der Hand, daß in diesen Fällen ein Mehrbedarf im KHG-Bereich gegenüber den Krankenkassen sehr viel leichter durchzusetzen ist, als wenn es darum geht, mit Ausfallzeiten oder sonstigen allgemeinen Entwicklungen zu argumentieren.

Schließlich führt das Sozialministerium an, daß auch die Wirtschaftlichkeitsgutachten, die in den Pflegesatzverhandlungen einen „hohen Grad an Geltungskraft“ hätten, durch die räumliche Trennung transparenter geworden seien. (Stellungnahme SM, Seite 196)

Zu den Nachteilen der räumlichen Trennung zählt die damit verbundene Einschränkung der Autonomie für die PLK, das Personal da einzusetzen, wo es im Moment am dringendsten nötig ist, und zwar ohne Rücksicht auf den Kostenträger (vgl. Dr. Krzepinski, P 3/121).

bb) Auswertung der Jahresberichte

Eine Auswertung der Jahresberichte ergab eine einhellige Klage über Personalmangel und Kritik an der räumlichen Trennung zwischen Behandlungsfällen und Pflegefällen. Dr. Hakim aus dem PLK Emmendingen meldet Vollzug der räumlichen Trennung mit Ausnahme einer Station, die weiterhin „gemischt“ betrieben werden müsse, da die Verlegungsmöglichkeiten erschöpft seien. Es sei damit zu rechnen, daß die Möglichkeiten zur Beibehaltung der räumlichen Trennung rasch an ihre Grenzen stoßen würden, da insbesondere für rüstige demente Kranke nicht genügend geeignete, das heißt geschlossene Heime vorhanden seien. Durch den Stau dieser Personengruppe im PLK Emmendingen komme es zur Einschränkung der dringend benötigten Aufnahmekapazität (JB 1986, Seite 5).

Im Vorwort des Jahresberichtes 1983 des PLK Weissenau werden schwerwiegende Folgeprobleme der Unterscheidung in Pflegefälle und Behandlungsfälle darauf zurückgeführt, daß die Kriterien für diese Unterscheidung aus einer Analogie zur Körpermedizin stammten, die nicht fachgerecht sei, weil in der Psychiatrie andere Erfahrungswerte, Regeln und stationäre Behandlungskonzepte als bei der Körpermedizin gälten. Wenn man solche Zusammenhänge und Besonderheiten mißachte und eine „abstrakte Trennung“ konsequent auch räumlich vollziehe, schaffe dies „die beklagten, gravierenden räumlichen und strukturellen Probleme mit entsprechenden antitherapeutischen Auswirkungen“ (Vorwort JB 1983, V).

Im Berichtsteil über die Gerontopsychiatrie werden auch die möglichen positiven Auswirkungen der geänderten räumlichen Unterbringung erwähnt, dann aber vor einem „Effektivitätszynismus“ gewarnt,

„der hinter solchen Termini wie ‚Entflechtung‘ oder ‚Bereinigung der Situation‘ steckt, um nicht eines Tages mit schlechtem Gewissen zu erkennen, daß die Wirtschaftlichkeit zwar maximal gesteigert wurde, die Menschlichkeit bei der Betreuung aber verloren ging. Diese Menschlichkeit war nach unseren übereinstimmenden Erfahrungen der letzten Jahre gerade in der Alterspsychiatrie nur durch ein integriertes Betreuungskonzept für Behandlungs- und Pflegefälle auf einer Station nebeneinander realisierbar.“ (JB Weissenau 1983, Seite 10)

Das PLK Weißenau schrieb auch im Vorwort zum Jahresbericht 1982, daß Planungen über Umstrukturierung der Langzeitstationen gestoppt werden mußten,

„da hier der Gesichtspunkt der Trennung von Behandlungsfällen und Pflegefällen eine neue, an den Erfordernissen einer sinnvollen Mischung gänzlich vorbeigehenden, Ebene eröffnet. Allenthalben, auch außerhalb des Hauses, wird auf die Gefahr der Versorgungs-Verschlechterung gerade im Pflegefallbereich, mit der Optik der ‚Abschiebung‘ der Pflegefälle auf Stationen mit nicht mehr behandlungsfähigen, also ‚unheilbaren‘ Patienten hingewiesen.“ (Vorwort JB 1982)

Im Mehrjahresbericht 1984 bis 1986 des PLK Weißenau wird die räumliche Trennung kritisiert. So wird im Vorwort darauf verwiesen, daß sich die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und die Bundesdirektorenkonferenz in eindeutigen Resolutionen gegen eine solche räumliche Trennung ausgesprochen hätten, und es sei am 5. Oktober 1984 eine ebenso klare gleichsinnige Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde gefolgt. Auch der Verein Baden-Württembergischer Krankenhauspsychiater hätte sich kritisch geäußert, so daß sich schon bis 1984 „sämtliche psychiatrischen Wissenschafts-, Berufs- und Fachverbände in der Bundesrepublik in Stellungnahmen gegen die räumliche Trennung gewendet“ hätten.

Im dem Maße, wie das PLK widerstrebend versucht hätte, die räumliche Trennung entsprechend den Forderungen des Trägers zu vollziehen, seien die vorausgesagten Probleme und Folgen eingetreten. Schon die bloße Verteilungslogik zeige, daß innerhalb der Bereichsgrenzen und der gleichzeitigen räumlichen Gegebenheiten „eine strikte räumliche Trennung zahlenmäßig nie aufgehen kann, auch nicht unter Einbeziehung der zugestandenen 5%-Mischung“. Die ausgehandelten Schlüsselzahlen für die Versorgung des Pflegefallbereiches zeigten eine deutliche Verschlechterung besonders im ärztlichen Bereich gegenüber dem bisherigen Versorgungs-niveau (Vorwort V).

Andererseits hat der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau bei seiner Vernehmung als Zeuge bekundet, daß die räumliche Trennung „sogar auf der pflegerischen Ebene teilweise eine Verbesserung ergeben hat, aber nur beim Pflegepersonal, weil der Mangelzustand da noch größer war; dafür ist im Pflegefallbereich dann die ärztliche Besetzung schlechter geworden.“ (P 3/175)

Auch der neue Leiter der Gerontopsychiatrie, Dr. Kortus, übt Kritik an der Durchsetzung eines ordnungspolitischen Konzeptes „auf dem Rücken psychisch Kranker“ (JB 1984 bis 1986, Seite 15). Er kommt aber gegen Ende seines Berichtes zu dem Ergebnis,

„daß unsere Arbeit anerkannt wird und daß gerontopsychiatrische Arbeit nicht mehr durchweg als sinnlos und zwecklos angesehen wird. ... die therapeutischen Erfolge also zunehmen.“ (aaO, Seite 16 und Seite 17)

Ein kritisches Fazit zieht hingegen auch Dr. Wagner vom PLK Reichenau:

„Aus ärztlicher Sicht haben wir die räumliche Trennung ohnehin von Anfang an kritisiert und nicht gewollt. Pluspunkte sind aus ärztlich-therapeutischer Sicht auch bis jetzt nicht zu verzeichnen. Eingestellt haben sich aber vorhersehbare Nachteile und darüber hinaus einige unerwartete Probleme. Die psychologische Last für Beschäftigte (und wahrscheinlich auch Patienten) der Pflegefallstationen, auf einer „Endstation“ zu sein, ist größer als erwartet. Ebenfalls größer als erwartet ist die Konzentration schwerstkranker, multimorbider und fast hoffnungsloser Fälle. Der Arbeiterschwernis ist nicht ausreichend durch Stellenvermehrung Rechnung getragen worden. Wahrscheinlich

kann man den Veränderungen auch gar nicht quantitativ Rechnung tragen.

Im Stationsmilieu, das ja der Lebensraum der Patienten ist, hat sich zumindest im Altersbereich ein qualitativer Sprung vollzogen, der manche depressive Resignation noch verstärkt hat. Das Pflegepersonal der Pflegefallstation (22 A) ist mit einer steigenden Zahl von dauerbettlägerigen Patienten (zur Zeit ein Drittel) konfrontiert. Durchschnittlich die Hälfte der Patienten muß mehr oder weniger regelmäßig gefüttert werden. Man darf den Klagen der betroffenen Beschäftigten und den vereinzelt Klagen von Patienten über die gestiegene Belastung glauben.“ (JB 1986, Seite 9)

Demgegenüber muß aber nochmals herausgestellt werden, daß die Mehrzahl der Berichterstatter mit durchaus eindringlichen Worten ihre jeweiligen Probleme – vor allem Personalprobleme – schildern, ohne dabei jedoch ein Wort über die Trennung zwischen Behandlungsfall- und Pflegefallpatienten zu verlieren. In diesem Zusammenhang muß außerdem darauf geachtet werden, etwaige Unzulänglichkeiten der erreichten Pflegefallvereinbarung nicht dem gesamten Konzept der räumlichen Trennung anzulasten.

cc) Der Untersuchungsausschuß hat in seiner 5. Sitzung am 22. September darüber Beweis erhoben, daß

im Pflegebereich keine ausreichende aktivierende Pflege und keine ausreichenden therapeutischen Maßnahmen stattfinden.

(1) Allgemeines

Zu Beginn seiner Vernehmung stellte der Stellv. Ärztliche Direktor des PLK Reichenau, Dr. Faulstich, klar, daß Pflegefall für ihn ein Behandlungsfall sei, den die Krankenkassen nicht mehr zahlen, der aber einer Zuwendung mit derselben Intensität bedürfe wie die anderen Patienten. (P 5/252 und 254)

Welche Patientengruppen auseinanderzuhalten sind, hat der Ärztliche Direktor der Landesklinik Nordschwarzwald, Prof. Dr. Linden, mitgeteilt:

- psychogeriatrische Pflegefälle,
- altgewordene psychisch Kranke, Schizophrene,
- jüngere Schizophrene, die noch nicht oder nicht rehabilitierbar sind. (P 5/312)

Jede dieser drei Gruppen bedürfe natürlich einer spezifischen Versorgung, wenn auch nicht mehr der Krankenhausbehandlung im eigentlichen Sinne.

Der Zeuge Dr. Faulstich bestätigte auf Nachfrage, daß er die Trennung Behandlung/Pflege für falsch halte (P 5/278). Auch habe sich der Kriterienkatalog zur Abgrenzung der Behandlungsfälle von Pflegefällen in der Praxis nicht bewährt; es müsse insbesondere eindeutig geklärt werden, daß eine Schwerstpflegebedürftigkeit in einem Bereich, etwa im körperlichen Bereich, ausreiche, um als Schwerstpflegefall insgesamt anerkannt zu werden. Wer körperlich schwerstpflegebedürftig sei, brauche ein „ungeheures Maß an Betreuung“, wobei es auf die psychosoziale Betreuung nicht mehr so ankomme (P 5/276).

Auf die Frage, ob er unter den jetzigen Trennungsbedingungen für die Patienten eine Chance sehe, bei erhöhtem Personalbestand die Station einmal verlassen zu können, antwortete der Zeuge Dr. Faulstich, er sehe durchaus eine Chance, wobei allerdings das PLK Reichenau nicht so radikal getrennt habe, wie es konzipiert sei. Sie hätten manche Stationen, in denen etwa zur Hälfte Pflege-, zur anderen Hälfte Behandlungsfälle seien. Im Jahr 1978 hätten sie in einer größeren Verlegungsaktion die Patienten mit gleichen therapeutischen Bedürfnissen zusammengelegt. Andererseits

hätten sie auch einige Pflegestationen, die durchweg mit Pflegefallpatienten besetzt seien. „Und da kann man durch erhöhten Personaleinsatz durchaus etwas erreichen“ (P 5/279). Im Ergebnis sei eine Trennung der Pflegefälle von den Behandlungsfällen nur so lange vertretbar, wie die fachliche Spezialisierung auch im Pflegefallbereich beibehalten und garantiert (P 5/280) werden könne (P 5/279).

Eine etwas andere Auffassung zu dem Kriterienkatalog vertrat der Zeuge Dr. Becker vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern. Die Kritik an den Pflegestufen des Kriterienkataloges sei ihm persönlich neu und würde ihn auch im Hinblick darauf verwundern, daß die Eingruppierung anhand einer vorher angestellten Untersuchung an über 1 000 Fällen erfolgt sei. Zudem sei die Vereinbarung erst kurze Zeit zuvor zusammen mit Ärzten aus den PLK erarbeitet worden, so daß er befürworten würde, zunächst einmal zu versuchen, mit dieser Vereinbarung zu leben. (P 5/328).

Zu dem Kriterienkatalog hat als Zeuge Abteilungsleiter Dr. Jopen beim Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern mitgeteilt, daß zunächst vereinbart worden sei, zur Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit eine vergleichende Untersuchung zwischen sieben PLK mit Pflegefallbereichen und fünf ausgesuchten Einrichtungen, Heimen für psychisch Kranke und Behinderte, durchzuführen. Dabei hätten vier dieser Einrichtungen freigemeinnützige Träger gehabt und eine Einrichtung, das Behindertenheim Ellwangen, zur Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern gehört.

Grundlage der Untersuchung sei ein von den PLK-Direktoren erarbeiteter Fragenkatalog gewesen, der sich auf zehn Merkmale körperlicher und zehn Merkmale psycho-sozialer Pflegebedürftigkeit stützte. Die Untersuchung sei seinerzeit zwischen dem Land und den PLK auf der einen Seite und den Landeswohlfahrtsverbänden und den fünf ausgesuchten Heimen „im Detail abgesprochen“ worden. Verschiedene Kontrollmechanismen hätten eine weitgehend gleiche Anwendung dieses Untersuchungsinstrumentariums sichergestellt.

Die damalige Untersuchung hätte dann erbracht,

„daß die in den PLK lebenden Pflegefälle insgesamt keine höhere Pflegebedürftigkeit aufwiesen als die Personen, die in den ausgesuchten Vergleichsheimen sich befinden. Sehr interessant war, daß auch in den Einzelmerkmalen – insgesamt ja 20 – sowohl in der absoluten Nennung, wie auch in der Ausprägung, also in der Stärke, hier eine weitgehende Parallelität zwischen den beiden untersuchten Personengruppen – es waren insgesamt 1 000 Fälle – bestand. Man war denn einheitlich der Auffassung, daß das Untersuchungsinstrumentarium sich als tauglich erwiesen hat, und die Landeswohlfahrtsverbände haben daraufhin dem Land unterschiedliche Personalschlüssel in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit angeboten.“ (P 5/363)

Die Fragebögen seien von der jeweiligen Pflegekraft ausgefüllt und in den PLK von einem dortigen Arzt und bei den Heimen von dem Landesarzt für Behinderte endbeurteilt worden. Es habe sich dann aber herausgestellt, daß die Beurteilung des Personals vor Ort praktisch identisch gewesen sei mit der Beurteilung des unabhängigen Gutachters. Auch eine Zufallsstichprobe mit Überprüfung einzelner Fälle hätte gezeigt, daß „hier insgesamt eine sachliche Beurteilung vorgenommen worden ist“. (P 5/364)

Durch diese unterschiedlichen Personalschlüssel hätte man einerseits PLK mit überwiegend schwierigen Fällen eine bessere Personalausstattung zubilligen können als PLK mit einer größeren Zahl von leichteren oder mittleren Pflegefällen. Außerdem sei das System so angelegt, daß man auf eine im Zeitablauf höhere Pflegebedürftigkeit auch entsprechend personell reagieren könne.

Es sei weiter festgestellt worden, daß die

„bisherige Personalorganisation eben nicht dazu geführt hatte, daß dort das meiste Personal eingesetzt wurde, wo der höchste Pflegebedarf vorlag. Dies konnte durch den Abschluß der Pflegesatzvereinbarung geändert werden, da nun ein direkter Zusammenhang zwischen der Zahl der Personen, ihrer Pflegebedürftigkeit und der Personalmenge, die dem jeweiligen PLK zur Verfügung stand, hergestellt wurde.“

Im Rahmen eines Kompromisses hätte man erhebliche Meinungsverschiedenheiten dadurch ausräumen können, daß „die Landeswohlfahrtsverbände im personellen Bereich nachgaben und das Land seinerseits seine Forderung bei der Abschreibung reduzierte“. (P 5/365)

(2) Personalentwicklung

In den württembergischen PLK, für die der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern zuständig ist, hat es nach Angaben des Abteilungsleiters Dr. Jopen 1983 bei 803 pflegebedürftigen Personen 271 Vollkräfte gegeben. Auf der Basis der damals vereinbarten Personalschlüssel, die rückwirkend ab 1. Januar 1984 in Kraft gesetzt wurden, seien damals 41 Stellen nicht besetzt gewesen. Durch die Besetzung dieser Stellen sei die Personalsituation bereits um 15 % als Folge der Pflegesatzvereinbarung verbessert worden. In den Folgejahren hätten die PLK mit Hilfe des besprochenen Untersuchungsinstrumentariums erhöhte Pflegebedürftigkeit nachgewiesen, woraus sich im württembergischen Bereich eine weitere Steigerung von 13 % zwischen 1985 und 1987 ergeben hätte. (P 5/367)

Von 1983 bis heute habe sich das Verhältnis zwischen Pflegekräften und Betreuten um 28 % verbessert, mittlerweile stünden 724 belegten Plätzen 316 Soll-Stellen gegenüber. Mehrfach hätten PLK in den Pflegesatzverhandlungen dem Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern bestätigt, daß die Pflegesatzvereinbarung ein angemessenes Instrumentarium zur Personalbedarfsermittlung darstelle. (P 5/368)

Ergänzend wies Dr. Jopen darauf hin, daß das Personal nach der Planbetriebszahl (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Pflegesatzvereinbarung) ermittelt wird, während der Pflegesatz auf einer Mindestauslastung von 95 % errechnet werde, wodurch die reale Personalausstattung um 5 % besser liege. (P 5/368)

Der durchschnittliche Pflegesatz in den württembergischen PLK habe sich von 89 DM am 1. Januar 1982 auf zwischen 125 und 140 DM Ende 1987 erhöht. Damit hätten die PLK nicht nur eine „weit überproportionale Steigerung durchgesetzt, sondern haben damit auch Anschluß an die Pflegesätze in den Behinderteneinrichtungen gefunden und sich deutlich von den Pflegesätzen in den klassischen Pflegeheimen entfernt“ (P 5/368).

Die Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern faßte Dr. Jopen in folgenden Punkten zusammen:

- „1. Die Pflegesatzvereinbarung hat die Bedeutung des Pflegefallbereiches erhöht und geklärt, welche Leistungen erforderlich sind und erbracht werden müssen;
2. mit der Vereinbarung eines klar umgrenzten Personalkörpers für den Pflegefallbereich wurde eine wesentliche Voraussetzung dafür geschaffen, daß den Pflegefällen auch die personelle Betreuung zukommt, die über die Pflegesätze finanziert wird. Eine verdeckte Finanzierung des Behandlungsbereichs aus Sozialhilfemitteln ist damit künftig zumindest erschwert;
3. die unterschiedliche Pflegebedürftigkeit ist durch differenzierte Personalschlüssel aufgefangen oder ihr ist ausreichend Rechnung getragen worden. Es gibt damit Anreize, die schwierigen Pflegefälle zu behalten und die Personen mit leichter und mittlerer Pflegebedürftigkeit nach außen zu verlegen. Der durch die Vereinba-

rung ermöglichte Personalabbau in den letzten Jahren und die damit verbundenen Untersuchungen bestätigen die abgeschlossene Pflegesatzvereinbarung. Sie bietet meiner Auffassung nach ausreichende Rahmenbedingungen für eine aktivierende Pflege und die notwendigen therapeutischen Maßnahmen;

4. die in anderen Bereichen schon lange üblichen und für die PLK jedoch . . . erstmals vereinbarten verbindlichen Personalschlüssel verlangen vom Träger, daß er auf eine veränderte Belegung im personellen Bereich entsprechend reagiert. Dadurch wird ungesteuerten Fehlentwicklungen vorgebeugt.

Der Landeswohlfahrtsverband unterstützt die Bemühungen der PLK zum Ausbau des Rehabilitationsbereiches. Wir sind in der Lage, nach entsprechenden Verhandlungen in diesem Bereich auch zusätzliches Personal über den Pflegesatz zu finanzieren; . . . wir halten aber insbesondere für erforderlich, daß die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von den Krankenkassen zukünftig finanziert werden. Auch hier sind entsprechende Gespräche im Gange und müssen zu Ergebnissen führen.

Abschließend kann ich sagen, daß die Pflegesatzvereinbarung auch das notwendige formale Instrumentarium bietet, um zu einer Weiterentwicklung der Pflegefallbereiche zwischen dem Heimträger auf der einen Seite und dem Kosten- und Leistungsträger auf der anderen Seite zu kommen.“ (P 5/369 bis 371)

Auf Frage teilte Dr. Jopen mit, daß der durchschnittliche Pflegesatz von 89 DM in 1982 auf jetzt 129 DM im württembergischen Bereich gestiegen sei. Im badischen Landesteil sei der Pflegesatz von 1982 bis 1988 über 50 % gestiegen und das Pflegesatzniveau in Baden sei 1982 auf einem niedrigeren Niveau gewesen. In diesen sechs Jahren hätten die allgemeinen Erhöhungen, Preis- und Lohnsteigerungen rund 18 % betragen, woraus deutlich werde, wieviel echter Nettozuwachs, Wertzuwachs im Pflegefallbereich vereinbart worden sei. (P 5/372)

Nach § 4 Abs. 2 der Pflegesatzvereinbarung für Pflegefälle beziehen sich die Personalschlüssel auf Vollkräfte einschließlich ihrer Ausfallzeiten. Hierzu hat der Zeuge Dr. Jopen bekundet, daß der Landeswohlfahrtsverband nicht von einer prozentualen Ausfallzeit ausgehe, sondern man hätte im gesamten sozialen Bereich, in allen Einrichtungen in Baden-Württemberg, Personalschlüssel, die alles umfassen:

„Wenn wir Personalbemessungen vornehmen, dann gehen wir von der tatsächlichen Arbeitszeit aus. Und die wird alljährlich von der kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) mitgeteilt und liegt im Moment im Durchschnitt bei 1 647 Jahresarbeitsstunden. . . . 15 % ist bei der heutigen Situation, was Urlaub angeht insbesondere – diese Zahl stammt aus einer Zeit, wo es weniger Urlaub gegeben hat –, ist heute nicht mehr realistisch. Und selbstverständlich haben wir bei der allgemeinen Erhöhung 1987 die zwei Tage, die es mehr frei gibt, in vollem Umfang an die Einrichtungen über die allgemeine Erhöhung weitergegeben.“ (P 3/383)

Auf Nachfrage bekräftigte Dr. Jopen, daß der Landeswohlfahrtsverband in Baden natürlich ebenso gehandelt habe, weil es sich um eine allgemeine Erhöhung gehandelt habe, „die von der Pflegesatzkommission, also von der Liga der freien Wohlfahrtspflege und von der kommunalen Seite, ausgehandelt wird. . . . Und wenn dann irgendwann einmal wieder über neue Personalschlüssel gesprochen wird, dann wird dieses auch im Rahmen der Personalschlüssel erneut berücksichtigt. Also dies ist ein System, das auf echten Zahlen basiert.“ (P 5/383)

Nach den Erläuterungen zum Formular „Ausfallzeitstatistik“ in Anlage 3 zu den Prüfungsrichtlinien des Wirtschaftsministeriums wird die Grundarbeitszeit einer Vollkraft bei Jahren mit 365 Kalendertagen mit 2 085,71 Stunden und bei Jahren mit 366 Kalendertagen mit 2 091,43 Stunden an-

gegeben, jeweils hochgerechnet aus der 40-Stunden-Woche. Bezogen auf diese Grundarbeitszeit läßt sich aus der von KGSt zugrundegelegten effektiven Arbeitszeit von 1 647 Stunden eine anerkannte Ausfallzeit von rund 21,1 % errechnen, und zwar ohne besonderen Einzelnachweis, wie ihn die Krankenkassen zur Anerkennung einer höheren als 13,04%igen Ausfallzeit fordern.

Dr. Faulstich äußerte sich auf die Frage, ob sich Stellenvermehrungen im Behandlungsfallbereich evtl. entlastend im Pflegebereich ausgewirkt hätten, „so daß gewisse Erleichterungen, eine gewisse bessere Versorgung dann möglich war, weil im Behandlungsbereich mehr Kräfte einsetzbar waren“ dahingehend, daß zum Beispiel 25 zusätzliche Stellen im Behandlungsbereich 1987 für ihn nur „eine geringe Vermehrung“ und „noch keine Entlastung“ gewesen seien (P 5/273):

„Da muß die Ausgangssituation berücksichtigt werden, daß wir Ende 1986 einen Stopp hatten, wo radikal eingespart wurde, wo wir zum Beispiel im ärztlichen Bereich von 31 auf 27 zurückgeschnitten wurden. Und diese gewährten Stellen, die haben erst mal die alten Löcher wieder gestopft. Das war also in dem Sinne gar kein Zuwachs oder effektiv sehr wenig.“ (P 5/281)

„Ein Stellenzuwachs von 25 bis 30 % wäre ein nicht geringer und von uns als befriedigend empfundener Stellenzuwachs!“ (P 5/282)

(3) Aktivierende Pflege

Der als Zeuge vernommene Stellv. Ärztliche Direktor des PLK Reichenau, Dr. Faulstich, sprach von einem „vollautomatischen Tagesablauf als Folge langjähriger Hospitalisierung und langjähriger Unterbringung“ und leitete daraus den Bedarf aktivierender Pflege ab:

„Was bei diesen Patienten natürlich nötig wäre, und das geht oft nur gegen erheblichen Widerstand: sie zu aktivieren, ihnen neue Inhalte vorzuführen. Wir haben jetzt zum Beispiel ein schönes Sozialzentrum . . . genau gegenüber. Man muß diese Patienten unter den Arm nehmen, dorthin schleppen und das möglichst dreimal machen, damit sie dann auch aus eigener Motivation dorthin marschieren. Also das wären ungeheuer schwierige, aufwendige, zeitaufwendige Tätigkeiten, Aktivierungen, die man leisten müßte, um den Aktionsradius dieser Menschen wieder etwas zu erweitern und vielleicht auch soweit zu kommen, daß die irgendwann einmal . . . in betreuten Dauerwohngemeinschaften zum Beispiel“ leben könnten. Es seien einige Patienten dabei, die erst zwischen 40 und 50 Jahre alt seien. (P 5/259)

Zu seinen Zielen meinte der Zeuge Dr. Faulstich, er wolle die Patienten, die im PLK bleiben müßten, so betreuen, daß sie ruhiger werden und ein zufriedeneres Leben führen könnten. Ferner möchte er den Patienten, die durchaus außerhalb leben könnten, ermöglichen, das PLK zu verlassen. (P 5/261)

Über die tatsächlichen Pflegemöglichkeiten in den zwei Stationen Haus 8 und Haus 14 des PLK Reichenau mit jeweils rund 28 Pflegefällen bekundete der Zeuge Dr. Faulstich (P 5/257):

„. . . sind äußerst knapp besetzt. Und zwar würden ihnen zustehen nach diesem Schlüssel des Landeswohlfahrtsverbandes jeweils sieben bis acht Pflegepersonen. Tatsächlich sind sie besetzt lediglich mit fünf Pflegepersonen. Das heißt konkret anwesend pro Schicht ist eine einzige Pflegeperson.“

Das war eine Entscheidung, die von der Pflegeleitung im wesentlichen so getroffen wurde, weil es einfach eine Verwaltung des Mangels war. Innerhalb der geriatrischen Pflegestation mit den vielen körperlichen Pflegebedürftigkeiten – Betten, Saubermachen, das Einnässen usw., all diese Komplikationen, die es dort gibt, morgendliches Waschen usw., Heben, Tragen – ist natürlich ein grundsätzlich großer Bedarf

an Pflegepersonal da. Der konnte nur gestillt werden dadurch, daß man aus diesem psychiatrischen Pflegefallbereich Personal in diesen geriatrischen Pflegebereich versetzte. Das heißt also, daß auf diesen Stationen, in psychiatrischen, wo sich Langzeitkranke befinden, tatsächlich immer nur ein Pfleger da ist.“ (P 5/258)

Der Zeuge bekundete ferner, er selber betreue eine solche Station mit 28 Patienten, die durchschnittlich 21 Jahre schon im PLK lebten, und „Relikte aus der alten, kustodialen Psychiatrie“ seien, wo die Patienten keine Chance gehabt hätten, das PLK zu verlassen.

Was der tatsächlich immer nur anwesende einzige Pfleger verrichten könne, sei, das Telefon bewachen, die Buchführung der Station zu verwalten, das Essen zu verteilen, Medikamente zu verteilen und auf Verhütung besonderer Vorkommnisse und auf Krisen zu achten:

„Eine Therapie ist mit dieser pflegerischen Besetzung nicht möglich, eine Therapie, die darauf eingehen würde, daß diese Patienten mit dieser extremen Verweildauer schon erhebliche Hospitalismusschäden aufweisen.“ (P 5/258, bekräftigt P 5/264)

Prof. Dr. Linden, Ärztlicher Direktor der Landesclinik Nordschwarzwald in Calw-Hirsau, antwortete auf die Frage, ob bei jungen Schizophrenen eine Dauerhospitalisierung nicht auszuschließen sei:

„Bei den Verläufen von Schizophrenien wissen wir nie – und wir haben keine prognostischen Mittel bis heute –, wie es auf Langfrist ausgeht. Es sind auch nach langen Krankheitsjahren Heilungen durchaus bekannt. Das ist nachgewiesen.

...

Bei diesen Patienten besteht natürlich die Gefahr, wenn sie nicht aktiviert werden und auch nicht dauernd aktiviert werden, daß sie einfach schlicht hospitalisieren.“ (P 5/315)

Beiläufig hatte auch der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, erwähnt, aktivierende Pflege finde zur Zeit „in unseren Häusern“ in einem viel geringeren Maße statt, als es nötig wäre und als es vor ein paar Jahren noch stattgefunden hätte. Das könne man in Einzelfällen belegen. Aktivierende Pflege heiße, individuell auf den Patienten einzugehen. Da könne der Patient nicht müde „herumhängen, sondern er muß gerade einen Zustand haben, wo er gesprächsfähig, aktionsfähig ist usw., damit soziales Training, Gruppenausgänge, Gruppengespräche, Aktivitäten, Beschäftigungstherapie möglich sind. Eine gute Beschäftigungstherapie und eine gute aktivierende Pflege sind die Grundpfeiler der klinischen Psychiatrie.“ (P 5/22)

Personalratsvorsitzender und Oberpfleger Walter vom PLK Reichenau antwortete zur Beweisfrage,

„daß es so ist, daß wir aufgrund des Personalmangels oder der dünnen Besetzung der Stationen oftmals nicht die Aufgaben erfüllen können, für die wir eigentlich dort beschäftigt sind.“ (P 5/285)

Allerdings hat das PLK Reichenau auch gewisse Probleme, vorhandene Stellen auch tatsächlich zu besetzen. So verwies der Zeuge Walter auf den Vorhalt,

daß Ende 1985 zwölf Stellen im Pflegebereich nicht besetzt gewesen seien bzw. daß es durch weitere Stellensperrungen im Sommer 1986 einen Engpaß von etwa 18 bis 19 Stellen gegeben hätte,

auf Besetzungsschwierigkeiten. Im Pflegedienst werde nur zu bestimmten Zeiten eingestellt, ein Haupteinstellungstermin sei der 1. April. Und wenn zu diesem Zeitpunkt nicht alle Stellen besetzt werden könnten, was auch vorkomme, weil nicht alle Zusagen eingehalten würden, gäbe es dann wie in 1985 nicht die Möglichkeit, bis zum Herbst diese Stellen zu besetzen. In dieser Zeit fehle es an Bewerbungen. (P 5/286 a)

Auf die Frage nach der Möglichkeit, Langzeitpatienten darauf vorzubereiten und sie zu aktivieren, daß sie vielleicht auch außerhalb der Klinik leben könnten, antwortete der Zeuge Walter:

„Das unterbleibt zu weiten Strecken – nicht immer natürlich. Wenn das Personal voll da ist, dann kann man das schon durchführen. Aber in Urlaubszeiten oder es gibt immer wieder gehäuft Krankheitsausfälle, dann haben wir keine Möglichkeit, die Leute zu ersetzen. Und dann ist das natürlich das erste, was gestrichen wird, weil es nicht unbedingt lebensnotwendig ist. Die Versorgung der Patienten geht vor.“ (P 5/289)

Der Zeuge bestätigte auf Nachfrage, daß er damit meine, daß die Grundpflege den Vorrang vor der aktivierenden Pflege habe: „Alles andere kommt eben dann nur, wenn die Zeit dafür da ist. Und das passiert eben zu einem Drittel bis zur Hälfte des Jahres.“ (P 5/290)

Wenn zu wenig Personal da sei, dann werde die Frühschicht statt mit in der Regel fünf Leuten nun mit vier Leuten geleistet. Und dann sei es nur noch möglich, die Ordnung aufrechtzuerhalten, die Patienten zu versorgen, zu waschen, anzuziehen, das Essen zu geben und aufzupassen, daß nicht irgendeiner unbemerkt aufstehe oder irgendwohin verschwinde, wo er ohne Aufsicht ist. Es sei dann „keine Übersicht“ mehr da. (P 5/290)

Oberpfleger und Personalratsvorsitzender Walter erklärte auf Nachfrage, ob man unter Umständen wegen Personalmangels Patienten fixieren müsse:

„Nein. Fixiert wird sicher nicht aus Personalmangel. Das kann ich also nicht aus unserer Sicht sagen.“

Aber es wird oftmals deshalb fixiert, weil man nicht die Zeit hatte, sich vorher um so jemand zu kümmern. Und der steigert sich dann rein und letztlich bleibt dann nur noch übrig, daß man fixiert. Aber wir binden niemand fest, nur damit wir unsere Ruhe haben und in Ruhe anderen Tätigkeiten nachgehen können.“ (P 5/291)

Über die Frage der Zusammensetzung der Patienten nach den verschiedenen Kategorien der Pflegebedürftigkeit konnte der Zeuge Walter berichten, daß eine Berechnung stattgefunden habe, die die Pflegeleitung erfolgreich angefochten habe, weil man zuviel leichte und zuwenig schwere Fälle angerechnet habe. (P 5/293)

Pflegedienstleiter Uphal vom PLK Winnenden bestätigte die Aussagen der früheren Zeugen, daß aktivierende Pflege „schwer durchführbar“ und „sehr arbeits- und personalaufwendig“ sei (P 5/298). Ziel sei es, die Patienten zu enthospitalisieren, daß sie möglicherweise „wieder aus dem Haus heraus entwickelt werden“ entweder in Heime oder in die Familie. Dazu müßten sie viele Dinge lernen, die sie im Krankenhaus in den vielen Jahren verlernt hätten, „verlernt auch dadurch, daß man sich nicht personell in ausreichender Weise darum kümmern konnte“. (P 5/298)

Man müsse bei diesen Patienten mit ganz einfachen Aktivitäten wieder anfangen, daß sie ihre täglichen Verrichtungen wieder selbst machten,

- daß sie sich waschen,
- daß sie sich um die Pflege ihrer Garderobe kümmern,
- daß sie ihren Umgebungsbereich, beispielsweise auf der Station, richten,
- daß sie wieder lernen, einzukaufen,
- daß sie lernen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen,
- daß sie Dinge abwickeln könnten, wie ein Konto zu eröffnen.

Und dazu müsse man mit diesen Patienten einfach aus dem PLK rausgehen. Man müsse sich ferner darum kümmern, daß sie Kontakte finden außerhalb des Hauses. Man müsse vor allem auch die Kontakte innerhalb des Hauses zu anderen Patienten verstärken können, was über die so-

nannte Freizeitgestaltung in den Abendstunden und an den Wochenenden zu erreichen sei. Dies sei aber personell sehr, sehr schwierig. (P 5/299)

Eine offene Langzeitstation habe etwa 30 Patienten und sei am Wochenende mit maximal zwei Pflegekräften besetzt, die insgesamt 14 Stunden Dienst decken müßten. Dann sei es eben nicht möglich, mit den Patienten viele Aktivitäten zu starten. (P 5/299)

Es gäbe etliche Entlassungen in Heime, schwieriger sei es bei der Entlassung in die Familien, was jedoch mehr an den Familien als an den Patienten läge. Eine Entlassung in betreute Wohngemeinschaften sei auch möglich, aber „die Erfolgsrate, also mit dem, was wir den Leuten vermitteln können, die ist zu gering, die ist also vollkommen unbefriedigend.“ (P 5/300)

Im Jahresbericht des PLK Winnenden 1986 wird auf Seite 14 ausgeführt, daß 227 Patienten nach Hause oder in verschiedene Einrichtungen, wie Wohngemeinschaften und Heime verlegt worden seien und etwa 134 Patienten in andere Stationen. Gleichzeitig seien im Jahr 1986 210 Patienten zur Langzeitbehandlung aufgenommen und 171 von anderen Stationen übernommen worden.

Der Zeuge Prof. Dr. Linden, Ärztlicher Direktor der Landesklinik Nord-schwarzwald Calw-Hirsau, konnte die Beweisfrage „ganz schlicht beantworten“:

„Eine ausreichende aktivierende Pflege ist in der Regel nicht möglich, das muß ich also erst einmal ganz klar sagen, und zwar im Bereich der Kosten, die wir zur Verfügung haben, ist es nicht möglich.“ (P 5/312)

Abgesehen von der ärztlichen Versorgung sollte nach Auffassung des Ärztlichen Direktors die aktivierende Pflege dieselbe sein wie im Behandlungsbereich, also mit allen aktivierenden Faktoren, Beschäftigungstherapien und anderen anregenden Therapien ausgestattet sein. Leider sei es häufig jedoch so, „daß die Patienten einfach inaktiv herumsitzen müssen“. (P 5/313)

Auf einer 30-Betten-Station mit zwei Drittel schwerstpflegebedürftigen Patienten, altgewordenen Schizophrenen, die so schwer pflege- und versorgungsbedürftig seien, daß sie nicht in Heime „irgendwelcher Art“ verlegt werden könnten, sei nicht mehr als die Grundpflege (Kleiden, Ernähren, Hygiene und Sauberkeit) möglich. Im übrigen gebe es gerade einmal in der Woche Gymnastik und sonst versuchten die Schwestern ein bißchen mit den Patienten zu singen oder ähnliches zu machen. „Aber im Regelfall sind diese Patienten halt inaktiv. Und das ist bei dem vom Landeswohlfahrtsverband zugestandenen Pflegesatz, der mit dem von Winnenden gekoppelt ist, von 111 DM im Rahmen einer Klinik, wo ja auch die Basiskosten, die fixen Kosten, da sind, nicht anders möglich.“ (P 5/314)

Auf Frage bestätigte der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Linden, daß „bei der jetzigen ärztlichen und therapeutischen Versorgung eine Dauerhospitalisierung nicht auszuschließen ist“ (P 5/315). Auf weitere Frage bestätigte der Zeuge „mit einem klaren Ja“, daß nach seiner Auffassung durch den Mangel an Pflegefallbetreuung Heilungschancen „vermindert“ würden (P 5/317). Auf Frage nach den Komplementärdiensten antwortete Prof. Dr. Linden:

„Da wären die Körpertherapien notwendig. Da wäre Unterhaltung, Anregung, persönliche Zuwendung, mit Kochtherapie, also die ganze Palette des strukturierenden Alltagslebens (Anm.: erforderlich). Darauf kommt es ja an.“

Ich bin heute morgen noch durch unsere Station gegangen. Das war so: Die wenigen, die aus der Station herausgehen können, laufen halt irgendwo im Gelände oder sitzen in der Eingangshalle herum. Und die anderen hocken da. Die Schwestern können nicht mehr machen.“ (P 5/318 b)

(4) Therapeutische Maßnahmen

Die „Leitlinien zur Arbeitstherapie in der Psychiatrie“ vom 28. Juni 1984 sind das Ergebnis einer Arbeitsgruppe des Sozialministeriums. Unter V. 2 dieser Leitlinien heißt es unter der Überschrift „Verwirklichung einer rehabilitationsorientierten Arbeitstherapie“:

„Eine angemessene strukturierte Personalausstattung (längerfristig zum Beispiel auf dem Niveau des Trainingsbereiches der Werkstätten für Behinderte); die Anerkennung entsprechender Personalschlüssel durch die Kostenträger ist dafür Voraussetzung.“

Der Stellv. Ärztliche Direktor des PLK Reichenau, Dr. Faulstich, bezeichnete diese Leitlinien als „sehr verdienstvoll, sehr progressiv, eine der wenigen therapeutischen Anregungen, die von unserem Krankenträger in den letzten Jahren zu uns gelangt sind“. (P 5/266)

Sie hätten die dort „geforderte“ Personalausstattung entsprechend den Werkstätten für Behinderte umgerechnet für die Patienten im PLK Reichenau. Eine Personalausstattung entsprechend dieser Leitlinien erforderte 38 oder 40 Vollkräfte in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Real seien es dagegen 13,5 für Behandlungs- und Pflegebereich zusammen. Im Rehabilitationsbereich und gerade im Pflegefallbereich sei noch ein deutlicher Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapieplätzen da, „der durch das vorhandene Angebot nicht gedeckt ist. Da wären zusätzlich Stellen erforderlich“. (P 5/267)

Es wurde bereits oben erwähnt, daß Dr. Faulstich bekundet hat, mit der pflegerischen Besetzung sei eine Therapie nicht möglich, die darauf eingehen würde, daß die Patienten mit ihrer extremen Verweildauer schon erhebliche Hospitalismusschäden aufwiesen. (P 5/258)

Diese Aussage wurde von einem Mitglied des Untersuchungsausschusses unwidersprochen dahin interpretiert, daß „innerhalb der Langzeitabteilungen keine Therapie stattfindet, die den Patienten die Chance geben würde, aus dieser Langzeit-Krankenhausituation herauszukommen“. (P 5/265)

Pflegedienstleiter Upahl vom PLK Winnenden berichtete über die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, daß sie große Einrichtungen für etwa 160 Patienten maximal hätten, wofür etwa 14 Mitarbeiter zur Verfügung stünden. Erforderlich wären aber insgesamt über 20 (P 5/304). Mit dem Landeswohlfahrtsverband sei verhandelt worden, und man habe in diesem Jahr auch einen Personalzuwachs von 5,5 Stellen im Pflegebereich erhalten.

Auf die Frage, ob sich die therapeutisch aktivierende Behandlung nach der Trennung von Behandlungs- und Pflegefall verbessert oder verschlechtert habe, antwortete der Zeuge:

„Nach der Trennung, muß ich sagen, hat sich die Betreuung und Aktivierung der sogenannten Pflegefälle zumindest nicht verbessert. Ich will nicht sagen, daß sie sich gravierend verschlechtert hat – sie war auch vorher nicht so sehr großartig – aber zumindest nicht verbessert hat.“ (P 5/305)

Haltung des Landeswohlfahrtsverbandes

Auf die geschilderten personellen Engpässe angesprochen, erklärten die Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern, sie seien nur für die Rahmenbedingungen verantwortlich, und diese Rahmenbedingungen seien gegeben (P 5/324); ob die dadurch ermöglichten Verbesserungen tatsächlich bei den Patienten ankämen, sei Sache des Krankenträgers (aaO).

Auf den Vorhalt eines Ausschußmitgliedes, daß „Menschen um ihre Heilungschancen aus Personalfragen ‚betrogen würden‘“, erklärte Verbandsdirektor Becker:

„Die Bedingungen muß man immer etwas objektivieren. Sicher, ich kann mir vorstellen, daß Betroffene, Ärzte, eine andere Sicht haben. Aber ich bin nun auch Träger einer solchen Einrichtung für seelisch Behinderte in Ellwangen, eine Einrichtung, die sicherlich nicht zu den kleinsten im Lande gehört mit mindestens 280 Betten. Dort haben wir auch alles, quer durchgehend. Nur eines haben wir nicht: Wir haben schon heute nicht die hohen Pflegesätze wie im Bereich der Psychiatrie, und zwar im Pflegefallbereich. Wir – und das können wir mit Fug und Recht sagen – führen dort eine aktivierende Pflege durch. Da muß ich mich fragen, woran es dann (Anm.: in den PLK) liegt.“

(P 5/330)

Auf Nachfrage bekräftigte Verbandsdirektor Becker, daß im Behindertenheim Ellwangen „das gleiche Klientel“ sei wie in den PLK. So sei etwa der größte Teil der früheren Pflegefallpatienten aus dem PLK Weinsberg nun im Behindertenheim Ellwangen, wo der Pflegesatz unter 110 DM sei, während er in den PLK zwischen 120 und 140 DM liege. Es gäbe auch andere Einrichtungen, von denen man sagen könne, daß eine aktivierende Pflege für weniger Geld auch möglich sei. (P 5/332)

Abteilungsleiter Dr. Jopen vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern war der Auffassung, mit den vom LWV gewährten Pflegesätzen könnten die PLK eine gleichqualifizierte Betreuung und Rehabilitation im Pflegefallbereich machen, wie es die privaten Träger tun (P 5/388). Auch Dr. Jopen verwies darauf, daß es nur Aufgabe des Kostenträgers sei, dafür zu sorgen, daß die Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen da sind, während die Konzepte von den Einrichtungen selbst entwickelt werden müßten. (P 5/377)

Ergänzend verwies der Zeuge darauf, der vereinbarte Personalschlüssel enthalte für Sonderdienste und Funktionsdienste einen Personalschlüssel von 1 : 20. In diesem Umfang solle Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie in den Einrichtungen stattfinden. In diesem Umfange sollten auch weitere Maßnahmen zur Verselbständigung durchgeführt werden.

Darüber hinaus hätte der LWV schon zu Beginn der Verhandlungen mit dem PLK Weißenau vereinbart, oberhalb dieses Schlüssels auch das zusätzliche Personal für eine Werkstatt für Behinderte anzuerkennen. Der Landeswohlfahrtsverband sei auch grundsätzlich daran interessiert, daß solche Werkstätten auch in den anderen PLK entstünden. Sie sorgten für einen strukturierten Tagesablauf, sie könnten vor allen Dingen auch eine Stütze sein für bereits aus dem PLK ausgegliederte Personen, die dann als Externe, möglicherweise in einer Wohngemeinschaft lebend, in eine derartige Werkstatt gingen.

Der Landeswohlfahrtsverband Baden habe mit dem PLK Wiesloch die Einrichtung sogenannter Reha-Gruppen vereinbart, in denen die Gruppen trainiert werden sollen auf das Leben außerhalb der PLK. Da würden Musiktherapeuten, Ergotherapeuten, ein Psychologe beschäftigt sowie weitere Mitarbeiter des sozialen Dienstes.

Auch die beiden PLK Bad Schussenried und Zwiefalten hätten sich wegen ähnlicher Einrichtungen an den Landeswohlfahrtsverband gewandt. Der Landeswohlfahrtsverband sei auch grundsätzlich bereit, dies zu fördern, weil er die Auffassung vertrete, der Pflegefallbereich sei unverzichtbar, solle aber auch so klein wie möglich gehalten werden. Es sollten dort keine Personen leben, die auch in außerklinischen Einrichtungen leben könnten. (P 5/377 f.)

Zu dem angesprochenen Behindertenheim Ellwangen teilte der Zeuge mit, daß der Landeswohlfahrtsverband in Ellwangen eine „ganz umfassende Werkstatt“ habe und daß etwa zwei Drittel aller Personen in die Werkstatt gingen. Dr. Jopen bekundete ferner: „Sie können aber Ellwangen sicher nicht vergleichen allein mit den PLK-Pflegefallbereichen, sondern es kam uns damals bei der Auswertung darauf an, daß wir gerontopsychiatrische Einrichtungen nehmen, daß wir auch eine Einrichtung nehmen wie Ell-

wangen, die ja noch erst kürzlich gewachsen ist, aber auch eine relativ junge Gruppe hat und daß wir auch solche Einrichtungen nehmen, in denen Personen sind, die auf Dauer, auch jüngere Patienten, die auf Dauer wohl einer stationären Versorgung bedürfen. (P 5/378)

In einer dem Untersuchungsausschuß vorgelegten schriftlichen Auskunft vom 25. September 1987 gab der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern nach dem internationalen ICD-Schlüssel an, welche Patienten sich in Ellwangen befinden. Insgesamt sind es 282 psychisch Kranke mit den verschiedensten Diagnosen von Alkoholpsychosen und Alkoholdemenz über senile und präsenile Psychosen, Olygophrenien, Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bis zu Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane. Insgesamt 17 Personen hätten den Heimbereich nach Hause, in Wohngemeinschaften oder in die Rehabilitationsgruppe verlassen können. Darüber hinaus seien 17 weitere Personen in andere Einrichtungen, darunter auch PLK, verlegt worden. Unter den 17 anderweitig aus Ellwangen entlassenen Patienten seien Personen aus sämtlichen Gruppen vertreten. Bei den 17 Patienten, die nach außen entlassen worden seien oder darauf vorbereitet würden, handele es sich vorwiegend um Personen mit Psychosen, organischer, schizophrener und affektiver Art sowie um Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Das Behindertenheim Ellwangen führe derzeit eine Warteliste mit über 40 vorgemeldeten Personen. Beleger seien dabei die PLK Weinsberg, Winnenden, Bad Schussenried, Zwiefalten, die Landeslinik Nordschwarzwald sowie weitere Psychiatrische Krankenhäuser oder Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen.

Zu der damit aus Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes belegten Vergleichbarkeit der Patienten im Behindertenheim Ellwangen mit Kranken in den PLK sind allerdings einige Einschränkungen zu beachten. So hat der Ärztliche Direktor der Landeslinik Nordschwarzwald, Prof. Dr. Linden, ausgeführt, ohne speziell auf das Heim in Ellwangen einzugehen:

„Ich denke, daß gerade der Vergleich mit den Heimen der Landeswohlfahrtsverbände diese Probleme (Anm.: mit den Kriterien zur Einteilung in die Pflegestufen) aufgeworfen hat, auch nochmal deutlich gemacht hat, daß das, was in einem Heim des Landeswohlfahrtsverbandes, einem gängigen Pflegeheim, als ‚schwer‘ eingestuft wird, in den Landeskliniken noch als ‚leicht‘ gilt. Und dadurch sind sicher Mißverständnisse und Diskrepanzen aufgetaucht.“ (P 5/318 a)

Mit Rücksicht auf den umfassenderen Versorgungsauftrag und die gesetzliche Aufnahmepflicht der PLK wäre es vorzuziehen, wenn die PLK ähnlich wie im Behandlungsbereich die schwerkranken Patienten aufnehmen und die Pflegefälle mittlerer und leichter Pflegebedürftigkeit in Heimen untergebracht würden. Soweit dies nicht der Fall sein sollte, wäre eine Anpassung an diesen Grundsatz sicher wünschenswert. Auch die Problematik der Rückverlegungen (vgl. auch P 5/323 b) von Heimen in PLK, wie sie letztlich auch Verbandesdirektor Becker in seinem Schreiben erwähnt hat, spricht für Unterschiede in der Pflegebedürftigkeit zwischen den PLK-Pflegefällen und den außerstationären.

(5) Krankenhilfe

Nach § 6 Abs. 2 der Pflegesatzvereinbarung für Pflegefälle fordern die PLK die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auf, Krankenhilfe für Pflegefallpatienten zu gewähren. Dabei geht es um die vorübergehende Behandlung von Krankheiten, die nicht von dem Pflegefallzustand erfaßt sind.

Hierzu hat Verbandsdirektor Becker eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Aussicht gestellt, „wenn die Krankenkassen endlich verpflichtet werden können, ihrer Kostentragungspflicht für die ambulante Krankenhilfe nachzukommen“ (P 5/325). Ein Gutachten hätte mittlerweile in rechtlicher Hinsicht den Durchbruch bewirkt, und der Ministerialdirektor

des Sozialministeriums hätte die Landeswohlfahrtsverbände in den Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen nachhaltig unterstützt. Im übrigen sei die ärztliche Versorgung schon jetzt natürlich in den Kosten für den Pflegefallbereich berücksichtigt, etwa der Leiter der Einrichtung mit einem Schlüssel von 1 : 4. Außerdem decke die Arztpauschale von 7 DM pro Tag und Bewohner einen Personalschlüssel von 1 : 50 für die Ärzte sowie 1 : 50 für das ärztliche Hilfspersonal bereits jetzt (P 5/328). Es sei durchaus möglich, daß die 7 DM Pauschale insgesamt gesehen für den Sachaufwand und für den ärztlichen Aufwand zu gering sei. Dies solle jetzt untersucht werden. In einem ersten Versuchsstadium ginge der Landeswohlfahrtsverband davon aus, daß sich eine Verbesserung auf etwa 10 DM oder möglicherweise mehr ergeben werde. Aber auch jetzt sei es im Pflegebereich schon möglich, ärztliche Stellen vorzuhalten. (P 5/329)

(6) Trennung von Behandlungs- und Pflegefallpatienten

Angesprochen auf die Frage der Trennung zwischen Behandlungsfällen und Pflegefällen bemerkte der Zeuge Dr. Jopen:

„In den Verhandlungen, die wir geführt haben, haben wir immer Wert darauf gelegt, daß eine absolute Trennung nicht erforderlich ist. Selbstverständlich gibt es Grenzfälle zwischen Pflege und Behandlung, und diese Grenzfälle müssen auch so behandelt werden. Aber man kann nicht die einzelnen Grenzfälle zum Maßstab für die gesamte Gruppe nehmen. Die gesamte Gruppe der Pflegefälle, die zum Teil 5 und 15 Jahre in diesen Einrichtungen sind, unterscheidet sich doch eben maßgeblich von Personen, die vier oder fünf Wochen in ein Krankenhaus kommen.“ (P 5/376)

Der Kostenträger begrüßt die Trennung, weil sie einen Neubeginn hinsichtlich des Pflegesatzes und des Konzeptes ermöglicht habe. Verbandsdirektor Becker wies die in der Trennungsdiskussion vertretene Auffassung zurück, wonach der Pflegefall dasselbe Maß an Betreuung brauche wie etwa der Behandlungsfall. Dies sei zu sehr vereinfacht: Der therapeutische Aufwand und Einsatz dürfte nach Ansicht des Landeswohlfahrtsverbandes bei einer vier- bis sechswöchigen Krankenhausbehandlung anders zu werten sein als bei einem fünf- oder zehnjährigen Aufenthalt im Pflegebereich. Da niemand eine ausnahmslose, im Einzelfall den therapeutischen Erfordernissen widersprechende Trennung verlangt habe, könnten Grenzfälle sachgerecht berücksichtigt werden. Diese Grenzfälle machten aber nicht die Hauptgruppe der Pflegefallpatienten aus. Erst der in sich abgegrenzte Pflegefallbereich habe die Voraussetzung für eine Weiterentwicklung und Qualifizierung des Pflegefallbereiches geschaffen. (P 5/323 a)

Während Krankenhausträger und Kostenträger einhellig die Trennung zwischen Behandlungsfall- und Pflegefallpatienten befürworten, hält dies der Stellv. Ärztliche Direktor des PLK Reichenau, Dr. Faulstich, für falsch (P 5/252 und 277) und nur für so lange vertretbar, wie die fachlich gebotene Spezialisierung beibehalten und garantiert werden könne. (P 5/279)

Personalratsvorsitzender und Oberpfleger Walter vom gleichen PLK sieht in der Trennung eine zusätzliche Belastung der Patienten und zusätzliche damit verbundene Schwierigkeiten. Beispielsweise seien die Patienten auf die Stationen nach Krankheitsbildern verteilt worden, „und jetzt mußten wir sie plötzlich nach Pflegefall und Behandlungsfall auch noch trennen. Das hat ja mit der Krankheit im allgemeinen nichts zu tun“ (P 5/294). Dies hätte auch zu einer Vielzahl kleinerer und zu besonders personalintensiven Stationen geführt. Man sei dazu „gezwungen“ worden, niemand habe die Trennung gewollt. (P 5/295)

Pflegedienstleiter Uphal aus dem PLK Winnenden kann seit der Trennung zumindest keine Besserung feststellen. Früher seien allerdings die Atmosphäre und die Befindlichkeit der Patienten (P 5/305) besser gewesen, weil die

Stationen gemischt und damit dynamischer gewesen seien (P 5/306). In den fachlichen Anforderungen an die Pflegekräfte bliebe die Pflege „akkurat“ die gleiche „und muß sie ja auch bleiben, denn wir können nicht von einem Patienten, der jetzt plötzlich Pflegefall ist, sagen: ‚Der wird nicht mehr gebadet‘ oder: ‚Der wird nur noch einmal am Tag umgedreht‘. Das geht einfach nicht“. (P 5/309)

Der Ärztliche Direktor der Landesklinik Nordschwarzwald, Prof. Dr. Linden, bezeichnete die Trennung als „umstritten“.

Sie sei aber möglich, wenn die Pflegefälle entsprechend versorgt würden. Dabei müsse man berücksichtigen, daß die Landesklinik Nordschwarzwald keine Klinik mit einer alten Tradition und mit vielen Langzeitpatienten sei. So seien der Landesklinik Nordschwarzwald bei 400 Betten über zwölf Jahre hinweg nur 30 Pflegefälle geblieben.

Langfristig müsse es möglich sein, diese Trennung zu verwirklichen. Sie sei sicher für die sogenannten „old chronics“, die mit anderen Patienten zusammen waren und sich an das Stationsleben gewöhnt hätten, „sicher ein sehr schmerzlicher Einschnitt“, von dem Prof. Dr. Linden meint,

daß die Trennung „sehr behutsam gerade bei diesen Patienten vollzogen werden sollte. Aber prinzipiell halte ich sie für möglich, aber, wie gesagt, unter der Voraussetzung, daß die Versorgung dieser Pflegefälle genauso angemessen ist“. (P 5/317)

(7) Ergebnis

Unbestreitbar sind die finanziellen und organisatorischen Vorteile der Trennung von Behandlungs- und Pflegefallpatienten, wie sie das Sozialministerium und der Landeswohlfahrtsverband geschildert haben.

Aus der Mitte der vor dem Ausschuß gehörten Ärzte erhebt sich zum Teil vehemente Widerspruch. Abgesehen von einzelnen Problemen der Umstellung und der im Einzelfall erforderlichen Behutsamkeit der tatsächlichen Durchführung dürfte es jedoch auch grundsätzliche Nachteile dieser Trennung geben. So leidet das therapeutische Klima unter dem Verlust an Dynamik und auch im übrigen unter der Konzentration der Pflegefälle; so ist auch die Belastung des Pflegepersonals gestiegen.

Andererseits ist nicht vorgezeichnet, daß hier reine „Siechenstationen“ entstehen, und es ist zu fragen, inwieweit die mit der Trennung verbundenen Nachteile aufgewogen werden durch die schon bis jetzt eingetretenen nachhaltigen Verbesserungen im Personalbestand. Auch ist es nicht dem Landeswohlfahrtsverband als Kostenträger anzulasten, wenn zum Beispiel im PLK Reichenau Pflegepersonal von der Pflegefallstation abgezogen wird zur allgemeinen gerontopsychiatrischen Station. Vielmehr haben die Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern mehrfach erklärt und auch konkret belegt, daß der Landeswohlfahrtsverband bereit ist, weitere Verbesserungen zu fördern und zu finanzieren.

In die politische Würdigung der Folgen dieser Trennung im Behandlungsfall- und Pflegefallbereich wird auch einfließen, daß die erreichten und noch zu erwartenden Verbesserungen im Pflegefallbereich ohne die Trennung nicht oder zumindest erst sehr viel später vorstellbar wären.

6. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, welche Zusammenhänge zwischen personeller Situation in den PLK sowie der Zahl der fixierten Patienten und der Isolationszellen bestehen.“

In die Untersuchung wird wegen des Sachzusammenhangs auch die Verabreichung von Psychopharmaka einbezogen.

a) Stellungnahme des Sozialministeriums

Das Sozialministerium hat in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 eine Vertrauensbeziehung zwischen Therapeut und Patient als die Basis jeglicher Behandlung bezeichnet und auf die Bedeutung der „therapeutischen Gemeinschaft“ abgehoben, die die Stationen bilden und bilden müßten:

„Je funktionsfähiger eine therapeutische Gemeinschaft ist, desto eher kann sie drohende und mit körperlicher Gewalttätigkeit verbundene konflikthafte Zuspitzungen meistern. Desto weniger Notfälle entstehen, zu deren Bewältigung die Fixierung als Mittel eingesetzt werden muß.“ (Stellungnahme SM, Seite 197)

Qualifikation, Engagement und therapeutisches Klima sind also wichtige Gesichtspunkte für die Abwendung von Zwangsmaßnahmen.

Das Sozialministerium verweist weiter auf die Abhängigkeit des guten Funktionierens einer therapeutischen Gemeinschaft von einer ausreichenden Personalausstattung und erklärt:

„Tragende menschliche Bindungen in der therapeutischen Gemeinschaft („Halt durch Menschen“) können nur entwickelt werden, wenn für die therapeutischen Tätigkeiten genügend Zeit, also Personal zur Verfügung steht. Auch wenn die personelle Ausstattung der baden-württembergischen PLK in den vergangenen Jahren verbessert wurde, besteht noch immer ein Nachholbedarf.“ (Stellungnahme SM, Seite 197)

Unter Hinweis auf den Strukturwandel und die modernen intensiven Behandlungsweisen kommt das Sozialministerium zu dem Schluß, daß Zahlen über Wechselwirkung von Fixierungen und Personalausstattung „nicht interpretierbar“ wären und folglich auch gilt:

„Zusammenhänge zwischen personellen Engpässen und der Zahl der fixierten Patienten sind zahlenmäßig nicht darstellbar.“ (aaO)

Mit der Würdigung

„Auf einer Behandlungsstation mit weniger Personal ist mehr Konflikteskalation zu erwarten, die zu Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten führen und so zum Einsatz von Fixierung und Isolierung als letztem Mittel zwingen kann . . . manche Eskalationen sind unter optimalen Personalbedingungen vermeidbar“ (Stellungnahme SM, Seite 198)

spricht das Sozialministerium selbst einen Zusammenhang zwischen Personalbedarf und Zwangsmaßnahmen an.

Hierzu hat der Untersuchungsausschuß in seiner 6. Sitzung vom 22. September 1987 Beweis über die Behauptungen erhoben,

I. daß infolge personeller Engpässe

1. a) die Zahl der isolierten Patienten sowie der im Aufnahme- und Akutbereich fixierten Patienten seit 1. Januar 1982 zugenommen hat
und
- b) keine fachgerechte Isolierung und Fixierung von Patienten erfolgte bzw. erfolgt;
2. zu wenig Sitzwachen bei der Fixierung und Isolierung von Patienten gestellt wurden bzw. werden;
3. die Verabreichung von Psychopharmaka seit 1. Januar 1982 zugenommen hat;

II. 1. daß es den anerkannten Regeln ärztlicher Kunst entspricht, in be-

stimmten psychiatrischen Notfällen im Krankenhaus dämpfende Psychopharmaka zu verabreichen, Fixierungen vorzunehmen und Isolierungen durchzuführen;

2. daß Sitzwachen die unter Ziffer 1 genannten Maßnahmen nicht ausschließen können.

Das folgende Kapitel wird zunächst die Psychopharmaka (b), dann die Fixierungen (c) und schließlich die Isolierungen (d) abhandeln.

b) Psychopharmaka

aa) Allgemeines

Prof. Dr. Dr. Häfner, Universitätsprofessor an der Universität Heidelberg und Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, hat als Sachverständiger drei Hauptgruppen von dämpfenden Pharmaka unterschieden, und zwar

1. die klassischen Beruhigungsmittel
2. Neuroleptika
3. Tranquilizer. (P 5/142)

Hauptwirkung der Beruhigungsmittel ist die Beruhigung, die bis zur Narkose reichen kann und zugleich andere Funktionen des Bewußtseins reduziert. Lange Zeit waren die Barbitursäureverbindungen das klassische Beruhigungsmittel. Ein geringeres Risiko bieten die Nachfolger, Benzodiazepinverbindungen oder Distaneurin. Sie werden hauptsächlich in der Chirurgie angewendet. In der Psychiatrie sind diese schweren Beruhigungsmittel nur selten indiziert (P 5/144). Als Beispielfälle nannte der Sachverständige epileptische Anfälle mit schwerster, nicht kontrollierbarer Unruhe, in denen die Narkose lebensrettend wirke, weil sonst „Anfall auf Anfall folgt“. Schwere postoperative Psychosen, schwere Delirien und die extrem seltene Katatonie, eine bestimmte Form der schizophrenen Psychose, seien weitere Anwendungsfälle der schweren Beruhigungsmittel.

Die zweite Gruppe bilden die sogenannten Neuroleptika mit dem Haupteffekt der antipsychotischen Wirkung. Sie wirken auf exogene und endogene psychotische Symptome und Verhaltensweisen und beseitigen das psychotische Verhalten und die Psychose. Neuroleptika haben Nebeneffekte, zu deren bedeutendsten eine unterschiedlich starke Beruhigung zählt (P 5/143). Diese beruhigende Nebenwirkung ist in der Regel unerwünscht. Sie ist ausnahmsweise dann erwünscht, wenn es darum geht, die mit einer Psychose verbundene „übersteigerte Aktivität“ herunterzuregulieren, soweit sie für den Kranken und die Umgebung ein Risiko darstellt; sie ist oft auch „subjektiv überaus belastend“. (P 5/145)

Eine in jedem Fall unerwünschte Nebenwirkung der Neuroleptika in der zweiten Gruppe ist die Steifigkeit der Muskulatur: „Das ist ein Effekt, der Kranke, wenn sie hohe Dosen dieser Medikamente bekommen, steif, behindert, gebunden wirken läßt und einen Eindruck macht, der von innen und außen durchaus negative Züge tragen kann.“ (P 5/143)

In der dritten Gruppe finden sich die Tranquilizer, in der Regel sind es Benzodiazepin-Verbindungen. Ihr Haupteffekt ist die Reduzierung von Angst und Spannung und die Heruntermodulation, die Heruntersteuerung vegetativer Funktionen, wie Puls, Blutdruck und Erregbarkeit der inneren Organe. Ihr Hauptanwendungsgebiet ist in den übrigen medizinischen Fächern, sie werden aber auch in der Psychiatrie eingesetzt, um Angst- und Spannungszustände zu behandeln. (P 5/145)

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Häfner resümiert,

„daß dies ein breites Repertoire von medizinischen Instrumenten in der Psychiatrie ist und daß die Komponente Beruhigung in einem schwachen Umfang relativ häufig, ein starker oder schwerer Beruhi-

„... gungseffekt relativ selten erforderlich ist. Aber er ist häufig erforderlich, wenn ein erhöhtes Risiko für den Kranken selbst, etwa bei Selbstschädigung, bei Selbstmordgefährdung, oder für andere besteht.“ (P 5/145)

Auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Schmitt, Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychologische Medizin in Saarbrücken, bestätigte die dämpfende Nebenwirkung der antipsychotischen Pharmaka (Neuroleptika, zweite Gruppe):

„... sie wirken auch unmittelbar in die abnorm veränderten Erlebnisqualitäten und Verhaltensweisen ein, ohne daß das nur und ausschließlich primär über eine Dämpfung geht. Aber in der Regel ist eine Dämpfung mit dabei, die ja auch bei diesen hocherregten Patienten initial durchaus erwünscht ist.“ (P 5/191)

Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Prof. Dr. Reimer, wies ergänzend darauf hin, daß diese Präparate generell „außerordentlich gut verträglich“ seien. Außerdem sei der Mißbrauch von Tranquilizern (Benzodiazepin) nahezu ausgeschlossen, weil „man sich mit denen kaum mehr umbringen kann“, womit auch ein Schutz vor Selbstmorden gegeben sei. Demgegenüber sei früher eine Barbituratvergiftung „eine echte Katastrophe“ gewesen. (P 5/108)

Der Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, erwähnte am Rande, daß man versuche, die Verordnung von Psychopharmaka wegen der in den letzten zehn Jahren bemerkten Nebenwirkungen einzuschränken. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Dörner, Ärztlicher Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh, hat die Nebenwirkungen von Psychopharmaka als bekannt vorausgesetzt und auf ein Urteil des OLG Hamm vom 23. September 1981 (3 U 50/81) verwiesen (P 5/167). In diesem Urteil ging es um einen Fall, in dem das Landgericht als Vorinstanz festgestellt hatte,

„daß an Patienten Medikamente (insbesondere nachhaltig wirkende Psychopharmaka) über längere Zeiträume hinweg verabreicht worden seien, ohne daß die von den Herstellern wegen möglicherweise schädigender Nebenwirkungen für notwendig gehaltenen Kontrolluntersuchungen durchgeführt worden seien. ...“

Nach Hinweis darauf, daß die von den Herstellern für notwendig gehaltenen Kontrollen „infolge fahrlässiger Oberflächlichkeit“ oder „Großzügigkeit“ nicht durchgeführt worden seien, setzte das Gericht fort:

„Dem Gericht ist bekannt die . . . persönlichkeitszerstörende Wirkung von Psychopharmaka, wenn diese nachhaltig und über einen längeren Zeitraum hinweg eingenommen werden.“

Dieser Extremfall, in dem außerdem die notwendige Aufklärung über die Wirkungen der Therapie versäumt wurde (Seite 8 des Urteils), ist mit Rücksicht auf die einhellige positive Bewertung der Psychopharmaka seitens der gehörten Zeugen und Sachverständigen einer Verallgemeinerung nicht zugänglich.

bb) Unverzichtbare Heilmittel

Psychopharmaka sind unverzichtbare Heilmittel und aus der modernen Psychiatrie nicht wegzudenken. In vielen Fällen bereiten sie erst den Boden für eine Therapie (Prof. Dr. Dr. Schmitt, P 5/191). Als „hochspezifische Heilmittel“ hat sie der Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, bezeichnet (P 5/62), und der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Prof. Dr. Reimer, wertet sie als „großen Segen“ und „gewaltigen Fortschritt“ (P 5/109). Der Ärztliche Direktor der Landesklinik Nordschwarzwald, Prof. Dr. Linden, hat als Vorsitzender des Vereins der Baden-Württembergischen Krankenhauspsychiater e. V. in einem Schreiben an den Untersuchungsausschuß zur Behandlung mit Psychopharmaka ausgeführt:

„Hier wird unseres Erachtens in der Diskussion zu wenig beachtet, daß Psychopharmaka nicht generell nur Dämpfungsmittel sind. Sie sind hochspezifische Heilmittel, einige von ihnen dienen einer notwendigen Dämpfung, sie können aber auch generell zur Dämpfung eingesetzt werden. Es besteht kein Zweifel darüber, daß solche Dämpfungen über die Heilwirkung hinaus manchmal durchaus notwendig werden, wenn die ausreichende personale Zuwendung fehlt. Im übrigen aber sind die Psychopharmaka, wie bereits betont, heute unentbehrliche Heilmittel, die häufig erst die Basis zu weiteren therapeutischen Maßnahmen schaffen.“

Hierzu hat der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, geäußert:

„Das kann ich nur so unterschreiben, wie es da steht.“ (P 5/32)

cc) Verbrauchsmenge

Über das PLK Weißenau hat der Ärztliche Direktor, Prof. Dr. Hole, ausgeführt, daß vor allem in der Geriatrie (P 5/4) und an Wochenenden (P 5/11) der Gebrauch von Psychopharmaka zugenommen habe. Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg bejahte eine Zunahme des Psychopharmakaverbrauches, die nicht nur damit zusammenhänge, „daß das Personal weniger geworden ist, aber auch relativ weniger geworden ist, sondern das hängt auch etwas damit zusammen, daß die Patienten schwerer krank sind, geworden sind zum Teil, daß die Ärzte jünger geworden sind. Das heißt, wir haben gerade so eine Zeit, wo wir sehr viele in Ausbildung befindliche Doktores haben, die dazu neigen, aus Ängstlichkeit – wenn ich das mal so sagen darf –, zum Teil auch aus Unerfahrenheit etwas mehr Medikamente vielleicht zu verordnen, als bei sehr kritischer Würdigung notwendig ist. Aber im wesentlichen muß man schon sagen, daß der Psychopharmakaverbrauch zunimmt, wenn eine Station personell schlecht besetzt ist. Paradebeispiel ist Barsaglia, Triest. In der Zeit, wo dort das Krankenhaus von Personal weitgehend entblößt und aufgelöst wurde, stieg der Psychopharmakaverbrauch ins Grotteske. Das ist ganz gut untersucht worden übrigens.“ Auch sei auf einer wissenschaftlichen Tagung zum Thema Medikamentenmißbrauch bei psychisch Kranken festgestellt worden, daß in einem Zeitraum von zehn Jahren ein bestimmtes Medikament plötzlich hoch dosiert worden sei, ohne daß dafür irgendwelche Gründe vorgelegen hätten außer denen, daß man in anderen Zeitschriften darüber gelesen habe, daß die Dosierung jetzt höher erfolgen solle. (P 5/106)

Die Zunahme des Verbrauchs an Psychopharmaka ist aus verschiedenen Gründen schwer in Zahlen zu fassen. So bestätigte der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, die Auffassung des Sozialministeriums,

„daß das natürlich statistisch gewissermaßen in Mengen Psychopharmaka, Milligramm oder Kilo, nicht darzustellen ist, weil ja diese Bewegung im Arzneimittelverbrauch zum Teil ganz andere, grobe Mechanismen hat. Das hängt schon mit den Preisentwicklungen und allem möglichen zusammen . . .“ (P 5/10)

Der Geschäftsführende Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, gab an, das PLK Wiesloch habe seit 1983 30 % mehr Geld für Psychopharmaka ausgegeben, allerdings bei nur unwesentlichen Preissteigerungen. Er könne nicht exakt sagen, was das bedeute. „Wir haben in diesem Jahr 10 % mehr Zugänge gehabt als im Jahr davor“ (P 5/63), womit der Zeuge auf die Praxis hinwies, zu Beginn der Behandlung einen Teil der Patienten zunächst ruhig zu stellen: Damit muß sich die steigende Zahl der Aufnahmen in einem steigenden Verbrauch an Psychopharmaka niederschlagen.

Aufgrund der schon dargestellten Nebenwirkungen gibt es gegenläufige

Entwicklungen, nämlich einen Trend zur geringeren Dosierung (Prof. Dr. Hole, P 5/33; Dr. Middelhoff, P 5/61).

dd) Psychopharmaka und Personalbesetzung

Prof. Dr. Hole hat über das PLK Weißenau bekundet:

„... vermehrt sedierende Psychopharmaka angewandt werden mußten, um Unruhezustände, Suizidalität, Angstzustände, Aggressivität herabzudrücken, und zwar – das ist jetzt der wichtige Punkt, um den es hier geht – nicht da, wo es an sich psychiatrisch indiziert und notwendig ist ..., sondern aus stationsorganisatorischen Gründen. Wenn zuviel Unruhe auf einer Station ist, dann stört das das Milieu so sehr, daß wir die einzelnen Patienten, die so unruhig sind, entsprechend herausnehmen müssen oder aber sedieren oder isolieren müssen. Die psychopharmakologische Sedierung ist dann natürlich das probate Mittel, das sehr naheliegt.“ (P 5/10)

Außerdem seien gerade in der Gerontopsychiatrie, „wo wir eigentlich mit Psychopharmaka viel vorsichtiger umgehen müssen, aus verschiedenen, rein körperlich-medizinischen Gründen“, vermehrt sedierende Psychopharmaka verbraucht worden, und der Zeuge folgerte: „Das deutet darauf hin – das ist in anderen Häusern auch so, das weiß ich –, daß, um die Stationsruhe einigermaßen herzustellen, vor allem nachts bei einzelnen Patienten Pharmaka gegeben werden, obwohl sie nicht indiziert wären. Sie sind also gewissermaßen wegen der anderen indiziert, wegen der Stationsruhe, weil da vielleicht nur eine Nachtwache da ist, weil ja auch die Gesamtatmosphäre therapeutisch in einem handhabbaren Rahmen sein muß. Dieser Zusammenhang ist eindeutig und läßt sich vor allem auch wiederum an einzelnen Fällen sehr deutlich machen.“ (P 5/10)

Wie Prof. Dr. Hole weiter mitteilte, sei „nach den Erfahrungen einer moderneren Psychotherapie ... ein erheblicher Teil dieser Zustände durch personelle Zuwendung oder auch nur Beaufsichtigung, aber vor allem durch personelle Zuwendung“ abwendbar. Wahrscheinlich sei folgender Zusammenhang mit der Verkleinerung der Stationen: Als die Stationen Größen von 40 bis 60 Patienten und auch die doppelte Zahl von Pflegepersonal und Ärzten hatten, hätte es sich nicht so sehr ausgewirkt, wenn einige ausfielen. Aber wenn es dann nur noch zehn Pflegekräfte seien und zwei davon für die Nachtwache verbraucht würden und von den anderen nochmals drei ausfielen, dann sei das „nicht mehr handhabbar“. Gerade an den Wochenenden gäbe es Situationen, auch auf den Akutstationen, daß vielleicht eine examinierte Vollkraft und eine Schülerin und irgendein Helfer „die Station umtreibt. Und dann wird eben sediert“. (P 5/11)

Die „letzte Konferenz“ (Anm.: gemeint ist die Bundesdirektorenkonferenz der Leiter von Psychiatrischen Krankenhäusern) hätte mit Ärzten, Psychologen und Oberärzten bestätigt, daß sie mehr Fixierungen und Sedierungen machten, als es nötig wäre und als man gemacht habe, als man mehr Leute auf der Station gehabt hätte. Mit den Worten „dieser Zusammenhang ist also tendenziell da“ beendete Prof. Dr. Hole dieses Thema. (P 5/24)

Auch Prof. Dr. Dr. Schmitt aus Saarbrücken sah einen „gewissen Zusammenhang“ zwischen Psychopharmaka und der Personalsituation (P 5/192). Vor allem gäbe es eine „Relation zwischen Personal und der Höhe oder der Dauer der Höhe der Neuroleptika-Medikation. ... Das entspricht auch allgemeinen Erfahrungen, wobei also nicht nur Faktoren wie Personalmangel ... eine Rolle spielen, sondern überhaupt die Räume. Milieutherapeutische Faktoren sind entscheidend. Das Milieu, die Atmosphäre in der Psychiatrie ist also außerordentlich wichtig. Und die Atmosphäre wird natürlich vom Personal getragen, ist aber nicht nur eine Frage der Zahl des Personals; auch der Qualität des Personals, der Erfahrungen des Personals, der Art und Weise, wie das Personal, jetzt ganz global gesagt, mit den psy-

chisch Kranken umgeht, aber natürlich auch eine Frage der Räume.“ (P 5/193)

Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg bekundete „im wesentlichen“, daß „der Psychopharmakaverbrauch zunimmt, wenn eine Station personell schlecht besetzt ist“. (P 5/105)

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Dörner aus Gütersloh führte aus:

„Aber es besteht keine Frage, daß, wenn die Zahl der anwesenden Personen auf der Station unter ein gewisses Minimum sinkt, daß dieses kompensiert wird mit einem Mehr an Psychopharmaka. . . . Es ist einfach die Angst des Personals, insbesondere des Pflegepersonals, die den Arzt dazu zwingt. . . . Und dann kommt ein Faktor hinzu . . . die zunehmende Verweiblichung des Pflegepersonals. . . ., so daß wir oft einen Patienten in Gütersloh beispielsweise verlegen müssen nur deswegen, weil wir wissen, daß da nachts nur zwei Schwestern Wache machen und wir das weder dem Patienten noch den Mitpatienten noch den Schwestern zumuten können.“ (P 5/179)

Der Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, „möchte doch vorsichtig behaupten und die Hypothese aufstellen, daß das wohl auch damit zusammenhängt, daß man, weil man nicht genügend Personalausstattung hatte, auch vermehrt zu Psychopharmakagaben greifen mußte, wobei ich wiederum sagen möchte: nicht nur dämpfende Psychopharmaka“. (P 5/63)

Nach den Angaben des Zeugen Dr. Middelhoff (P 5/63) wurde folgende Tabelle erstellt:

Anteilige Ausgaben für Psychopharmaka im PLK Wiesloch

	Tabletten Dragée- kapseln (25 häufigste)	Infusionen/ Tropfen (15 häufigste)	Injektionen/ Infusionen (15 häufigste)
1. Innere Medizin (alle Medikamente)	19 %	37,4 %	23 %
2. Stark antipsychotisch, gering dämpfend	7,9 %	46 %	53 %
3. Mittelpotente Anti- psychotika	19 %	o. A.	o. A.
4. Dämpfende Neuroleptika	ca. 25 %	12 %	13,8 %
5. Antidepressiva	4 %	o. A.	9 %
6. Epilepsiemittel	6,6 %	o. A.	o. A.

Gegenstand der Beweisaufnahme ist die vierte Gruppe, dämpfende Neuroleptika.

Im Jahresbericht 1986 der Landesclinik Nordschwarzwald schreibt Dr. Gündel über die Gerontopsychiatrie auf Seite 21 über die Multimorbidität bei Schwer- und Schwerstkranken, „die zum Teil ständigen persönlichen Kontakt benötigen (zum Beispiel Psychosen, Verwirrte), wenn man sie nicht mangels qualifiziertem Pflegepersonal durch übermäßige Medikation ‚ruhigstellen‘ will, was teilweise schon der Not gehorchend praktiziert werden muß. Neben den vermehrten Kosten führt dies zu einem un-

würdigen Dahindämmern und körperlicher Anfälligkeit mit entsprechend ‚hausgemachtem‘ Pflegeaufwand (Betten, Waschen, Essen geben).“

Ebensowenig wie die anderen Ärzte macht Dr. Gündel Angaben, wie oft und mit welcher zeitlichen und dosierenden Intensität es vorkommt, daß aus Personalnot die gegenüber der persönlichen Betreuung schlechtere Therapieform der Medikation gewählt wird.

ee) Kein Vollstopfen der Patienten mit Psychopharmaka

Auch wenn nicht geklärt werden konnte,

- wie oft
- wie lange
- mit welcher überschüssigen Dosierung

Ärzte aus Personalmangel und anderen Gründen einzelnen Patienten Medikamente verschreiben, die bei besserer personeller Ausstattung therapeutisch nicht angezeigt wären, so läßt sich doch noch eine weitere Aussage machen: Selbst in diesen Fällen werden die Patienten nicht mit Psychopharmaka „vollgestopft“. Dies haben auf entsprechende Nachfrage folgende Zeugen festgestellt:

- Prof. Dr. Hole, PLK Weißenau (P 5/31)
- Prof. Dr. Reimer, PLK Weinsberg (P 5/109) mit dem Zusatz: „Personalmangel wird ersetzt durch Pillenkeule? Das ist nicht richtig.“ (P 5/112)

Darüber hinaus darf angenommen werden, daß die Zeugen und Sachverständigen, die einen Zusammenhang zwischen personeller Besetzung und Psychopharmaka in weniger eindeutiger Weise herausgestellt haben, die in Presseberichten zuweilen wiedergegebene Auffassung vom „Vollstopfen von Patienten mit Psychopharmaka“ ebenfalls rundweg ablehnen würden.

c) Fixierungen

aa) Arten und Wirkungen

Fixieren heißt zunächst nichts anderes, als einen Patienten festzubinden, damit er sich nicht von der Stelle bewegt und sich oder andere gefährdet. „Enorme Unterschiede“ gibt es beim Fixieren nach Aussage des Zeugen Dr. Middelhoff, humanere und weniger humane Methoden. Wie der Zeuge Dr. Middelhoff weiter ausführte, hat das PLK Wiesloch ein Hamburger System namens Seccofix eingeführt:

„Das wird auch in der inneren Medizin angewandt, um zum Beispiel bei älteren Menschen Dekubitalgeschwüre (durch längeres Liegen bedingte Geschwüre) zu verhindern. Es wird überall angewandt. . . . es gilt wohl als humanstes System. Da gibt es die Fesselung eines Beines oder beider Beine, eines Armes, beider Arme. Dann gibt es einen Bauchgurt. Und dann gibt es auch eine Möglichkeit, die Schultern zu fixieren. Da kann man jeweils variieren. Man wendet natürlich die Methode an, die am wenigsten eingreift und so kurz wie möglich natürlich. So kurz wie möglich, das heißt, man begrenzt sie. Man kann diese Fixierung auch straff oder locker machen. Da muß das Personal natürlich sehr gut ausgebildet sein. Wenn es schon fixieren muß, dann sollte es mechanisch so fixieren, daß der Patient in seiner Bewegungseinschränkung möglichst wenig leidet, andererseits aber der Zweck der Fixierung erreicht wird.“ (P 5/58)

Aufschluß über die Zusammenhänge, Durchführung und Problematik von Fixierungen gibt eine von Prof. Dr. Hole dem Ausschußvorsitzenden am 23. September übergebene Aktennotiz vom 21. September 1987, die der Bereichsleiter Gerontopsychiatrie im PLK Weißenau, Dr. Kortus, verfaßt hat. Danach wird in jedem Einzelfall geschildert, welche gebrechlichen Patienten mit Bauchgurt oder Seitenbrettern im Bett des nachts fixiert wer-

den, und zwar in der Regel nach vorangegangenen Stürzen mit Verletzungen. Anschließend schreibt Dr. Kortus:

„Zu den nächtlichen Fixierungen, Bettbrettern und Isolierungen ist grundsätzlich folgendes festzustellen: Sie sind zum Teil unwürdig und untherapeutisch, da sie den alten Menschen, der oft noch ausreichend kontinent und sauber wäre, zum Einnässen und Einkoten im Bett zwingen. Damit erhöht sich die Dekubitusgefahr, und Inkontinenz wird gefördert. Das Pflegepersonal tröstet zwar oft ‚das mache nichts‘, ist aber andererseits auch unwillig, wenn ehemals kontinente Patienten einnässen und einkoten. Einer rehabilitativen Therapie wird hier konträr entgegengewirkt.“

Beim Einsatz von mehr Personal, das heißt jedenfalls zwei Nachtwachen pro Station, ließe sich diese Problematik sicherlich verringern.

Zum Fixieren und Isolieren tagsüber: Auch tagsüber werden in der Gerontopsychiatrie immer wieder Patienten fixiert, da sie zu gebrechlich sind, da sie ohne Begleitung nicht sicher laufen können und damit sturz- und frakturgefährdet sind. Ein Teil dieser Patienten wird fixiert oder isoliert, weil sie sich auf der Station störend verhalten, schreiend durch die Gegend laufen, anderen das Essen wegnehmen, die Stationshilfe oder andere Mitarbeiter bei der Arbeit stören.

Diese Sedierungen insbesondere bei Gebrechlichkeit finden sich häufig bei folgendem Circulus vitiosus: Der Patient wird bei uns eingeliefert wegen Unruhe oder wird bei uns durch Situationsänderung unruhig. Therapeutische Konsequenz ist unter anderem Sedierung, oft mit niederpotenten Neuroleptika, die wiederum zu Kreislaufabfall und Antriebsarmut führen. Die dann folgende Gangunsicherheit, Schwindelneigungen, Antriebsarmut beim Essen etc. führen zu weiterer Entkräftung, Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus und erneuten Unruhezuständen. Neben der medikamentösen Sedierung wird dann bald die Fixierung auch tagsüber in einem Sessel fällig, um Stürze, Frakturen und Platzwunden möglichst zu verhindern, falls diese nicht bereits schon aufgetreten sind. Ob durch Sedierung oder Immobilisierung nach Frakturen, in diesem Kreislauf kommt es dann oft zu weiteren Komplikationen, wie Pneumonien, Embolien und schließlich und endlich Tod des Patienten. Dieser Ablauf „passiert“ uns erschütternd oft, es gibt dauernd Patienten, die uns unter den Händen vergehen. Dabei ist offensichtlich, daß mangelnde Mobilisierung und mangelnde Betreuung diesem Prozeß erheblichen Vorschub leisten, zumal bekannt ist, daß auch demente Patienten unter optimaler Betreuung längerfristig bei guter körperlicher Konstitution und Pflébarkeit zu halten sind.“

Gefahren

Die Zeugen und Sachverständigen haben auf folgende Gefahren im Zusammenhang mit Fixierungen hingewiesen. Unruhige Patienten, die nicht zugleich mit Psychopharmaka beruhigt werden, können sich an den Gurten aufscheuern (Prof. Dr. Hole, P 4/7). Prof. Dr. Dr. Schmitt bezeichnete es als möglich, „daß durch eine falsche Fixierung sich irgendwelche Verdrehungen der Gliedmaßen oder Verletzungen ergeben können“ (P 5/206). Prof. Dr. Dr. Häfner wies auf die gegenüber früher heute mehr theoretische Möglichkeit des Mißbrauchs durch das Personal hin. (P 5/142)

Prof. Dr. Dr. Dörner bekundete, daß eine Fixierung nicht nur eine Maßnahme der Freiheitsberaubung sei, „sondern sie ist in hohem Maß auch mit Gefahren verbunden. Und es gibt eine Unzahl von Fällen, wo Menschen sich, um aus der Fixierung herauszukommen, verwickelt haben, sich stranguliert haben, auch mit tödlichem Ausgang. Gerade wir haben in Gütersloh vor drei Jahren einen Fall gehabt, wo trotz eines ordnungsgemäßen Unter-

suchens des Patienten der Betreffende sich Möglichkeiten zum Herstellen von Feuer angeeignet hat, einen Brand verursacht hat und selbst in dem Brand umgekommen ist. Und natürlich wiederum auch sind die Gefahren der psychischen Isolation mit der Fixierung als einer Beraubung der mechanischen Fortbewegungsmöglichkeit verbunden“ (P 5/168). Wenig später ergänzte der Sachverständige: „Wenn man eine Fixierung nicht mit der Isolierung verknüpft, dann wird die Fixierung entweder im persönlichen Bett des Patienten erfolgen oder auch in einem Bett, was dann in den Tagesraum geschoben wird. Wenn aber kein Personal permanent anwesend ist, ist neben den Gefahren, von denen ich schon sprach, natürlich auch immer die Gefahr verbunden, daß ein anderer Patient sich an diesen Patienten heranmacht mit positiven oder negativen Absichten und das Gefahrenpotential sich dadurch wesentlich verstärkt.“ (P 5/170)

Den Aussagen der Zeugen und Sachverständigen ist zugleich zu entnehmen, daß diese Gefahren durch eine fachgerechte Fixierung bzw. durch eine angemessene Betreuung und Überwachung abgewendet werden können; ob darüber hinaus sogenannte Sitzwachen erforderlich sind, wird unter cc (2) zu prüfen sein.

bb) Anwendungen

Der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, nannte Erregungen und Aggressionen als anerkannte Anwendungsfälle und schilderte:

„Es gibt Fälle in unserem Haus, auch in anderen Häusern, daß Patienten gestürzt sind, Alterspatienten, die am Tisch sitzen, selbst gar nicht richtig essen können. Es sind zuwenig Betreuungspersonen da beim Mittagessen. Die Patienten fallen vom Stuhl, brechen sich irgendwelche Knochen. . . . Alles Einzelvorkommnisse, die aber in einer Weise zugenommen haben, daß das einfach alarmierend war. Wir finden dann ja auch an, entsprechend zu alarmieren.“ (P 5/9)

Daraus wird deutlich, daß man der Gefährdung gerade der altersschwachen Patienten bei ganz normalen Vorgängen wie dem Mittagessen entweder durch Anbinden oder durch eine genügende Anzahl von Betreuungspersonen begegnen kann.

Mit Rücksicht darauf, daß Prof. Dr. Dr. Häfner ausgeführt hat,

„Die Sitzwache ist außerdem ein Problem, wenn man eine größere Zahl älterer Menschen hat, die aus dem Bett zu fallen drohen . . . wir benutzen, obwohl wir auf unserer Intensivstation alle Patienten unter Beobachtung haben, dennoch Bauchgurte, weil gelegentlich auch der Sturz aus dem Bett so schnell erfolgt, daß die nicht direkt am Bett sitzende Sitzwache ihn nicht verhindern kann. . . .“ (P 5/150),

läßt sich vorstellen, um wieviel höher die Gefahr plötzlicher Stürze sein muß, wenn die Patienten nicht im Bett liegen, sondern sich auf einem Stuhl sitzend beim Essen bewegen.

Prof. Dr. Dr. Häfner zählte zu den anerkannten Anwendungsfällen die „Abwendung schwerer Risiken für den Kranken selbst und für andere. Und unter körperlicher Fixierung muß man eigentlich verstehen den Ersatz selbstkontrollierten vernünftigen Verhaltens bei schwerer Unruhe oder bei krankhafter Situationsverknennung dann, wenn bessere Methoden nicht anwendbar sind“. (P 5/146)

Der Sachverständige wies ferner darauf hin, daß auch in der Chirurgie, besonders in der operativen Nachbehandlung, die Fixierung „unerlässlich“ sei, wobei die Kranken eher als in der Psychiatrie von der Notwendigkeit der Fixierung zu überzeugen seien. (P 5/146)

Prof. Dr. Dr. Schmitt führte aus:

„Es gehört sicher auch zu den Regeln ärztlicher Kunst, daß man in bestimmten Notfällen in der psychiatrischen Klinik auch heute noch

Fixierungen vornehmen muß. (P 5/190) ... Fixierungen sollten heutzutage nur in absolut unvermeidlichen Notfällen und nur kurzzeitig und nur auf ärztliche Anordnung vorgenommen werden. Ich sehe Indikationen zur Fixierung unter Umständen bei akut erregten deliranten Patienten, etwa im Rahmen eines Alkoholdeliens; da läßt sich in der Tat öfters nicht vermeiden, daß man eine Fixierung vornimmt. Es kann in seltenen Fällen bei einem akut erregten katatonen schizophrenen Kranken erforderlich sein, daß man eine Fixierung vornimmt zusätzlich zur Medikation. Es kann in sehr seltenen Fällen erforderlich sein, auch etwa im Rahmen einer schweren Depression, ... um den Patienten vor sich selber zu schützen. Aber das sollten Ausnahmefälle bleiben. In der Regel können es auch Ausnahmefälle bleiben.“ (P 5/191 f.)

Prof. Dr. Linden führt in seinem Schreiben des Vereins der Baden-Württembergischen Krankenhauspsychiater e. V. an den Untersuchungsausschuß im wesentlichen drei Gründe auf, aus denen in Einzelfällen eine Fixierung notwendig werde: „Höchstgradige Selbstmordgefährdung, hochgradige Aggressivität sowie geistige Verwirrtheit im Alter.“ Bei Selbstmordgefährdeten könne eine Fixierung sicherlich oft durch eine Sitzwache nachts am Bett erübrigt werden.

Dr. Middelhoff vom PLK Wiesloch meinte, daß es „fließende Übergänge sind von einer doch massiven Freiheitsberaubung im juristischen Sinne und einer therapeutisch indizierten Bewegungseinschränkung, um zum Beispiel eine Infusion durchzuführen“. (P 5/54)

cc) Voraussetzungen einer fachgerechten Fixierung

(1) Die Fixierung ist „ultima ratio; das macht man nur, wenn alle anderen Mittel nicht mehr gehen,“ so alle Zeugen und Sachverständigen, insbesondere Dr. Middelhoff“ (P 5/56). Was Dr. Middelhoff unter fachgerechter Fixierung versteht, wurde bereits oben unter aa) ausgeführt.

Für eine fachgerechte Fixierung muß man daher jedem Einzelfall die angemessene richtige Methode wählen, die den Patienten am geringsten belastet, andererseits aber auch die Gefahren effektiv abwendet; sie muß ferner sauber durchgeführt werden. Hierauf hat insbesondere Pflegedienstleiterin Lerch vom PLK Bad Schussenried mit den Worten hingewiesen: „Ich meine mit ‚fachgerecht‘, daß sie korrekt und ordentlich durchgeführt wird technisch“. (P 5/125)

Wie Pflegedienstleiterin Lerch weiter ausführte, gibt es auch die sogenannte Bedarfsfixierung, bei der in einem angelegten Dokumentationssystem vom Arzt erläutert werde, wann der Patient fixiert werden müsse aufgrund seiner Krankheit oder Aggression. Wenn der Patient in diese Situation kommt, könne das Personal fixieren. Aber auch dann gibt es noch eine nachträgliche Entscheidung des Arztes: „Bei der Fixierung muß der Arzt postwendend auf die Station kommen und entscheiden, ob die Fixierung aufrechterhalten wird; er gibt Zeit und Dauer an. Also es wird ebenfalls dokumentiert.“ In einer besonderen Dokumentationsmappe liegt nach Angaben der Pflegedienstleiterin Lerch für jeden Patienten ein Blatt zur Dokumentierung, die vom Arzt kontrolliert und „mit Handzeichen“ (P 5/126) unter seine Verantwortung genommen wird.

Daß zur fachgerechten Fixierung die Entscheidung eines Arztes notwendig und im Zentrum für Psychologische Medizin in Saarbrücken darüber hinaus eine Rückversicherung mit dem zuständigen Oberarzt/Facharzt üblich ist, hat der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Schmitt ausgesagt (P 5/196). Personalratsvorsitzender und Oberpfleger Keicher vom PLK Weinsberg bestätigte, daß Fixierungen in der Praxis ärztlich angeordnet werden. (P 5/132)

Prof. Dr. Dr. Dörner vom Westfälischen Landeskrankenhaus in Gütersloh, erklärte, „daß es den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht, daß eine Fixierung nur dann zulässig ist, wenn sie begleitet wird von einem anwe-

senden Mitarbeiter der jeweiligen Station. Ich glaube nicht mehr, daß man verantworten kann, daß jemand im fixierten Zustand sich selbst überlassen werden kann. Die Gründe für die Gefahren, die sich daraus ergeben, habe ich im ersten Teil (Anm.: vgl. oben „Gefahren“) schon angeführt . . .“ (P 5/170)

Dabei wurde herausgearbeitet, daß man den Personalbedarf für die Betreuung nicht „arithmetisch“ feststellen kann (P 5/188), sondern daß dies vom Einzelfall und den räumlichen Gegebenheiten abhängt.

(2) Zur Erforderlichkeit von Einzelbetreuungen

Prof. Dr. Dr. Dörner hält Sitzwachen, die er lieber als „Einzelbetreuung“ bezeichnet (P 5/169), wie zuvor ausgeführt, bei Fixierungen für erforderlich. Damit geht er über die von Prof. Dr. Hole geäußerte Auffassung hinaus, der von der Erforderlichkeit von Sitzwachen nur im Zusammenhang mit einer Isolierung gesprochen hat (P 5/4). Allerdings hat er das obenangeführte Zitat von Alterspatienten, die beim Mittagessen vom Stuhl fallen können, auf die „Frage Isolierung, Fixierung und vor allem Sitzwachen“ bezogen (P 5/9). Oben wurde dazu bereits ausgeführt, daß gerade in diesen Fällen die Fixierung gegenüber der Einzelbetreuung das geeignetere Mittel zur Gefahrenabwehr sein kann, weil die Einzelbetreuung nicht in jedem Fall schnell genug reagieren kann.

Dr. Middelhoff vom PLK Wiesloch erklärte, wenn der Patient „schon isoliert wird und fachgerecht fixiert wird, dann sollte er menschlich, therapeutisch begleitet werden . . . dann sollte es möglich sein, daß bei jedem Patienten, der eine solche freiheitseinschränkende Maßnahme erfährt, daß der vom Personal begleitet wird.“ (P 5/58)

Ohne sich die folgenden Äußerungen ausdrücklich zu eigen zu machen, berichtete Dr. Middelhoff von „Anleitungen aus Nordrhein-Westfalen, aus Hessen und auch im ‚Deutschen Ärzteblatt‘ von Herrn Dr. Rieger, dem Justitiar der Ärztekammer in Baden. Da gibt es Schreiben über Arztrechte in der Praxis, zum Beispiel über die Zulässigkeit der mechanischen Fixierung von Patienten und genaue Dienstanweisungen. Die haben wir vor etwa drei oder vier Jahren übernommen und danach richten wir uns auch bezüglich der Dokumentation.

Da ist es tatsächlich so: Da steht zum Beispiel drin, daß es selbstverständlich ist, daß die Betreuung am Bett durch das Krankenpflegepersonal und anderes therapeutisches Personal etwa im Sinne von 1 : 1 durchgeführt werde. Das ist jetzt das Problem: Wenn der Stationsarzt . . . anordnet: Ich möchte eine Sitzwache. Ich möchte den Patienten begleitet wissen durch einen Therapeuten, durch einen Arzt, durch einen Pfleger, vielleicht auch durch anderes Personal. Die sollten dabei sein und ihm helfen, diese Krise zu überstehen. Jetzt gibt es ein Problem. Die Stationen sind pflegerisch wohl unzureichend besetzt. . . . Wenn man jetzt den Pflegedienstleiter anruft und sagt: Wir möchten einen Pfleger zusätzlich haben, dann sagt der: Wir haben keinen. Er hat einfach keinen. . . . Dann müssen wir aus der Schicht jemand nehmen. Dann sind also nur noch drei in der Schicht. Es sind aber noch zwei oder drei suizidale Patienten da, die nicht einmal genügend beaufsichtigt werden können. Dann gerät die Station immer mehr in Druck, und das Aggressionsniveau, das Unsicherheitsniveau, das Angstniveau auf der Station steigt an. So ist zwar eine Sitzwache dabei, aber die gesamte Station ist dekomponiert. Da gibt es also ein sehr komplexes Bedingungsgefüge . . .“ (P 5/59)

Personalratsvorsitzender und Krankenpfleger Keicher vom PLK Weinsberg ist der Auffassung, daß Sitzwachen erforderlich seien (P 5/134), weil der Patient oft nicht kundtun könne, daß er zur Toilette müsse und weil er „sich nicht mal gegen eine Mücke wehren“ könne (P 5/132). Hier wäre es „bestimmt vonnöten, von Zeit zu Zeit, . . . daß Personal hingehet zu einem Patienten und ihm nicht gerade im Zorn den Schweiß von der Stirn wischt und auch gegen die Mücke wehrt“ (P 5/133) – ein klarer Hinweis auf die

erforderliche Geduld, die das Personal bei seiner Zuwendung aufbringen muß.

Eine differenzierende Auffassung über die Erforderlichkeit von Sitzwachen bzw. Einzelbetreuung vertreten der Zeuge Prof. Dr. Linden sowie die Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Schmitt und Prof. Dr. Dr. Häfner.

Prof. Dr. Linden stellt in seinem Schreiben als Vorsitzender des Vereins der Baden-Württembergischen Krankenhauspsychiater e. V. eindeutige Zusammenhänge zwischen personeller Besetzung und der Erforderlichkeit von Fixierungen her und nennt für den Fall der Selbstmordneigung die „intensive personelle Zuwendung“ die „tragfähigste Vorbeugung“. Weiter schreibt Prof. Dr. Linden (Seite 5): „Eine Sitzwache nachts am Bett eines Selbstmordgefährdeten wird sicherlich eine Fixierung oft erübrigen. Hier macht sich Personalmangel oft am härtesten bemerkbar. Vorübergehende Fixierungen bei hoher Aggressivität sind gelegentlich zum Schutz des Patienten und des Personals notwendig, aber auch hier wird deutlich, daß gute personale Beziehungen und gutes Klima auf einer Station häufig Aggressivität gar nicht in einem hohen Grade entstehen lassen.“ Weitere Hinweise, daß es sinnvoll oder darüber hinaus notwendig sei, Sitzwachen bzw. Einzelbetreuung zu leisten, finden sich aber in dem Brief nicht.

Den mehrheitlich beschlossenen letzten Satz tragen die Ausschußmitglieder der SPD (Änderungsantrag Nr. 145) nicht mit.

Prof. Dr. Dr. Schmitt hat klar bekundet, daß man Fixierungen und Isolierungen nicht ausschließen, aber reduzieren könne. (P 5/193)

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Häfner erklärte auf die Frage, ob die Fixierung notwendigerweise eine Sitzwache zur Folge hätte:

„Nicht immer, nicht immer. Sie brauchen dann keine Sitzwache für einen fixierten Patienten, wenn nicht ein Risiko besteht körperlicher und anderer Natur, das auch in der Fixierung eintreten könnte – Kreislaufisiken; dann braucht man mitunter eine Sitzwache –, und wenn nicht eine andere Beobachtungsmöglichkeit auf der Station dicht genug ist, um die Leistung zu erbringen. Es gibt ein komplementäres Verhältnis bis zu einem gewissen Schwellenwert zwischen Sitzwache und Personalintensität und Anwendung von Mitteln körperlichen Zwangs. Die Mittel des körperlichen Zwangs lassen sich bis zu einem gewissen Ausmaß reduzieren. Es gibt aber auch eine Schwelle; darunter kommt man trotz Sitzwache nicht mehr.“ (P 5/151)

Wie der Sachverständige erläuternd hinzufügte, sei es im Einzelfall eine ärztliche Entscheidung, und es müsse Vorsorge getroffen werden, daß es nicht eine Einzelentscheidung eines untergeordneten Arztes sei.

Auf die Frage, ob eine Sitzwache notwendig sei, wenn ein Arzt anordne, „es wird isoliert und in der Isolierung fixiert“, antwortete der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Häfner:

„Also in dem Fall ist in jedem Fall ständige Beobachtung notwendig. Man darf einen Kranken in einer solchen Risikosituation nicht aus dem Auge lassen. Ob dies mit einer Sitzwache geschieht oder durch Beobachtung von außerhalb, kann man nicht vorweg entscheiden. Ich glaube, beides ist möglich, vom gegebenen Fall abhängig.“ (P 5/156)

dd) Zur Frage personalbedingter Zunahme von Fixierungen

Prof. Dr. Hole vom PLK Weißenau erklärte, er habe in der letzten Konferenz nach anderen Sichtweisen gefragt:

„Es wurde von den anwesenden Ärzten, Psychologen und Oberärzten das bestätigt: Wir machen mehr Fixierungen und Sedierungen, als es nötig wäre und als wir gemacht haben, wo wir mehr Leute auf der Station hatten. Dieser Zusammenhang ist also tendenziell da.“ (P 5/24)

Im Zusammenhang mit personellen Engpässen bekräftigte der Ärztliche Direktor auch das Fehlen einer Reserve und die bekannten Zusammenhänge. (P 5/8)

Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Prof. Dr. Reimer, urteilte über Isolierungen und Fixierungen:

„zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“. (P 5/102)

Anhand einer selbst erstellten Untersuchung, deren Ergebnisse in Kurven veranschaulicht wurden, interpretierte Prof. Dr. Reimer:

„Und da zeigt sich ganz genau, daß mit der Zahl des Personals die Fixierungen abnehmen und mit der Minderung des Personals die Fixierungen zunehmen. Das ist meiner Ansicht nach ein ganz relativ einfacher Beweis dafür, daß ein Kausalzusammenhang zwischen Personalbesetzung und Fixierung besteht. . . . Ich gebe zu, daß das eine problematische Station ist. Aber trotzdem . . . das ist aus unserer Sicht natürlich weitgehend vermeidbar. Ich würde nicht sagen: nie; aber: weitgehend vermeidbar und auf ein Minimum zu reduzieren, wenn die entsprechende Personalbesetzung auf einer solchen Station da ist.“ (P 5/103)

Prof. Dr. Dr. Dörner vom Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh berichtete von einer kürzlich in Gütersloh durchgeführten Erhebung über die Häufigkeit der Fixierungen. Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, welchen Personalbedarf das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh unter Prof. Dr. Dr. Dörner ausgerechnet hat, um die Fixierung zu erübrigen (P 5/171):

„Fixierungen bei unseren Patienten im WLK Gütersloh in den Monaten Juni, Juli und August 1987

	Einsatz von Sitzwachen statt Fixierungen bedeutet einen Mehrbedarf von
1. Fixierungen an Händen	717.00 Std. = 7,60 Stellen
2. Fixierungen an Händen und Füßen	59.30 Std. = 0,63 Stellen
3. Fixierungen an Händen, Füßen und Brust	1 378.30 Std. = 14,50 Stellen
4. Fixierungen an Händen, Füßen, Brust, Schulter Ganzfixierungen	1 106.00 Std. = <u>11,70 Stellen</u> = 34,43 Stellen“

Prof. Dr. Dr. Dörner teilte auf Nachfrage zu der Tabelle mit:

„Diese Stellen, die wir hier ausgerechnet haben, sind die abstrakten Zahlen der Stellen, die erforderlich wären, um entweder eine Fixierung zu begleiten ordnungsgemäß oder zu ersetzen durch Einsatz einer Person. Das heißt natürlich nicht, daß jede Station zu jeder Zeit außerstande ist, dies auch aus dem eigenen Stand zu leisten.“ (P 5/185)

Dies bedeutet, daß die Tabelle nicht einen Zusatzbedarf ausweist.

Prof. Dr. Dr. Dörner bezeichnet es ausdrücklich als „gegriffene Zahl“, daß „in ca. 80 % der Notfälle durch Einsatz eines zusätzlichen Mitarbeiters als Sitzwache oder Einzelbetreuung eine Fixierung überflüssig“ werde. „Ich gebe gerne zu, daß diese Zahl 80 % gegriffen ist. Die kann ich jetzt nicht

belegen. Ich würde aber sagen, daß der Einsatz einer Einzelbetreuung bei einem entsprechenden Patienten in fast allen Fällen der Suizidgefahr – in fast allen Fällen – eine Fixierung erübrigt und in recht vielen Fällen der Fremdgefährdung. Wiederum muß ich jetzt natürlich einschränken, auf meine eigene Einrichtung bezogen: das ist bei uns nicht möglich; und wir machen es trotzdem.“ (P 5/171)

Des weiteren führte der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Dörner aus, „daß wir zwar nicht nachweisen können, aber den Eindruck haben, daß sich die Zahl der Fixierungsnotwendigkeiten nicht verringert, sondern erhöht hat. Wir können es deswegen nie beweisen, weil nie zuvor eine ähnliche Untersuchung gemacht worden ist. Auch die Dokumentation war früher nie so gut leider. Aber ich habe den Eindruck nicht nur bei uns, sondern allenthalben, daß die Häufigkeit der Situationen, in denen eine Fixierung als notwendig erachtet wird, eher zunimmt.“ (P 5/173)

Zugleich interpretierte der Sachverständige die Ursachen:

„Wenn das stimmt, dann hat das entscheidend mit der Veränderung der Gesamtstruktur psychiatrischer Krankenhäuser zu tun. . . . Es muß damit zusammenhängen, daß wir früher ja wesentlich größere Stationen, insbesondere Aufnahmestationen hatten, in denen natürlich neben dem einen oder den zwei oder drei psychiatrischen Notfällen immer auch zahlreiche Patienten waren, denen es zu dieser Zeit verhältnismäßig gut ging, die also mit hoher Selbstverständlichkeit . . . in die Situation einbezogen wurden, hilfreich sich betätigt haben und die Situation entspannt haben. Wir haben früher wesentlich weniger differenziert. Wir haben psychiatrisch Kranke, Suchtkranke beieinander gehabt. Suchtkranke sind körperlich gesunde Menschen . . . Wir haben in den letzten fünf Jahren 200 Langzeitpatienten verloren dadurch, daß wir sie entlassen haben, nicht in Heime, sondern in Wohnungen und teilweise auch in Arbeitsplätze. Das war zwar eine sehr humane Leistung für die Betroffenen, aber seither haben wir Personalprobleme, obwohl der Schlüssel derselbe ist.“ (P 5/174)

Zur Kernfrage erklärte Dr. Dr. Dörner fortfahrend:

„Der Erfolg, den wir haben, ist die kürzere Verweildauer. Die Aufforderung zur . . . zielgerichteten Heilbehandlung verpflichtet uns, eine sehr intensive und eben auch kurzfristige Behandlung durchzuführen. Es ist zwar, soweit ich sehen kann, natürlich auch in allen Bundesländern der Anteil des Personals auch in allen Personalgruppen erhöht worden. Trotzdem – das ist das Peinliche daran – ist der Strukturwandel in der Art und Weise, wie wir heute behandeln, so groß, daß dieser Faktor – und ich beziehe mich jetzt hier auch nur auf meine Frage, die mir gestellt ist –, die Frage der Sitzwachen und Einzelbetreuung schlechthin unter den Tisch gefallen ist.“ (P 5/175)

Auf Nachfrage, ob er sage, „in allen Bundesländern“, schränkte der Sachverständige ein: „Das will ich jetzt nicht so sagen,“ und er verwies auf die an früherer Stelle geschilderten Zusammenhänge zwischen den Personalschlüsseln Westfalen-Lippe und den DKG-Anhaltzahlen 1985. Daraus könnte man folgern, daß der Sachverständige der Auffassung ist, die Situation sei in allen Bundesländern so, aber keine eindeutige Aussage treffen mochte mit Rücksicht darauf, daß er zu seiner Meinung aufgrund einer Interpretation der Anhaltzahlen-Problematik gekommen ist und deshalb keine sichere Kenntnis über die Verhältnisse in den anderen Bundesländern hat.

Prof. Dr. Dr. Schmitt bejahte einen „gewissen Zusammenhang auch mit der Personalsituation“, betonte die Bedeutung der dem Arzt obliegenden Abwägung (P 5/192) und kam zu dem bereits zitierten Ergebnis, daß man Isolierungen und Fixierungen nicht ausschließen, aber bei genügend Personal ihre Zahl reduzieren könne. (P 5/193)

Pflegedienstleiterin Lerch vom PLK Baden Schussenried erklärte:

„Prinzipiell kann man dem Pflegepersonal unterstellen, daß sie eine fachgerechte Fixierung oder Isolierung durchführen. Das hat nichts mit dem Personalmangel zu tun. Das ist etwas, was das Personal gelernt hat und was sie fachgerecht durchführen.“ (P 5/124)

Die Fixierungen hätten etwa ab 1983 „wesentlich zugenommen“ im PLK Bad Schussenried. (aaO)

Auf Nachfrage führte die Zeugin weiter aus, im Moment sei es so,

„daß eine Fixierung heutzutage oft gemacht wird und die Alternative: ‚Begleiten oder mit dem Patienten reden oder auf ihn eingehen‘ gar nicht ergriffen werden kann aus Mangel an Personal.“ (P 5/125)

Personalratsvorsitzender und Krankenpfleger Keicher vom PLK Weinsberg bestätigte eine Zunahme der Fixierungen infolge personeller Engpässe zum Beispiel morgens bei der Visite, abends bei den Nachtwachen; wenn er es salopp formulieren dürfe, versuche man halt, „die Patienten, wenn das Personal eng wird, pflegeleicht zu machen.“ (P 5/132)

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß der Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund in Wiesloch, Dr. Baljer, dank guter Besetzung seines Pflegedienstes im Maßregelvollzug ausführen konnte:

„Wir haben trotz allem die geringste Zahl an Fixierungen und die geringste Zahl an Isolierungen. Wir haben im ganzen Jahr 1987 ... ein einziges Mal einen Patienten eine halbe Stunde lang fixieren müssen. Und eine Isolierung in einer sogenannten B-Zelle kommt bei uns allenfalls alle zwei Wochen vor, trotz dieser extremen negativen Auslese, einfach deswegen, weil ich in Extremfällen einen Pfleger 24 Stunden an die Seite des Patienten stellen kann. Wenn das nicht so wäre, wenn ich Verhältnisse hätte wie in anderen Landeskrankenhäusern, müßte ich die Hälfte meiner Patienten ständig isolieren.“ (P 6/24)

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Häfner führte zu diesem Thema aus:

„Die Indikation der Fixierung ist massiv zurückgegangen, seit wir über dieses Repertoire von Medikamenten verfügen, über das ich Ihnen berichtet habe. Es ist früher sehr viel häufiger fixiert worden.“ (P 5/147)

Zur Frage der Fixierung bekundete er fortsetzend:

„Das ist etwas, was man auch zu Hause bei alten Menschen häufiger tun muß und was nicht voll ersetzbar ist durch eine Sitzwache, obgleich da eine kompensatorische Beziehung zwischen Sitzwachen und der Häufigkeit von Fixierung besteht.“ (aaO)

ee) Stellung von Einzelbetreuungen

Der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, schilderte einige Beispielfälle, wonach es nicht möglich gewesen sei, Sitzwachen zu stellen, und faßte zusammen:

„Sitzwachen oder Einzelbetreuungspersonen, das ist eigentlich der allergrößte Engpaß. Da wird es dann wirklich prekär, nicht mehr verantwortlich und auch inhuman, und therapeutisch bedeutet es eigentlich einen Rückschritt, was wir mit den Patienten da machen müssen.“ (P 5/9)

Prof. Dr. Dr. Dörner berichtete über das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh, daß die Personalbesetzung trotz weitgehender Verwirklichung der großzügigeren Personalschlüssel des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe der Personalbestand für Einzelbetreuungen nicht ausreiche. (P 5/180)

Unter Hinweis auf den „Eindruck“ einer Zunahme der Fixierungen setzte der Sachverständige fort:

„Ich würde mal vermuten, daß das noch zunimmt, weil die Komprimierung von schwerkranken, schwerstörbaren oder gestörten, oder gefährdeten oder gefährlichen Menschen immer stärker wird. Deswegen werden wir immer stärker, wenn wir es nicht mit vermehrten Tätigkeitsmöglichkeiten und mit vermehrtem Personaleinsatz kompensieren können, vermehrt zu Fixierungen greifen müssen.“ (P 5/183)

Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Prof. Dr. Reimer, erklärte zum Thema Sitzwachen:

„... gibt es überhaupt nicht; sind aus personellen Gründen bei uns nicht durchführbar.“ (P 5/102)

Die Auskunft wurde bestätigt vom Personalratsvorsitzenden und Krankenpfleger Keicher aus dem PLK Weinsberg. (P 5/132)

Über die Verhältnisse in Bad Schussenried läßt sich der oben zitierten Äußerung der Pflegedienstleiterin Lerch entnehmen, daß dort Sitzwachen oder Einzelbetreuungen ebenfalls nicht möglich sind.

Prof. Dr. Dr. Schmitt aus Saarbrücken berichtete, sie hätten noch nie eine Sitzwache finanzieren können, obwohl es manchmal erforderlich sei (P 5/195); da sei beim Kostenträger „einfach nichts drin“. Vielleicht werde es ihnen bei den nächsten Pflegesatzverhandlungen gelingen, dafür einen Etat zu erhalten. (P 5/201)

Prof. Dr. Dr. Häfner vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim erklärte:

„Wir haben alle notwendigen Sitzwachen erhalten. Und da haben wir keine Schwierigkeiten gehabt mit den Kassen in der Abrechnung. Wir haben unsere großen Schwierigkeiten mit der Personalstärke und mit der Nichtgenehmigung notwendiger Funktionen wie Internist oder Psychologe auf der Station gehabt, nicht aber mit den Sitzwachen.“ (P 5/151)

Ergänzend führte der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Häfner aus, es sei nicht möglich, Zahlen zu errechnen, wie viele Sitzwachen man genau brauche. Es gebe keine zuverlässigen Daten darüber (P 5/151). Auch „über die Fixierung gibt es keinerlei wirklich zuverlässigen Zahlen. Sie können eines sagen. Sie haben diese Relation ‚mehr Fixierungen bei weniger Personal‘ nur jenseits eines gewissen Schwellenwertes. Wenn Sie unter diesen Schwellenwert gehen, also die Personalstärke stark abfällt, dann nehmen die Fixierungen zu. Aber Sie haben keine verlässlichen Ziffern, auch wenn Sie solche mitgeteilt bekommen haben. Sie können nur nach dem Alltagsverständnis davon ausgehen, daß die Relation grundsätzlich stimmt.“ (P 5/154)

ff) Fachgerechte Fixierung

Im Hinblick auf die Schwierigkeiten, Sitzwachen oder Einzelbetreuung zu organisieren, ist es konsequent, wenn die Zeugen und Sachverständigen, die eine Sitzwache oder Einzelbetreuung in jedem Fall für erforderlich halten, eine fachgerechte Behandlung in Frage gestellt stehen – mit einem Wort: Die Prämisse bedingt die abschließende Wertung.

So äußerte Prof. Dr. Hole, daß die Hilferufe von den Stationen, von den Ärzten, Oberärzten und vom Pflegepersonal etwa ab 1983/84 zugenommen hätten, „daß vermehrt Fixierungen vorgenommen werden müssen, ohne daß die dringend indiziert wären, wenn man mehr Leute auf der Station hätte“. (P 5/4)

So muß angenommen werden, daß Personalratsvorsitzender und Krankenpfleger Keicher vom PLK Weinsberg der Auffassung ist, eine fachgerechte Isolierung und Fixierung sei nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Auch wenn es in erster Linie Sache eines Arztes ist, die schwierige Frage einer fachgerechten Behandlung zu beurteilen, so muß doch berücksichtigt werden, daß die Krankenpfleger in der Psychiatrie stark in die Therapie eingebunden sind, sie zu einem großen Teil selbst tragen und vor allem „am nächsten dran sind“ und daher die Lebensbedingungen der Patienten aus tagtäglicher unmittelbarer Anschauung kennen.

Auf Nachfrage, ob wegen der Personalausstattung eine fachgerechte Isolierung und Fixierung nicht mehr möglich sei, erklärte Prof. Dr. Hole:

„In sehr vielen Fällen, so muß ich sagen, nicht mehr erfolgt. Oder umgekehrt: Nur noch in Ausnahmen; wir können gegenüber früher nur noch in Ausnahmefällen eine kontinuierliche Bezugs- und Betreuungsperson für solche hochgefährdeten Patienten zu den technischen Maßnahmen dazustellen.“ (P 5/25)

Auf weitere Nachfrage, ob es vorkomme, daß „Sie etwa Sitzwachen nicht stellen können, obwohl dies de lege artis notwendig wäre“, lautete die Antwort des Zeugen: „Ja, das kommt vor.“ (P 5/25 f.)

Der Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, interpretierte die von ihm genannten Zahlen mit einem deutlichen Anstieg von Fixierungen und Isolierungen mit folgenden Worten:

„Das muß man wohl so deuten, daß wir tatsächlich mit dem vorhandenen Personal nicht in der Lage sind, die modernen Strukturen wirklich fachgerecht zu betreiben.“ (P 5/56)

Die Formulierung über die „modernen Strukturen“ könnte zweierlei bedeuten, zum einen, daß sie gemeint ist als Kontrast zur früheren Verwahrspsychiatrie. Es ist aber auch denkbar, daß der Zeuge damit einen Kontrast zwischen der heutigen und der wünschenswerten Psychiatrie meinte. Für die letztere Interpretation spricht die anschließende Aussage des Zeugen Dr. Middelhoff, daß Fixierung, Isolierung und Personalzahlen ein außerordentlich komplexes Bedingungsgefüge bildeten. Er glaube, „so plakativ, wie ich es jetzt mit den Zahlen dargestellt habe, ist das nicht“. (P 5/56)

Pflegedienstleiterin Lerch hatte wie oben zitiert bekundet, daß Isolierungen und Fixierungen technisch „korrekt und ordentlich“ (P 5/125) durchgeführt würden, womit jedoch keine Würdigung der Beweisfrage in ihrer Gesamtheit verbunden ist.

Prof. Dr. Dr. Häfner, der Sitzwachen oder Einzelbetreuung nicht in jedem Einzelfall für erforderlich hält, hat keine Aussage darüber gemacht, daß heute eine fachgerechte Isolierung oder Fixierung nicht möglich sei. Vielmehr hat er zum Komplex Fixierungen darauf hingewiesen, man solle nicht abschließen,

„ohne zu sagen, daß das . . . in der Regel Risiken sind, die doch ernste vitale Risiken sind, wo es also ums Leben oder um schwere Verletzungen geht, die das Leben gefährden können, und daß dies damit ja auf schwere Krankheitszustände beschränkt ist und nicht der Alltag der psychiatrischen Behandlung.“ (P 5/148)

Der Ärztliche Direktor des PLK Weinsberg, Prof. Dr. Reimer, faßte zusammen und sagte, man „kann aber sagen, daß die Isolierung fachgerecht erfolgt und die Fixierung auch, allerdings – und das ist dann die zweite Frage – zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“. (P 5/102)

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Schmitt hat ebenfalls nicht die fachgerechte Isolierung und Fixierung insgesamt in Frage gestellt, zugleich aber darauf hingewiesen, „daß es möglich ist, bei genügender Personalausstattung die Zahl der Fixierungen und Isolierungen zu reduzieren.“ (P 5/193) Isolierungen und Fixierungen müsse man „außerordentlich sorgfältig abwägen“. (P 5/192)

Auch Prof. Dr. Linden hat in seinem dem Ausschuß zur Verfügung gestellten Schreiben als Vorsitzender des Vereins der Baden-Württembergischen

Krankenhauspsychiater e. V. einerseits auf die Zusammenhänge zwischen Personalbestand und Fixierungen hingewiesen, andererseits aber nicht die Wertung getroffen oder auch nur anklingen lassen, eine fachgerechte Isolierung oder Fixierung sei in Frage gestellt.

Der mehrheitlich beschlossene letzte Halbsatz sollte nach Änderungsantrag Nr. 148 der Ausschußmitglieder der SPD gestrichen werden.

d) Isolierung

aa) Allgemeines

Hierunter versteht man die Absonderung eines Patienten von den übrigen, oft in einem eigenen Raum. Das Sozialministerium hat hierzu mitgeteilt: „In der Regel hält in den PLK jede geschlossene Station einen Isolierraum für therapeutisch begründete, zeitlich befristete Isolierungen vor. Die Zahl dieser Räume konstant geblieben.“ (Stellungnahme SM, Seite 198)

Die Isolierung ist wie die Fixierung ein Zwangsmittel. Für sie gilt ebenfalls, daß sie eine „ultima ratio“ ist. Insoweit waren sich die Zeugen und Sachverständigen einig.

Der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, schilderte dem Untersuchungsausschuß einige Fälle:

- „Ein Bericht vom April 1987 von der Station 17; das ist unsere geschlossene Männeraufnahmestation. Ich erwähne es ein bißchen telegrammstilartig: Der Patient – nach richterlicher Anhörung, sehr gespannt, mußte daraufhin isoliert werden. Hat einen Fensterrahmen im Zimmer angeschmort. . . . Er zündete auf dem Fenstersims seine Zigarette an. Dann der Kommentar der Pflegeperson, weil die mir immer dokumentieren müssen in unseren Schemata, was getan wurde, um den Vorfall zu verhindern: Da die Station nur mit zwei Pflegepersonen besetzt war, konnte der Patient nicht durchgehend überwacht werden.
- Anderes Beispiel derselben Station: Herr X. wollte um 7 Uhr mit Schlafanzug bekleidet die Station verlassen, war sehr gespannt; ein Gespräch war nicht möglich. Um fremde Sachbeschädigung auszuschließen, mußte Herr X. isoliert werden. Eine durchgehende Betreuung war nicht möglich. Die Station war zu dieser Zeit mit einer Schwester und einem Pfleger besetzt. 30 Patienten – Hochakute – Aufnahmestation.
- Station 8 – Akutaufnahmestation für Frauen: Frau Y., eine chronisch schizophrene Patientin, gerät zwei- bis dreimal pro Woche aufgrund kleinster Anlässe in Erregungszustand, bedroht Mitpatienten mit Gegenständen, heißem Bügeleisen, wird schwer autoaggressiv, zerkratzt sich Finger, schlägt sich Zähne aus. Solche Erregungszustände können, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, bei ihr durch Gespräche und geringe Medikation kupiert werden. Da aus Personalmangel eine Beobachtung mir jedoch nicht möglich ist, steigert sich die Patientin in die geschilderten schweren Erregungszustände, muß dann medikamentös sediert und fixiert werden.“ (Zitiert nach den Angaben des Prof. Dr. Hole, P 5/6 f.)

bb) Anwendungsfälle

Hier sind vor allem Erregungszustände zu nennen (Prof. Dr. Hole, P 5/6).

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. Schmitt hat zur Frage der Isolierung ausgeführt:

„Wenn damit gemeint ist, etwa Patienten vorübergehend in isolierte Räume zu verbringen, von anderen Patienten abzusondern, so muß ich sagen: das ist sicher selten heutzutage. Das kann mal notwendig sein, daß man heute noch eine Isolierung vornimmt. Bei uns in Saar-

brücken kommt es also nicht mehr vor. Aber ich kann mir Zustände denken, wo eine Isolierung vielleicht kurzzeitig einmal erforderlich ist.“ (P 5/190)

cc) Voraussetzungen der Isolierung

Nach Aussage des Zeugen Prof. Dr. Hole

„gehört zur fachgerechten Isolierung auch, daß, wenn jemand schon isoliert werden muß, auch wenn nicht permanent jemand dabei sitzt, wenigstens über weite Strecken hinweg jemand da ist, der sich um diesen Patienten kümmert, verbal oder daß ihm nichts passiert.“ (P 5/5)

Dr. Middelhoff vom PLK Wiesloch fordert wie oben im Abschnitt über Fixierungen geschildert eine Begleitung des Patienten durch das Personal und erwähnt Forderungen aus der Ärzteschaft nach einem Schlüssel etwa im Sinne von 1:1 von Personal und isolierten Patienten. (P 5/58 f.)

Prof. Dr. Dr. Häfner verweist darauf, daß man ganz ohne Isolierung nicht auskomme, daß sie aber extrem selten sei (P 5/150). Die Isolierung sei nicht zulässig, solange eine Sitzwache reiche (P 5/155). Prof. Dr. Dr. Häfner verweist darauf, daß die Fixierung den Patienten weniger belaste (P 5/150) und deshalb im Ergebnis vorzuziehen ist.

Prof. Dr. Dr. Dörner hält Isolierung und Fixierung für „im Prinzip erlaubt“, wenn weniger eingreifende Maßnahmen ausgeschöpft sind (P 5/166 und 169). „Unter vernünftigen, praxisrelevanten Bedingungen, von denen wir sinnvollerweise auszugehen haben, kann man lediglich sagen, daß ein Teil solcher Maßnahmen damit überflüssig gemacht werden kann, allerdings, wie ich meine und vielleicht gleich noch begründen kann, ein relativ großer Teil.“ (P 5/169)

Prof. Dr. Dr. Schmitt weist auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Abwägung der ärztlichen Entscheidung hin (P 5/192).

Erforderlichkeit von Einzelbetreuung in der Isolierung

Wie vor wenigen Abschnitten zitiert hält es Prof. Dr. Hole für erforderlich, daß „wenigstens über weite Strecken hinweg jemand da ist, der sich um den Patienten kümmert, verbal oder daß ihm nichts passiert.“ (P 5/5)

Dr. Middelhoff spricht von einer „Begleitung durch Personal“ (P 5/59), während Prof. Dr. Dr. Häfner ausführt:

„In dem Fall ist in jedem Fall ständige Beobachtung notwendig. Man darf einen Kranken in einer solchen Risikosituation nicht aus dem Auge lassen. Ob dies mit Sitzwache geschieht oder durch Beobachtung von außerhalb, kann man nicht vorweg entscheiden. Ich glaube, beides ist möglich, vom gegebenen Fall abhängig.“ (P 5/156)

Prof. Dr. Dr. Dörner weist darauf hin, daß einige Krankenhäuser ganz ohne Isolierung auskommen, sich diesen Vorteil allerdings mit einer Zunahme des Medikamentenverbrauchs und der Fixierungen „erkaufen“ müßten. (P 5/170)

Prof. Dr. Dr. Dörner hat die Einzelbetreuung für Isolierungen nicht ausdrücklich zur Bedingung gemacht. Da er aber die Einzelbetreuung schon für das mildere Mittel der Fixierung mit der Begründung fordert, daß dies den Regeln der ärztlichen Kunst entspreche (P 5/170), ist zu folgern, daß er die Einzelbetreuung auch bei der Isolierung für erforderlich hält. Allerdings will Prof. Dr. Dr. Dörner nicht die echte Sitzwache oder permanente Einzelbetreuung, sondern die „Begleitung von einem anwesenden Mitarbeiter der jeweiligen Station“. (P 5/170)

Prof. Dr. Dr. Dörner war sich auch mit dem Untersuchungsausschuß einig, daß man den erforderlichen Betreuungsaufwand „nicht arithmetisch festsetzen könne“ (P 5/188), weder im Verhältnis 1 : 1 noch im Verhältnis 1 : 2 (vgl. P 5/185).

Auch wenn es „in der Regel untunlich sein“ wird, „zwei sehr aggressive erregte Menschen nebeneinanderzulegen, weil die sich gegenseitig hochschaukeln“ (Prof. Dr. Dr. Dörner, P 5/186), gibt es, wie Prof. Dr. Dr. Dörner ausdrücklich in das Gespräch einführte, „eine architektonische Lösung dieses Problems, und zwar in der Psychiatrischen Abteilung in Bad Driburg. . . . Dort hat man eine Konstruktion gefunden. Da hat man auch mit Glas abgetrennt, so einen Doppelraum geschaffen, in dem jeweils ein Patient, aber auch ein Mitglied des Teams dann sich gewissermaßen gemeinsam isolieren, einsehbar, aber dann für sich alleine sind. Und das wäre de lege artis, denke ich.“ (P 5/186)

dd) Zur Frage personalbedingter Zunahme von Isolierungen

Der Geschäftsführende Ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, hat für seinen Zuständigkeitsbereich, das Behandlungszentrum I mit 538 Betten, im dortigen Akutbereich mit 150 Betten folgende Zahlen angegeben:

1980	296 Fixierungen und 210 Isolierungen
1982	274 Fixierungen und 244 Isolierungen;

Großer struktureller Umbruch im Jahr 1985 durch Bezug eines neuen klinischen Zentrums und mit Verkleinerung der Stationen etwa 36 auf 29 Patienten pro Station bei gleicher Personalzahl (P 5/55);

1986	27 Fixierungen und 28 Isolierungen
1987 bis August	144 Fixierungen und 106 Isolierungen/Absonderungen;

Eine Hochrechnung der bisherigen Ergebnisse des Jahres 1987 auf das gesamte Jahr ergibt mögliche 216 Fixierungen und 159 Absonderungen. (P 5/55)

Vergleichszahlen zum Gesamtbereich des Behandlungszentrums I mit 538 Betten:

1982	421 Fixierungen	605 Isolierungen
1986	145 Fixierungen	97 Isolierungen
1987	233 Fixierungen	170 Isolierungen

(bis August).

Es wurde bereits oben im Kapitel über Fixierungen die Interpretation des Zeugen Dr. Middelhoff wiedergegeben: „Das muß man wohl so deuten, daß wir tatsächlich mit dem vorhandenen Personal nicht in der Lage sind, die modernen Strukturen wirklich fachgerecht zu betreiben. . . . Ich glaube, so plaktativ, wie ich es jetzt mit den Zahlen dargestellt habe, ist das nicht.“ (P 5/56)

Der Zeuge Dr. Middelhoff resümiert:

„Je schlechter die Personalbesetzung, je stärker gestreßt, je mehr Krankheit, Unzufriedenheit natürlich oder Qualitätsunterschiede natürlich im Personal, je weniger ausgebildetes Personal, je mehr kündigt, desto mehr nehmen natürlich die Aggressionshandlungen zu.“ (P 5/56)

Prof. Dr. Reimer vom PLK Weinsberg hat ausgeführt:

„Ob die Zahl der isolierten Patienten usw. zugenommen hat oder nicht, kann ich nicht sagen, weil wir keine Statistik zu diesem Thema haben. Ich kann aber sagen, daß die Isolierung fachgerecht erfolgt und die Fixierung auch, allerdings zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar.“ (P 5/102)

Prof. Dr. Hole hat hervorgehoben, daß im PLK Weissenau „mehr Fixierungen und Sedierungen“ gemacht würden, „als es nötig wäre und als wir gemacht haben, wo wir mehr Leute auf der Station hatten“ (P 5/24). Eine ähnliche Aussage wurde für Isolierungen nicht getroffen. Jedoch spricht aus dem Gesamtzusammenhang seiner Äußerungen vieles dafür, daß er die gleiche Auffassung auch für Isolierungen vertritt.

Prof. Dr. Dr. Schmitt aus Saarbrücken teilte mit, daß es bei ihm in Saarbrücken keine Zunahme der Isolierungen gäbe, da sie ohnehin kaum isolieren müßten. (P 5/192)

ee) Einzelbetreuungen

Zur Erforderlichkeit der Einzelbetreuung und zu den Problemen, sie tatsächlich bereitzustellen, wird auf die obenabgedruckten Abschnitte verwiesen.

ff) Fachgerechte Isolierung

Prof. Dr. Hole antwortete auf die Frage, ob wegen der Personalausstattung eine fachgerechte Isolierung und Fixierung nicht mehr möglich sei:

„In sehr vielen Fällen, so muß ich sagen, nicht mehr erfolgt. Oder umgekehrt: Nur noch in Ausnahme; wir können gegenüber früher nur noch in Ausnahmefällen eine kontinuierliche Bezugs- und Betreuungsperson für solche hochgefährdeten Patienten zu den technischen Maßnahmen darzustellen.“ (P 5/25)

Es wurde auch bereits zitiert, daß Prof. Dr. Hole bestätigt hat, es käme vor, daß er Einzelbetreuungen nicht stellen könne, die de lege artis erforderlich seien. (P 5/25 f.)

Es wurde bereits mehrfach zitiert, daß Prof. Dr. Reimer geäußert hat, Isolierung und Fixierung würden im PLK Weinsberg fachgerecht vorgenommen. Sie erfolgten aber zu viel, zu häufig und im Grunde vermeidbar. (P 5/102)

Gleiches gilt für die Äußerungen des Zeugen Dr. Middelhoff aus dem PLK Wiesloch, „daß wir tatsächlich mit dem vorhandenen Personal nicht in der Lage sind, die modernen Strukturen wirklich fachgerecht zu betreiben“. (P 5/56)

Da Prof. Dr. Dr. Schmitt in Saarbrücken Patienten nur sehr selten isolieren muß (P 5/192), stellt sich für ihn das Problem der fachgerechten Isolierung nicht.

Die Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Dörner aus Gütersloh wurde wenige Abschnitte zuvor ausführlich dargestellt.

7. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, welche organisatorischen und personellen Vorkehrungen zur Verhinderung von Selbstmorden in den PLK getroffen wurden und zu welchem Zeitpunkt.“

Wie der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 (Seite 199) mit näheren Angaben entnommen werden kann, hat sich im Jahr 1979 unter Federführung des PLK Weißenau eine „Arbeitsgemeinschaft Suizidalität im Psychiatrischen Krankenhaus“ gebildet und im Jahr 1982 Empfehlungen zum Umgang mit suizidalen Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus herausgegeben. Sie enthalten detaillierte Erläuterungen zu personellen und organisatorischen Fragen und haben Eingang in die therapeutische Praxis gefunden.

Die Verfasser der Empfehlungen gingen davon aus, daß „eine absolute Verhinderung von Suiziden selbst auf geschlossenen Wachstationen auch bei unter realistischen Bedingungen optimalen Beobachtungsmöglichkeiten nicht möglich ist.“ Trotz gesteigerter Sensibilität und Kompetenz für die Suizidgefahr birgt auch das neue Therapieverständnis größere Risiken. Es zielt auf eine möglichst aktive Behandlung und größere Eigenverantwortung der Patienten. Einzelheiten können der Stellungnahme SM, Seite 199 bis 200 entnommen werden.

Im Zusammenhang mit der Vernehmung des Zeugen Prof. Dr. Hole zum Beweisthema „Isolierung und Fixierung wurde der Zeuge auch zur Frage der Suizidgefahr gehört. Dabei war bemerkenswert seine unmißverständliche und bekräftigte Feststellung, bei mehr Personal hätte man Suizide vermeiden können. Dafür könne er konkrete Beispiele nennen. Suizidalität sei natürlich ein „hochkomplexes Geschehen“, gleichwohl könne man aber nach der allgemeinen Einschätzung sagen:

„Bei diesem Suizid oder Suizidversuch hat es eine belegbare Rolle gespielt, daß der Informationsfluß nicht geklappt hat über diesen Patienten, weil es gar nicht möglich war, weil diese Zeit nicht da war und weil es nicht möglich war, ihn in der Weise therapeutisch zu betreuen, wie es notwendig gewesen wäre.

Sie können alle Häuser – ich weiß es von den Ärztlichen Direktoren in der ganzen Bundesrepublik, daß die das sagen – wir alle haben bei uns solche Suizidfälle, wo wir nachträglich sagen müssen: das hätte nicht sein müssen.“ (P 5/27)

Allerdings hat keiner der weiteren befragten Zeugen oder Sachverständigen diese Einschätzung in vergleichbarer Schärfe wiederholt, jedoch auch nicht ausdrücklich ausgeschlossen.

8. Untersuchungsthema:

„Untersuchen, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Krankenhausbedarfsplanung und der Belegung in den geschlossenen Abteilungen Psychiatrischer Krankenhäuser besteht.“

Das Sozialministerium hat in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 im einzelnen dargelegt, daß die Krankenhausbedarfsplanung von geringem Einfluß auf die Belegung in den geschlossenen Stationen ist.

Mit Rücksicht auf die Ausführungen des Sozialministeriums auf Seite 201 bis 203, auf die auch an dieser Stelle verwiesen wird, hat der Untersuchungsausschuß eine weitere Aufklärungsbedürftigkeit nicht gesehen.

9. Vergleiche im folgenden unter III.

III. Würdigung des festgestellten Sachverhalts

Zu Ziffern 1, 2 und 5 des Untersuchungsauftrages

In den letzten zehn Jahren wurden die Strukturen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg tiefgreifend verändert; Krankenhausbehandlung und Pflege wurden voneinander getrennt. Maßregelvollzug und Behandlung von Suchtkranken wurden ebenfalls organisatorisch neu geordnet und jeweils räumlich zusammengefaßt.

Diese Maßnahmen sowie erhebliche therapeutische Fortschritte ermöglichten einen erheblichen Abbau der Betten. Die Verweildauer ist gesunken, wobei der stufenweise Aufbau einer außerstationären Psychiatrie eine wesentliche Rolle gespielt hat.

Die Durchschnittsbelegung der PLK ist in den vergangenen Jahren gesunken, die Zahl der stationär aufgenommenen Patienten pro Jahr ist jedoch gestiegen. Von 1976 bis 1986 haben die Personalstellen im therapeutischen Bereich um 16,5 % zugenommen. Im ärztlichen Bereich um 42,2 %. Durch gegenläufige Entwicklungen ist die Personalsteigerung zum Teil aufgezehrt worden.

Den Strukturwandel haben die PLK dazu genutzt, die vorhandenen Stationen erheblich zu verkleinern. Dies führte aber nicht zu dem erwarteten Abbau des Personalbestandes, sondern zu einer besseren Versorgung der Patienten. Ergänzende Funktionsdienste wie zum Beispiel Beschäftigungs- und Arbeitstherapie haben zur Folge, daß auf der Station zeitweise weniger Patienten verbleiben, die jedoch besser versorgt werden können.

Den Gesamtaufwand steigern neben den höheren Ansprüchen an die psychiatrische Behandlung und den heute schwierigeren Krankheitsbildern der stationär zu behandelnden Patienten auch die ergänzenden Funktionsdienste. Die tariflichen Regelungen der vergangenen Jahre einschließlich der Arbeitszeitverkürzung sind über landesweite Empfehlungsvereinbarungen in die Pflegesätze pauschal eingerechnet worden; die weitergehenden Wünsche der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden dadurch jedoch nicht erfüllt.

Die Ausfallzeiten in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sind höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Die bisherige pauschale Anerkennung eines Zuschlags von 15 % für Ausfallzeiten durch die Kostenträger berücksichtigt die Sondersituation der PLK nicht ausreichend. Die PLK haben Schwierigkeiten, für die Anerkennung höherer Ausfallzeiten Nachweise vorzulegen. Auf dem Weg von der überkommenen „Verwahrpsychiatrie“ zu einer modernen therapieorientierten Behandlung sind die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg in den letzten Jahren ein entscheidendes Stück vorangekommen und können sich bundesweit durchaus mit vergleichbaren Einrichtungen messen. Die Personalziffer (Verhältnis Personal/Patient) betrug in Baden-Württemberg im Jahr 1986 1 : 1,17. In anderen Bundesländern beträgt die Personalziffer 1987 zwischen 1 : 1,22 bis 1 : 1,70. Ein Rückschritt zur Verwahrpsychiatrie früherer Jahre ist nirgendwo erkennbar. Die Strukturveränderung der vergangenen Jahre hat der fachgerechten und humanen Behandlung und Versorgung psychisch Kranker gedient, wengleich die Strukturveränderung selbst in Fachkreisen unterschiedlich beurteilt wird.

Grundlage der bisherigen Pflegesatzverhandlungen der Landesverbände der Krankenkassen waren die Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1969, erweitert um die 40-Stunden-Woche und um die übrigen seit 1969 eingetretenen gesetzlichen und tariflichen strukturellen Verbesserungen für die Arbeitnehmer. Für die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser reicht dieser Maßstab nicht mehr aus.

Die Krankenkassen lehnen – bundesweit – die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Jahre 1985 empfohlenen neuen Anhaltswerte ab. Die vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe empfohlenen Anhaltswerte, die über denen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 lie-

CCD

150

gen, sind ebenfalls nicht bundesweit anerkannt; sie werden auch nicht im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh erreicht.

Die PLK unterliegen in der Bewirtschaftung den gleichen Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen wie die Allgemeinen Krankenhäuser. Nach diesen Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen und dem oben näher beschriebenen „Budget-Prinzip“ haben die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser weitgehende Autonomie bei der Aufteilung des Pflegesatzes auf die drei Bereiche, für die der Ärztliche Direktor, der Pflegedienstleiter und der Verwaltungsdirektor zuständig und verantwortlich sind. Die praktische Handhabung der Befugnisse aus der Autonomie bereitet den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, die seit 1979 einzeln wirtschaftende Betriebe im Sinne des § 26 LHO sind, deutliche Schwierigkeiten.

Zu Ziffern 6 und 7 des Untersuchungsauftrages

Die Zeugen und Sachverständigen haben übereinstimmend deutlich gemacht, daß sich die Qualität der Arzneimittel in den vergangenen Jahren erheblich verbessert hat. Bei ihrer Beurteilung ist eine scharfe Differenzierung nach medizinischer Indikation, Wirkung und Nebenwirkung erforderlich. Der überwiegende Teil von ihnen ist als unverzichtbares Heilmittel in der Psychiatrie anerkannt; dies gilt mit Einschränkung auch für jene Medikamente, die in erster Linie dazu dienen, den Patienten ruhigzustellen.

In der modernen Psychiatrie sind Fixierungen und Isolierungen Mittel der ultima ratio. Unter Beachtung dieses Grundsatzes und unter Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst können Fixierungen und Isolierungen selbst bei denkbar bester personeller Besetzung nicht völlig ausgeschlossen werden. Bei den teilweise gegebenen personellen Besetzungen waren Fixierungen nicht immer zu vermeiden; sie wurden nach den Regeln ärztlicher Kunst vollzogen.

In jedem einzelnen Fall obliegt die Entscheidung über die Isolierung und Fixierung der ärztlichen Anordnung und Verantwortung. Unerlässlich sind eine wirksame Überwachung und eine lückenlose Dokumentation.

Bei der Fixierung ist aus ärztlicher Sicht eine Sitzwache nicht unabdingbar, insbesondere ist eine Betreuung mit einem Schlüssel von 1 : 1 zwischen Patient und Pflegekraft nicht erforderlich.

Die vom Ärztlichen Direktor des PLK Weißenau geschilderten Fälle einer medizinisch nicht einwandfrei indizierten Behandlung mit Psychopharmaka sowie die Häufigkeit von Fixierungen und Isolierungen sind von den anderen Zeugen und Sachverständigen nicht in diesem Ausmaß bestätigt worden. Die im Zusammenhang mit Psychopharmaka immer wieder vorgebrachte Behauptung, die Patienten würden mit Psychopharmaka vollgestopft, ist von den Zeugen und Sachverständigen eindeutig widerlegt worden.

Organisatorisch und personell sind in den PLK die möglichen Vorkehrungen zur Verhinderung von Selbstmorden getroffen. Auch hier gilt der Grundsatz, daß selbst bei idealer personeller Besetzung Suizide nicht völlig auszuschließen sind. Vermehrtes Personal mindert die Gefahr. Kein Zeuge und kein Sachverständiger hielt es für möglich, eine Zahl für das vorzuhaltende Personal zu nennen, bei der Isolierungen und Fixierungen vermeidbar würden und Suizide unterblieben; maßgeblich dafür sind auch von den Zeugen und Sachverständigen vorgetragene Überlegungen zur Finanzierbarkeit, insbesondere zu dem Auseinanderlaufen von Personalkosten und erreichbaren Erfolgen.

Zu Ziffern 3 und 4 des Untersuchungsauftrages

Die Landesregierung war über die personelle und sächliche Ausstattung und über die organisatorischen Verhältnisse in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern informiert.

Die auf Seiten 182 bis 185 in der Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987 vorgelegte Dokumentation bestätigt, daß auch der Landtag über die Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern informiert war und daß die Landesregierung mit ihren Maßnahmen teilweise den Anträgen aus der Mitte des Landtags gefolgt ist.

Die Vorschläge der Bediensteten der einzelnen Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sind der Landesregierung zur Kenntnis gebracht worden in zahlreichen Einzelgesprächen, Dienstbesprechungen und Eingaben sowie durch die auf Wunsch des Sozialministeriums vorgelegten Jahresberichte der einzelnen Häuser.

Durch Vorgespräche mit den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern vor den jährlichen Pflegesatzverhandlungen, durch Verhandlungen unter Beteiligung des Regierungspräsidiums für das Land Baden-Württemberg und in einigen Fällen auch durch direktes Eingreifen in die Pflegesatzverhandlungen sowie durch Verhandlungen des Sozialministeriums mit den Krankenkassen hat die Landesregierung versucht, den Forderungen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Rechnung zu tragen.

Die Pflegesatzvereinbarung 1985 mit den Landeswohlfahrtsverbänden hat die Situation im Pflegefallbereich wesentlich verbessert.

Zu Ziffer 8 des Untersuchungsauftrages

Ein Zusammenhang zwischen der Krankenhausbedarfsplanung und der Belegung in den geschlossenen Abteilungen Psychiatrischer Krankenhäuser ist bei der Beweisaufnahme nicht zutage getreten.

Zu Ziffer 9 des Untersuchungsauftrages

Siehe die Beschlußvorschläge im Dritten Teil.

Das Ergebnis der Beweisaufnahme läßt sich wie folgt zusammenfassen:

Der Standard der psychiatrischen Versorgung im Lande Baden-Württemberg liegt nicht unter dem anderer Bundesländer, in Einzelfällen sogar darüber. Die von dem Sachverständigen Prof. Dr. Dörner vorgelegten Zahlen über Fixierungen im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, dessen Ärztlicher Direktor er ist, zeigen, daß es auch in anderen Bundesländern Fixierungen in vergleichbarer Höhe gibt, und daß in Baden-Württemberg insoweit keine schlechteren Verhältnisse herrschen.

In den PLK werden psychisch Kranke mit großem Engagement des Personals fachgerecht und human behandelt. In Einzelfällen kommt es zu Engpässen der Versorgung und zu Grenzfällen in der Behandlung, die jedoch nicht typisch sind für die Situation in den PLK.

Deshalb sind weitere personelle Verbesserungen vor allem in den Bereichen der Pflege und der Therapie notwendig.

Dieses Kapitel III wurde mehrheitlich beschlossen. Sondervoten der Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion, der Fraktion GRÜNE und der FDP/DVP-Fraktion sind dem Bericht nach dem Dritten Teil angeschlossen.

Dritter Teil:**Beschlußfassung und Antrag des Untersuchungsausschusses**

Der Untersuchungsausschuß empfiehlt dem Landtag, folgendes zu beschließen:

1. Die Landesregierung wird aufgefordert, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um auf die Kostenträger mit dem Ziel einzuwirken, möglichst rasch eine Einigung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kostenträgern über bundesweite Anhaltszahlen für den Personalbedarf in der Psychiatrie herbeizuführen.
2. In der Übergangszeit bis zur Geltung solcher anerkannten Anhaltszahlen soll die Landesregierung
 - mit den Kostenträgern für den Behandlungsfallbereich
 - im eigenen Verantwortungsbereich für den Maßregelvollzug (JM, FM und SM) darauf drängen, daß die Personalschlüssel im Pflege- und Therapiebereich in Stufen jährlich verbessert werden.
3. Die Landesregierung wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, daß die PLK ihre Autonomie stärker als bisher ausschöpfen, insbesondere alle Möglichkeiten eines Stellenaustausches nutzen. Dabei ist von der Erkenntnis auszugehen, daß zum Beispiel der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern in den von ihm getragenen vergleichbaren Einrichtungen unter Ausschöpfung der Autonomie eine moderne aktivierende Pflege bei niedrigeren Pflegesätzen betreibt.
4. Die Landesregierung wird aufgefordert, dem Landtag zu berichten, welche Erfahrungen sie mit der Verbindung von Forschung und Lehre mit einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus – wie im PLK Weissenau praktiziert – bisher gemacht hat.
5. Die Landesregierung wird aufgefordert, dem Landtag zu berichten, ob sie es für angezeigt hält, die bisher beim Justizministerium ausgewiesenen Mittel für den Maßregelvollzug in den Haushalt des Sozialministeriums umzuschichten, um so die finanzielle Seite des Maßregelvollzugs „in einer Hand“ zu haben.
6. Die Landesregierung wird aufgefordert, Richtlinien für ein effizientes Dokumentationssystem über Fixierungen und Isolierungen zu erlassen und ihre Beachtung zu kontrollieren.
7. Die Landesregierung und der Landesarbeitskreis Psychiatrie werden aufgefordert, zu prüfen, welchen langfristigen Aufgabenbereich die PLK im Verhältnis zu den psychiatrischen Abteilungen in den Allgemeinen Krankenhäusern haben sollen.
8. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Öffentlichkeitsarbeit in dem Sinne zu verstärken, daß die Bevölkerung über die Probleme psychisch Kranker aufgeklärt wird.
9. Die Landesregierung wird aufgefordert, über den Vollzug der vorstehenden Ziffern binnen 12 Monaten zu berichten.
10. Der Landtag nimmt Kenntnis des Berichts des Untersuchungsausschusses „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“.
11. Der Untersuchungsausschuß wird aufgelöst.

Anmerkung:

Die einzelnen Beschlußvorschläge wurden mit folgendem Abstimmungsverhältnis beschlossen:

Ziffern 5, 7, 10, 11 Einstimmig

Ziffer 4, 6, 9	Mehrheitlich mit den Stimmen der Ausschußmitglieder der CDU-Fraktion und der FDP/DVP-Fraktion bei Stimmenthaltung der Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion und der Fraktion GRÜNE
Ziffern 1, 2, 8	Mehrheitlich mit den Stimmen der Ausschußmitglieder der CDU-Fraktion und der FDP/DVP-Fraktion gegen die Stimmen der SPD-Fraktion und der Fraktion GRÜNE
Ziffer 3	Mehrheitlich mit den Stimmen der CDU-Fraktion

Angeschlossen:**1. Abweichender Bericht der Abgeordneten Bebbler, Daffinger und Helga Solinger der Fraktion der SPD**

Eigenes Votum der Abgeordneten der SPD im Untersuchungsausschuß:

Die von der Ausschlußmehrheit vorgelegte Bewertung wird den ermittelten Tatsachen nicht gerecht.

1. Sie verharmlost die Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern.
2. Sie macht die Verantwortung der Landesregierung an den Verhältnissen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern nicht ausreichend deutlich.
3. Sie zieht keine genügend konkreten und weitreichenden Konsequenzen aus den festgestellten Tatsachen.

Die Mitglieder der SPD im Untersuchungsausschuß geben deshalb zu den einzelnen Fragen des Untersuchungsauftrages die nachfolgenden abweichenden Antworten und Erläuterungen.

Zu Ziffer 1 des Untersuchungsauftrages:

In den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern haben wichtige positive Strukturveränderungen stattgefunden, die für eine bessere, therapieorientierte Behandlung der Patienten die Voraussetzung bilden.

a) Bettenabbau

Eine Reduzierung der früheren Großanstalten wurde möglich durch die zunehmende Zahl niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, durch den Ausbau, beziehungsweise die Neueinrichtung psychiatrischer Betten an Allgemeinen Krankenhäusern, durch ein wachsendes Angebot an Nachsorgeeinrichtungen, Wohnheimen, therapeutischen Wohngruppen usw. sowie durch erste Schritte zum Ausbau flächendeckender sozialpsychiatrischer Dienste.

b) Verkleinerung der Stationen

Die Verkleinerung der Stationen, die durch die Bettenreduzierung und große Anstrengungen beim Neubau sowie der baulichen Sanierung der PLK ermöglicht wurden, erlaubte eine zunehmende Spezialisierung der Stationen nach Krankheitsbildern und Behandlungszielen.

c) Wissenschaftliche Fortschritte in der Psychiatrie

Die therapeutischen Möglichkeiten und Chancen haben sich vergrößert insbesondere durch Neuentwicklungen bei den Psychopharmaka sowie bei besonders personalintensiven psychotherapeutischen Methoden.

d) Ergänzende Funktionsdienste

Neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal haben neue Berufsgruppen bei der fachgerechten psychiatrischen Behandlung an Bedeu-

tung gewonnen (Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, sozialpädagogische, sozialarbeiterische Begleitung).

e) **Qualitätssteigerung der Behandlung**

Die heute mögliche Behandlungsqualität stellt hohe Anforderungen an die fachliche Qualifikation des gesamten therapeutischen Personals. Es wächst der Bedarf an kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung sowie regelmäßiger Supervision.

f) **Kürzere Verweildauer**

Die Intensivierung der Behandlung in den PLK sowie der Ausbau der sogenannten gemeindenahen Psychiatrie und des ambulanten Bereichs haben zu einer Verkürzung der Verweildauer geführt.

g) **Öffnung nach außen**

Zur Vermeidung von Hospitalisierung und im Bemühen um berufliche und soziale Rehabilitation und Reintegration der Patienten in ihr soziales Umfeld ist die Öffnung der PLK nach außen zunehmend erfolgt.

Gleichzeitig zu diesen positiven Entwicklungen haben sich erschwerende Faktoren eingestellt:

a) **Veränderung der Patientenstruktur**

Die Verbesserung der psychiatrischen Infrastruktur außerhalb der PLK hat dazu geführt, daß zunehmend schwerer kranke Patienten in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sind.

b) **Erhöhte Aufnahmezahlen**

Mit Bettenreduzierung und Verkürzung der Verweildauer geht eine Steigerung der Aufnahmezahlen einher.

c) **Trennung Behandlungs- und Pflegefallbereich**

Die in Baden-Württemberg weitgehend durchgeführte räumliche Trennung von Patienten im Behandlungsbereich und sogenannten Pflegefällen (Alterspatienten, Langzeitkranke, jüngere chronisch schizophrene Kranke) hat im Behandlungsbereich die Tendenz zu schwer akut Kranken verstärkt.

Die Personalbemessung hat die Strukturveränderungen in ungenügendem Maße nachvollzogen, da die Kostenträger nach wie vor Anhaltszahlen aus dem Jahre 1969 zur Grundlage der Pflegesatzverhandlungen machen.

a) **Der Ausgleich für tarifliche Veränderungen (insbesondere Arbeitszeitverkürzungen, Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste und Überstunden) hat nicht voll zu entsprechenden Personalvermehrungen geführt, da in Spitzengesprächen lediglich Pauschalabgeltungen ausgehandelt wurden.**

b) **Die Ausfallzeiten in den PLK liegen weit höher als in anderen Krankenhäusern und haben steigende Tendenz. Sie werden von den Kostenträgern in der Regel lediglich mit 15 Prozent anerkannt, so daß entsprechende Personalvermehrungen nicht stattfinden können.**

c) **Die Veränderung zu höherer Behandlungsintensität und -qualität, zu neuen therapeutischen Methoden und interdisziplinären Behandlungsansätzen wird nur teilweise berücksichtigt.**

d) **Dem Bedarf an Fort- und Weiterbildung sowie Supervision wird nicht ausreichend finanziell und personell Rechnung getragen.**

- e) Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1985 vorgelegten Anhaltszahlen wurden von den Kostenträgern nicht anerkannt. Somit besteht keinerlei Grundlage für eine auch nur annähernd den neuen Strukturen in Psychiatrischen Krankenhäusern angemessene Basis der Personalbedarfsberechnung.

Die Summierung des nicht voll realisierten zusätzlichen Personalbedarfs aus den verschiedenen Bereichen hat zu einem nicht mehr verantwortbaren Personalmangel insbesondere im medizinisch-therapeutischen und Pflegebereich geführt. Damit wurden Verbesserungen in der Behandlungsqualität teilweise wieder zurückgedreht, auf jeden Fall stagniert die Verbesserung im strukturellen, inhaltlichen Bereich, und Neuentwicklungen bei den therapeutischen Methoden können kaum in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern umgesetzt werden. Mit den bewilligten Pflegesätzen ist eine allen Patienten und ihren spezifischen Erkrankungen gerecht werdende humane und nach heutigen Gesichtspunkten fachgerechte Versorgung und Behandlung in der PLK nicht gesichert.

Zu Ziffer 2 des Untersuchungsauftrages:

Die wiederholten nachdrücklichen Hinweise und Beschwerden der verantwortlichen Fachkräfte in den PLK, aus der Öffentlichkeit (Angehörige, Fachverbände, Kirchenvertreter usw.) sowie Vorhaltungen aus der Mitte des Parlaments haben bei der Landesregierung nicht zu erforderlichen Konsequenzen geführt.

- Die Landesregierung als Träger der PLK hat in den vergangenen Jahren versäumt, sich rechtzeitig und nachdrücklich in die Pflegesatzverhandlungen einzuschalten (in den Jahren 1980 bis 1986 wurde eine Stellenvermehrung um 254 erreicht; im Jahre 1987 um 130 Stellen).
- Die Landesregierung hat versäumt, sich auf Bundesebene nachdrücklich für die Erarbeitung sachgerechter Anhaltszahlen zur personellen Ausstattung Psychiatrischer Kliniken einzusetzen, die von den Spitzenverbänden der Kostenträger anerkannt würden.
- Obwohl deutlich war, daß die erzielten Pflegesätze für eine verantwortbare Pflege und Behandlung nicht ausreichten, wurde der Landeszuschuß für Personalkosten gestrichen. Die fehlenden finanziellen Mittel führten zusätzlich zu Wiederbesetzungssperren, womit sich die Situation noch weiter verschärfte.
- Die gegen das Votum aller Fachleute durchgesetzte Trennung von Pflegefall- und Behandlungsbereich führte ebenfalls zu einer weiteren Verschärfung der Situation in beiden Bereichen.
- Die Landesregierung hat in der Öffentlichkeit versucht, ihre Verantwortung als Krankenhausträger einseitig auf die Klinikleitungen der PLK abzuschieben, indem sie diesen Mißmanagement und Nichtausnutzung der „Autonomie“ vorwarf.
- Die Landesregierung hat ihre alleinige fachliche und finanzielle Verantwortung für den Maßregelvollzug nicht ausreichend wahrgenommen, insbesondere nachdem sie das von ihr selbst erstellte Konzept aus dem Jahre 1985 nur ungenügend umzusetzen begann.
- Die Landesregierung hat die Situation in den PLK gegenüber dem Parlament und der Öffentlichkeit verharmlost. Mit dem Versuch, eine Anhörung der medizinischen Direktoren im zuständigen Sozialausschuß zu verhindern, hat die Landesregierung diese Verschleierungstaktik fortgesetzt. Erst nach Einsetzung des Untersuchungsausschusses hat die Landesregierung einen Stellenbedarf entsprechend den Anhaltszahlen 1985 anerkannt.

Die Landesregierung hat den Landtag über die von ihr selbst aufgestellten Konzepte (Maßregelvollzug) und Leitlinien (für Arbeits- und Be-

schäftigungstherapie) nicht informiert und keine Bemühungen unternommen, die finanziellen Voraussetzungen im Landeshaushalt dafür zu schaffen.

Zu Ziffer 3 des Untersuchungsauftrages:

Die Landesregierung war vollständig über die schlechte Situation in den PLK informiert und hat daraus unzureichende Konsequenzen gezogen.

Zu Ziffer 4 des Untersuchungsauftrages:

In ständigen Kontakten und mit der Vorlage von Jahresberichten haben die Bediensteten der PLK die Landesregierung über die Mangelsituation, die Gefährdung der Behandlungs- und Versorgungsqualität usw. informiert. Die Landesregierung ist diesen Beschwerden nicht entschieden nachgegangen und hat keine erforderlichen Konsequenzen gezogen.

Zu Ziffer 5 des Untersuchungsauftrages:

Die gegen das Votum der Fachwelt, vorrangig aus Gesichtspunkten der Kostenermittlung, erfolgte Trennung von Behandlungs- und Pflegefallbereich in den PLK hat dazu geführt, daß

- sich die Situation im Behandlungsbereich verschärft hat (z. B. durch die Verlegung von Langzeitpatienten, die für Hilfestellungen herangezogen wurden und das Klima auf den Stationen verbesserten, durch die Summierung schwer akut erkrankter Patienten),
- im Pflegefallbereich in unzureichendem Maße aktivierende Pflege und therapeutische Maßnahmen erfolgte (dies gilt insbesondere vor der Zeit der Pflegesatzverhandlungen mit den LWV, aber auch heute sind die Pflegesätze nicht ausreichend)

Zu Ziffer 6 des Untersuchungsauftrages:

Es besteht eindeutig ein Zusammenhang zwischen ungenügender Personalausstattung und der Anzahl von Fixierungen und Isolierungen. Bei qualitativ und quantitativ guter Personalausstattung kann durch den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen therapeutischen Bezugspersonen und den Patienten die Notwendigkeit von Fixierungen stark reduziert, die Anwendung von Isolierungen weitgehend verhindert werden. Dies gilt auch für die Dosierung der Medikamente über die medizinisch-therapeutisch angezeigte Höhe hinaus.

Die Betreuung und Begleitung fixierter und isolierter Patienten ist aufgrund fehlender Möglichkeit zur Einzelbetreuung weitgehend unterblieben.

Zu Ziffer 7 des Untersuchungsauftrages:

Aufgrund des Personalmangels waren und sind die PLK nicht in der Lage, alle Voraussetzungen in der therapeutischen Betreuung und bei der nötigen Kommunikation zwischen allen Mitarbeitern zu erfüllen, um die Gefahr von Suiziden und Suizidversuchen soweit wie irgendmöglich zu vermindern.

Zu Ziffer 8 des Untersuchungsauftrages:

Obwohl dieser Punkt nicht ausdrücklich untersucht wurde, bleibt festzustellen, daß aus der ständigen Überbelegung der Akutstationen im PLK Winnenden nicht die erforderlichen Konsequenzen gezogen wurden, etwa durch Vermehrung der Bettenzahl im PLK Winnenden selbst oder im Einzugsgebiet.

Zu Ziffer 9 des Untersuchungsauftrages:

Zur Verbesserung der Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist erforderlich

a) im Behandlungsbereich

1. Anpassung der Anhaltszahlen für die Personalausstattung an den tatsächlichen Bedarf, damit berechnete Forderungen der Patienten, der Angehörigen, der Mitarbeiter sowie der Öffentlichkeit an eine humane, fachgerechte Psychiatrie erfüllt werden können.

Dazu wird die Landesregierung beauftragt, auf Bundesebene für die Entwicklung und Durchsetzung von Anhaltszahlen zu sorgen, die sowohl den ärztlichen und pflegerischen Bedarf (siehe Anhaltszahlen der DKG 1985) als auch darüber hinaus den therapeutischen Bedarf abdecken und als Grundlage für künftige Pflegesatzvereinbarungen dienen.

2. Als wichtiger Faktor zur Reduzierung der Notwendigkeit zu Fixierungen, Isolierungen sowie überhöhter Medikamentendosierungen ist das „Bezugspersonensystem“ beziehungsweise die Möglichkeit zu Einzelbetreuungen zu sichern. Dies gilt auch für die Durchführung unvermeidbarer Fixierungen und Isolierungen.
3. Zur umgehenden Realisierung des sich aus den Anhaltszahlen der DKG 1985 ergebenden Personalbedarfs von jetzt noch 500 Stellen ist die Vorfinanzierung der Personalkosten durch einen entsprechenden Landeszuschuß ab dem Jahre 1988 zu sichern.
4. Die Landesregierung ist aufgefordert, als Träger der PLK mit den Kostenträgern über die Aufstockung der Pflegesätze zur alsbaldigen Ablösung dieser Vorfinanzierung über den Landeshaushalt zu kommen;

b) im Maßregelvollzug

zur Realisierung des Konzepts des Sozialministeriums aus dem Jahr 1985 sind durch Bereitstellung der dazu erforderlichen 230 Stellen die erforderlichen Haushaltsmittel im Etat Justizministerium ab 1988 aufzustocken.

Der Maßregelvollzug ist insofern zu konzentrieren, daß eine Mindestgröße von 60 Patienten garantiert ist, um 3 Stationen nach Behandlungszielen differenzieren zu können;

c) im Pflegefallbereich

da es nicht realistisch erscheint, die weitgehend vollzogene räumliche Trennung des Behandlungs- und Pflegefallbereichs wieder rückgängig zu machen, ist das Schwergewicht auf die Sicherstellung aktivierender Pflege und notwendige ärztliche und therapeutische Versorgung, insbesondere auch für schizophrene Langzeitpatienten, durch ausreichende personelle Ausstattung im Pflegefallbereich zu legen. Die gültigen Pflegeschlüssel, die den Pflegesätzen der LWVs zugrunde liegen, decken insbesondere den Bedarf im ärztlichen und therapeutischen Bereich nicht ab. Allerdings haben die Vertreter des LWV Württemberg-Hohenzollern erkennen lassen, daß sie für eine Korrektur zugänglich sind. Sie haben bereits in Einzelfällen für die Einrichtung von Rehabilitationsgruppen und Werkstätten für Behinderte zusätzliche Personalstellen bereitgestellt. Ebenso haben sie Bereitschaft erkennen lassen, die Arztpauschalen von derzeit 10 DM zu erhöhen, wobei sie allerdings die Anerkennung der Kosten für Krankenhilfe durch die Krankenkassen erwarten.

- Die Landesregierung wird aufgefordert, in Pflegesatzverhandlungen mit den LWVs eine bedarfsgerechte Erhöhung zu erreichen, die ins-

besondere einen eigenständigen ärztlichen Dienst, ausreichendes therapeutisches Personal und Pflegepersonal für eine aktivierende Pflege erlaubt.

- Rehabilitationsgruppen und Werkstätten für Behinderte sind umgehend in allen PLKs einzurichten.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, in Verhandlungen mit den Krankenkassen dafür zu sorgen, daß die Kosten für die Krankenhilfe übernommen und das erforderliche therapeutische und ärztliche Personal finanziert wird.
- Über Initiativen auf Bundesebene muß die Landesregierung dafür sorgen, daß über Bundesgesetzgebung medizinisch gerechtfertigte Kriterien aufgestellt werden zur Definition von Behandlungs- oder Pflegefällen, die zum Beispiel das vorzeitige Abschieben schizophrener Langzeitkranker in den Pflegefallbereich verhindern. Generell muß eine Durchlässigkeit zwischen Behandlungs- und Pflegefallbereich sichergestellt sein.

Hinsichtlich der abweichenden Auffassung der Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion zum Sachbericht (vgl. Zweiter Teil, I und II) wird auf Anlage 5 (S. 217 ff.) verwiesen.

2. Abweichender Bericht des Abgeordneten Dr. Schwandner, Fraktion GRÜNE

„Wer über manchen Dingen seinen Verstand nicht verliert, hat keinen zu verlieren.“ Lessing

Nur wenige gesundheitspolitische Themen haben so viel mit Politik zu tun wie Psychiatrie. Ein anderes Beispiel wären die laufenden Auseinandersetzungen um die Immunschwächenkrankheit Aids, die derzeit das dominierende Thema in der Bundesrepublik ist. Hier gibt es klare Frontenverteilungen zwischen rechtsradikalen Scharfmachern vom Schlage eines Gauweilers und toleranteren Positionen, die Teile der CDU, SPD und der Grünen umfaßt, bei allen unterschiedlichen Positionen, die sich bei einer näheren Betrachtung im Detail zeigen.

Die Auseinandersetzung um eine menschenwürdige Psychiatriepolitik ist ebenfalls nicht ohne ständigen politischen Bezug zu führen. Stellt doch das wesentliche Kennzeichen jeder Psychiatriepolitik die Auseinandersetzung um Begriffe wie psychisch krank oder psychisch normal dar. Die Bandbreite des Normalitätsbegriffes ist dabei stets von der konkreten historischen sozio-kulturellen Situation abhängig, wie dies eine Fülle von psycho-historischen, anthropologischen und ethnologischen Arbeiten zeigen. Was in den einen Gesellschaften noch als normale Verhaltensweise gilt, wird in anderen als anormal oder krank etikettiert. Das heißt, der Krankheitsbegriff hat immer auch eine Grauzone und einen Bereich der Unschärfe. Dies gilt schon in der Körpermedizin (vergleiche den Aufsatz von Wolfgang Gerok „Gesundheit – eine utopische Vorstellung?“ in F.A.Z. vom 22. Februar 1986), um so mehr in der Psychiatrie. Nicht ohne Grund wird deswegen der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie nur stets eingeschränkt zu benutzen und stets zu hinterfragen sein, kann er doch zur Stigmatisierung, Aussonderung führen. Ohnehin sind Krankheitsbezeichnungen in der Psychiatrie oft nur Annäherungsdiagnosen. Klaus Dörner formulierte dazu, „daß unter wissenschaftlichen Kriterien die ganze Einrichtung der psychiatrischen Diagnostik nach dem Modell der Körpermedizin fragwürdig geworden ist und ihrem eigenen Anspruch, Ordnung und Handlungsanweisungen zu vermitteln, nicht gerecht wird.“ (Klaus Dörner, „Diagnosen der Psychiatrie“, Frankfurt 1975, Seite 141). Gänzlich fragwürdig wird die psychiatrische Diagnose dort, wo sie zum direkten politischen Disziplinierungsmittel wird.

Meines Erachtens bedeutet die Bezeichnung eines Menschen als psychisch Kranken jedoch nicht zwangsläufig eine negative Stigmatisierung. Historisch gesehen bedeutet sie trotz und gegen Michel Foucault einen Fortschritt, weil mit dem Krankheitsbegriff auch ein Heilanspruch und ein

Therapiegebot einhergehen kann und muß. Das Fallen der Ketten der psychisch Kranken in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ist ohne jede Frage ein Fortschritt. (Im Irrenhaus in Pforzheim sind im übrigen 20 Jahre früher als in Paris schon im Jahre 1773 die Kranken von ihren Ketten befreit worden.)

Aber auch die therapeutische psychiatrische Intervention bedeutet, gleich wie in der Körpermedizin, stets auch einen Eingriff in die Integrität (die allerdings „beschädigt“ ist), um diese wieder herzustellen. Dies ist das Grunddilemma jeder Medizin. Um so sorgfältiger gilt es, jedes medizinische Verfahren auf seine Notwendigkeit, Zulässigkeit usw. zu prüfen. Dies bedeutet dann, daß jede psychiatrische Intervention einen schwierigen Balanceakt zwischen diesem Eingriff in die diagnostizierte „Schädigung“ der Integrität und der Wiederherstellung derselben darstellt. Die materiell zu verwirklichenden Grund- und Menschenrechte müssen dabei stets die Meßlatte sein. Während in der Körpermedizin sowohl die Beschreibung der „beschädigten“ Integrität in der Regel verhältnismäßig einfach ist und die therapeutischen Interventionen mit ihren Vorteilen und Risiken einfacher einzuschätzen sind, ist dies im Bereich der Psychiatrie nur in wenigen, allerdings bedeutenden Bereichen möglich. Hier sei auf die erheblichen (und fragwürdigen) Schädigungen bei der Elektroschockbehandlung, gehirnchirurgischen Eingriffen und, etwas weniger eindeutig, bei dem Einsatz von Psychopharmaka hingewiesen (vergleiche den Hinweis des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Dörner zu dem Urteil des OLG Hamm). Viel schwieriger ist dabei die Qualität der psychotherapeutischen Intervention einzuschätzen, reicht sie von der analytisch aufdeckenden „Ich-Stärkung“ bis zur „Gehirnwäsche“. Es gilt aber, für alle Interventionen die Kriterien für die Notwendigkeit eines therapeutischen Eingriffs gerade wegen der oftmals kaum merkbaren Manipulationsgefahr streng zu formulieren.

Zu einer inhaltlichen Kritik der Psychiatrie gehört jedoch stets auch eine sorgfältige Institutionsanalyse ihrer Praxis, das heißt eine Kritik derjenigen Institutionen, die das psychiatrische Versorgungssystem umfassen, wie dies der Untersuchungsausschuß für ein Teilgebiet — nämlich der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser — sich vorgenommen hat. Gerade angesichts der deutschen Geschichte muß diese Analyse sich stets der Geschichtsträchtigkeit der psychiatrischen Institutionen bewußt sein. Erinnert sei hier an die Vernichtungsaktion der Nationalsozialisten, vor allem in den Jahren 1940/41, als über 70 000 psychisch kranke Menschen aus Kliniken und Heimen zur Vernichtung abtransportiert wurden. In Baden und Württemberg sind dabei über 10 000 Menschen in der Vernichtungsanstalt Grafeneck auf der Schwäbischen Alb ermordet worden (Karl Morlock, „Wo bringt ihr uns hin?“, Stuttgart 1985 und Hermann Rückleben, „Deportation und Tötung von Geisteskranken aus den badischen Anstalten der Inneren Mission Kork und Mosbach“, Karlsruhe 1981.)

Durch die Zerschlagung der Psychiatrie in Deutschland in der Zeit des Nationalsozialismus und dem daraus folgenden Rückstand in der Bundesrepublik im Vergleich zum Ausland, zum Beispiel USA, begann eine öffentliche Auseinandersetzung über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik leider erst Anfang der 70er Jahre mit der Einsetzung einer Enquete-Kommission des Bundestages. Fortschrittliche Organisationen wie zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie forderten damals die Auflösung der Großkliniken, die zu diesem Zeitpunkt mehr oder weniger ausnahmslos unmenschliche Psychoknäste darstellten. Die psychiatrische Versorgung fand bis Mitte der 70er Jahre fast ausschließlich in solchen Kliniken statt. Diese Auflösungsforderung hatte zum damaligen Zeitpunkt eine enorme politische Schubkraft entwickelt. Nach großen öffentlichen Auseinandersetzungen ist es dann allerdings jahrelang still um die Psychiatriepolitik geworden. Eine Mit-Ursache war, daß die Empfehlungen der Enquete-Kommission, die ohnehin nicht weitreichend genug waren, in ihren Vorstellungen ein menschenwürdiges psychiatrisches Hilffssystem zu formulieren, nur halbherzig in Angriff genommen wurden. Sozialpsychiatrische Ansätze wurden in zahlreichen Modellversuchen bis Ende 1985 bis zur Unkenntlichkeit kleingehackt. Dazu kommt, daß es in den

Großkliniken einen erheblichen Modernisierungsschub gab, der antipsychiatrischen Ansätzen teilweise ihren Stachel nahm. Kritik an der Psychiatrie ist allerdings nur durch eine genaue Analyse der vorfindlichen Realitäten möglich. Eine Psychiatriekritik Ende der 80er Jahre kann sich nicht in dem Wiederholen antipsychiatrischer Positionen mit den Argumentationsmustern aus dem Beginn der 70er Jahre erschöpfen, sondern sie muß sich auf die aktuelle Situation einlassen, und es ist auch strategisch zu überlegen, welche politische Forderungen welche Schubkraft entwickeln. Wenn sich die institutionellen Formen der Psychiatrie etwas (und sicherlich unzureichend) geändert haben, kann dies nicht ohne Auswirkungen auf die politischen Forderungen sein.

Dazu kommen ohne Zweifel wissenschaftliche Fortschritte der Psychiatrie, die mit spezifischen Behandlungsangeboten unter anderem auch eine Verbesserung der Prognosen erzielten. Ein Literaturhinweis möge an dieser Stelle genügen: M. Gastpar, „Forschungsergebnisse für die Depressionsbehandlung in der Praxis“, in Z. Allg. Med. 63, 41–45 (1987), Stuttgart 1987. Dies gilt auch gerade für den Bereich der chronisch Kranken, belegt sei dies durch einige Zitate aus einem Editorial des Deutschen Ärzteblattes (das anti-psychiatrischer Anflüge völlig unverdächtig ist). „Chronisch bedeutet in der Medizin, daß eine Krankheit langwierig verläuft beziehungsweise ständig anhält. Dieses Charakteristikum trifft auf viele psychische Krankheiten zu. Jedoch ist langdauernd nicht gleichzusetzen mit unveränderlich, noch weniger mit progredient im Sinne von fortschreitend. Die meisten chronischen psychischen Krankheiten zeigen auf längere Sicht eine bemerkenswerte Variabilität und erstaunliche Tendenzen zur Besserung.“ Und weiter: „Schizophrenien galten lange Zeit als progredient schlechthin, sie wurden geradezu als ‚Prozeßpsychosen‘ bezeichnet. Das erwies sich als falsch. Der Irrtum war auf Anstaltsartefakte im doppelten Wortsinn zurückzuführen: zum einen war die Zunahme von Krankheitserscheinungen zu einem wesentlichen Teil Hospitalismusfolge, ohne in der Krankheit selbst unbedingt begründet zu sein, zum anderen beschränkten sich die älteren Verlaufsuntersuchungen auf eben diese hospitalisierten Patienten.“ (Reiner Tölle in Deutsches Ärzteblatt 84, S. 30 bis 32, Heft 43, (22. Oktober 87.)

Eine politische Bewertung der Zeugenvernehmungen und der Zeugenaussagen der Sachverständigen und der Analyse des zugänglichen Materials bedarf der Offenlegung der eigenen Bewertungskriterien. Dies ist im vorherigen schon weitestgehend geschehen und bedarf an dieser abschließenden Stelle nur nochmals einer schlaglichtartigen Zusammenfassung. Unsere Kriterien orientieren sich an der weitgehenden Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen (etwa in der Richtung wie sie Luc Ciompi beschrieben hat), dies schließt die psycho-analytische Denkweise im Sinne einer „kritischen Theorie des Subjektes“ (vgl. Alfred Lorenzer, Klaus Horn u. a.) ausdrücklich mit ein. Dies hat in der Folge dann Konsequenzen für eine präventive Psychiatriepolitik zum einen und gleichfalls Konsequenzen für die strukturellen Bedingungen und inhaltlichen Orientierungen der Institutionen, die psychiatrische Hilfsangebote vorhalten sollen. Unsere wohlwollende Sympathie gehört deswegen den Gruppen, die immer wieder (auch manchmal über das Ziel hinausschießend) herrschende Institutionen kritisieren und damit diesen Denkprozeß in Gang halten. Notwendig wäre auch eine gemeindenahere Orientierung (vgl. Reiner Tölle, „Patientennahe und gemeindenahere Versorgung“, in Deutsches Ärzteblatt 84, S. 25 ff., Heft 10, 5. März 87), bei aller Skepsis gegenüber der politischen Fiktion der Gemeinde, wie dies Wolf-Dieter Narr in seinem Vortrag am 9. Mai 1986 bei der Tagung des Mannheimer Kreises zum Thema „Utopien und Alltagspraxis. Von der Anstalt in den ambulanten Bereich“ in Stuttgart formuliert hat. „Das ist eine der großen Schwächen gemeindepsychiatrischer Orientierung. Sie lebt von der Fiktion einer Gemeinde. Als hätten die – fast hätte ich gesagt real existierenden – Gemeinden heute nicht längst all das an Kommunalität verloren, was sich zu retten lohnen könnte. Als wären die Gemeinden heute nicht längst primär untere, fiskalisch oft ausgeblutete Instanzen der Bürokratie. Als müßten nicht Gemein-

den sehr neuer Art erst geschaffen werden ...“ (Zit. Nach unveröffentlichtes Manuskript Mai 86/Januar 87.)

Bewertung der Zeugenvernehmungen und Sachverständigenanhörung

Die Bewertung beschränkt sich auf fünf Punkte, die uns wesentlich zu sein scheinen. In der Bewertung geht es weniger darum, wer wie was von wem erfahren hat, sondern mehr um eine Einschätzung, ob und wie heute in den neuen psychiatrischen Landeskrankenhäusern des Landes Menschen behandelt (nicht im Sinne einer therapeutischen Behandlung) werden. Welche Chancen auf Heilung sie haben, welche Möglichkeiten der Rehabilitation und der Reintegration ins Alltagsleben für sie angeboten werden. Welche Grund- und Menschenrechtsverletzungen aus welchen Gründen auch immer an der Tagesordnung sind. Die Frage nach den politisch Verantwortlichen stellt sich dann erst am Ende.

Nicht eingegangen werden soll auf den Komplex der Suizide, stellt sich dieses doch als ungeheuer komplexes Thema dar. Unabhängig davon machen wir uns die Zeugenaussage von Prof. Hole zu eigen, der eine Anzahl verhinderbarer Selbstmorde vermutet. Jenseits davon neige ich trotz allem eher zur Ansicht Jean Amérys, der in seinem glänzenden Buch formulierte, daß „der Diskurs über den Freitod erst dort beginnt, wo die Psychologie endet“. (Jean Améry, Hand an sich legen, Stuttgart 1983, Seite 27, weiter zum Thema: Erwin Stengel, Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt 1961, und Heinz Henseler, Narzistische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmordes, Reinbek 1974.)

Oder anders ausgedrückt: ich bin skeptisch, ob die Zahl der Suizide in einer Klinik ein Maßstab für die Qualität der Behandlung darstellen kann.

1. Fixierung und Isolierung von Patienten

Ohne Frage gibt es in der Psychiatrie Situationen, die ohne diesen schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Menschen nicht auskommen. Diese „Freiheitsberaubung“ (Sachverständiger Klaus Dörner) bedarf aber einer sorgfältigen Indikation und Betreuung. Wir machen uns hier die Einschätzung des Sachverständigen Klaus Dörner zu eigen, der eine Fixierung nur mit einer ständigen Bezugsperson für zulässig hält. Damit dies jedoch stets gewährleistet ist, ist deswegen auch ausreichendes Personal vorzuhalten. Es darf weder eine Fixierung noch eine Isolierung von Patienten aus bloßem Personalmangel geben, und sei es auch, weil die entstehende Krise zu spät abgefangen werden kann. Teilt man diese Einschätzung – daß jede darüber hinausgehende Fixierung und Isolierung eine Grundrechtsverletzung ist, heißt die in Konsequenz, daß solche Grundrechtsverletzungen in den Baden-Württemberger Psychiatrischen Landeskrankenhäusern aus Personalmangel vorkommen.

2. Verabreichung von Psychopharmaka

Die Verschreibung von Psychopharmaka in bestimmten Krisensituationen bedeutet einen therapeutischen Fortschritt, wenn sie lege artis vorgenommen wird. Das heißt entsprechend einer kritischen Einschätzung der Dosierungsempfehlungen der Hersteller, so sparsam wie irgend möglich und nicht, um den Stationsbetrieb womöglich aus Personalmangel aufrechtzuerhalten. Psychopharmaka können potentiell persönlichkeitszerstörend wirken und bedeuten dann eine Grundrechtsverletzung im Sinne Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes. (Belege dafür gäbe es genügend.) In Baden-Württemberger PLK gibt es sehr wohl einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Verabreichung von Psychopharmaka. Das heißt, diese Arzneimittel werden auch aus anderen als medizinischen Gründen verabreicht.

3. Lage der Menschen, die als Pflegefälle eingestuft werden

Die Trennung von psychiatrisch erkrankten Menschen in Behandlungs- und Pflegefälle ist fachlich erheblich umstritten. Hier sei auf die Stellungnahmen der einzelnen Berufsverbände und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hingewiesen. (Siehe auch Editorial Deutsches Ärzteblatt s. oben). Gerade im psychiatrischen Bereich ist der Vergleich zur Körpermedizin besonders fragwürdig. So gesehen bekommt die Kritik des Krankenhausberatungsinstituts Zürich eine andere (und humanere) Wendung (Analyse der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie, vom 10. Dezember 1985, 30. April 1987, Seite 10).

Gerade im Pflegefallbereich ist die Situation besonders schlecht, kann doch eine über eine Grundpflege hinausgehende Betreuung der Menschen nicht organisiert werden. Es ist weder eine den Ansprüchen einer humanen Psychiatrie entsprechende Therapie möglich, noch gibt es gezielte Ausgliederungs- und Integrationsprogramme, um diesen Menschen das Leben außerhalb der Anstalt zu ermöglichen.

In der Tat ist es so, daß die Eingruppierung eines Menschen als Pflegefall mit einer Verschlechterung seiner Heilungschancen (entgegen dem Stand der Wissenschaft) einhergeht, sie letztlich nur aus ökonomischen Gründen erfolgt, um Kosten zu sparen. Hier sei zum Schluß noch auf die abenteuerlich niedrigen Pflegesätze hingewiesen.

4. Therapie in der Psychiatrie

In dem Untersuchungsausschußbericht ist von verschiedenen Schwellen die Rede, Betriebsschwelle, Therapieschwelle, Perspektivschwelle. Die „Schwellerei“ vernebelt fast die harte Tatsache, daß die Behandlung in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern nicht auf der Höhe des wissenschaftlichen Standards – jenseits der Ansichten, welche wissenschaftliche Richtung die richtige sei – ist. Fast nirgends wird durchgehend die ominöse „Therapieschwelle“ erreicht, die nach dem untergründigen Verständnis des Untersuchungsausschußberichtes doch wohl diejenige sein soll, die dem Standard eines reichen und zivilisierten Landes entsprechen würde.

Präziser ausgedrückt heißt dies, daß in den baden-württembergischen PLKs vor allem aus Personalmangel zu spät, zu wenig und nicht ausreichend behandelt werden kann. Da sich gerade in der Psychiatrie die Prognose schon bei Therapiebeginn im wesentlichen entscheidet (Prof. Dr. Linden) heißt dies, daß Menschen de facto um ihre optimalen Therapiechancen gebracht werden. Sie bekommen nur geringere Hilfsmöglichkeiten, als dies möglich wäre.

Einschränkend sei hinzugefügt, daß eine großzügigere Personalausstattung als heute beispielsweise der Stand dessen, was die DKG 1985 vorschlug, lediglich den strukturellen Rahmen ermöglichen, von dem aus Therapie gelingen kann. Ob dies dann auch tatsächlich gelingt, hängt dann des weiteren von den konkreten Therapieangeboten ab. So problematisch Vergleiche zur Körpermedizin sind, hier wäre dann doch einer angebracht. Gäbe es ähnliche Situationen in der Körpermedizin, wären Aufschreie der Entrüstung die Folge. Man stelle sich einmal vor, Patienten mit einer akuten Bauchfellentzündung würden aus Personalmangel nicht sofort, sondern erst einige Tage später operiert werden. Oder ein Beinbruch würde lediglich verschraubt und nicht verplattet und verschraubt werden oder die sofortige Therapie eines Herzinfarktes würde unterbleiben oder ein Patient bliebe länger in Narkose, weil das Personal anderweitig beschäftigt ist!

In Baden-Württemberg haben wir nirgends die Situation einer psychiatrischen Überversorgung, wie wir sie zum Teil in der Körpermedizin haben, die dann auch mit entsprechenden ethischen Problemen einhergehen. (Vergleiche die Diskussion um die Unmenschlichkeit gelegentlicher Intensiv-

medizin oder die ethischen Diskussionen um Kunstherz und Fortpflanzungsmedizin.) Es geht in der Psychiatrie heute erst um die Regel- und um die Zentralversorgung (um gebräuchliche Kategorien zu benutzen). (Erlaubt sei auch hier ein kurzer Ausblick und Hinweis, daß gentechnologische Verfahren und Analysen und der Einsatz von Neuropeptiden die ethische Diskussion in der Psychiatrie, mit den Möglichkeiten solcher Art Manipulation Tür und Tor zu öffnen, sich zuspitzen wird.)

5. Forensische Psychiatrie

Dies ist mit eines der traurigsten Kapitel des Untersuchungsausschusses, wobei wir ausdrücklich bedauern, daß wir für diesen Komplex zu wenig Zeit hatten. Gerade der Bereich der forensischen Psychiatrie ist in seinem politischen und wissenschaftlichen Gehalt sehr umstritten (hingewiesen sei hier auf die furchtbare Rolle, die psychiatrische Gutachter zum Teil in Gerichtsprozessen spielen, beispielsweise in dem Verfahren gegen Peter Jürgen Boock). Jenseits dieser Kritik ist die Situation in Baden-Württemberg jedoch die, daß nach einhelligen Zeugenaussagen diesen Menschen nicht die mögliche Therapie angeboten werden kann. Dazu kommt die ungeheure Belastung des Personals mit dieser schwierigen Patientengruppe.

Fazit

Verantwortlich im direkten Sinne (jenseits einer grundsätzlichen Herrschaftsanalyse) für die Zustände in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern sind sowohl Krankenhausträger als auch die Kostenträger. Ohne jede Frage stellen die Kostenträger zu wenig finanzielle Mittel für die Hilfsangebote psychiatrisch erkrankter Menschen zur Verfügung. Dies zeigt sich schon an der absoluten Höhe (bzw. Tiefe) der Pflegesätze. Gerade wenn man einen Vergleich zu den Pflegesätzen in der Körpermedizin heranzieht (und die Krankenhauskosten sind ja zu 70 % Personalkosten) sieht man, welche finanziellen Spielräume nach oben noch notwendig sind. Verantwortlich sind aber auch die Träger, das heißt das Land Baden-Württemberg/das Sozialministerium, die durch zu laue Rahmenbedingungen Menschen um ihre Therapiechancen bringen und die Fürsorgepflicht gegenüber den Beschäftigten verletzen.

Zu fordern wäre statt dessen ein psychiatrisches Gesamtkonzept, das präventiv orientiert ist, sich strukturell weitgehend dezentralisiert, personell ausreichend ausgestattet und inhaltlich vielfältig organisiert ist. Dabei müßte der Schwerpunkt auf den strikten Vorrang ambulanter Hilfe gelegt werden. Dies ist bei dem derzeitigen, höchst rudimentären Stand der ambulanten Hilfen in Baden-Württemberg noch nicht möglich (hier gälte es auch, das Behandlungsmonopol niedergelassener Ärzte zu knacken). Es muß deswegen zuerst das Personal in den Landeskliniken um ein sinnvolles Maß erhöht werden, damit von diesem Niveau aus dann ein Umbau der psychiatrischen Hilfsangebote erfolgen kann. Erst mit einer dann solcherart umgestalteten Psychiatrie ist es möglich, die Grund- und Menschenrechte auch materiell zu verwirklichen.

Beschl u ß e m p f e h l u n g e n

1. Der Stellenplan in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist um 40 % zu erhöhen. Diese Zahl ergibt sich aus den Anhaltszahlen der DKG von 1985, ergänzt um Komplementärangebote. Die Kostenträger werden aufgefordert, umgehend diesen Plan zu verwirklichen, bis dahin finanziert das Land die Fehlstellen aus dem Landeshaushalt.
2. Der Personalschlüssel im Pflegebereich muß entsprechend dem Behandlungsbereich erhöht werden.
3. Im Bereich der forensischen Psychiatrie werden die Stellen analog 1 erhöht, außerdem wird die Landesregierung aufgefordert, diesen Bereich

- vom Justizhaushalt in den Haushalt des Sozialministeriums zu übertragen.
4. Die Landesregierung wird aufgefordert, einen Kongreß mit dem Titel „Ansprüche an die Psychiatrie“ unter Beteiligung des Sozialausschusses zu veranstalten.
 5. Die Landesregierung wird aufgefordert, die Öffentlichkeitsarbeit in dem Sinne zu verstärken, daß die Bevölkerung für die Probleme von psychisch Kranken sensibilisiert und aufgeklärt wird.
 6. Die Landesregierung soll im Haushalt des Sozialministeriums eigene großzügige Titel für die Arbeit von Selbsthilfeinitiativen im Bereich der Psychiatrie einrichten.
 7. Die Landesregierung wird aufgefordert, einen Gesamtplan Psychiatrie zu erstellen, der den Vorrang einer regionalisierten ambulanten Versorgung vor stationären Angeboten unter Berücksichtigung eines Umbaus der Landeskrankenhäuser im Sinne einer Bettenreduktion in den Landeskrankenhäusern und eines Angebotes von allgemein psychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungspflicht beinhaltet.

Gerd Schwandner
Fraktion GRÜNE

November 1987

3. Abweichender Bericht des Abgeordneten Haag, FDP/DVP-Fraktion

Würdigung der Ergebnisse durch die FDP/DVP-Landtagsfraktion

Die Strukturen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser haben sich seit den 70er Jahren erheblich verändert. Dabei ging es einmal um Veränderungen auf der Behandlungsebene. Die Psychologie einschließlich der Psychoanalyse haben sich zum gleichgewichtigen Faktor neben der Psychiatrie entwickelt und die Behandlungsmethoden ganz wesentlich beeinflußt. Die Einstellung zur Behandlung mit Psychopharmaka, in die man zunächst große Hoffnungen gesetzt hatte, hat sich gewandelt, wozu auch die zunehmenden Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen dieser Arzneimittel nicht unwesentlich beigetragen haben.

Diese Umstellung der Behandlungsmethoden ist nur mit einem erhöhten und besser bzw. anders qualifizierten Fachpersonal machbar.

Ganz wesentliche Veränderungen vollzogen sich auch im organisatorischen Bereich. Die Krankenpflege wurde von der Krankenbehandlung getrennt; die Behandlung der Suchtkranken und der Maßregelvollzug wurden neu geordnet und räumlich zusammengefaßt.

Durch den Auf- und Ausbau der sogenannten gemeindenahen Psychiatrie wurden die PLK entlastet, wobei nicht nur die außerstationäre Psychiatrie, sondern auch die vermehrte Einrichtung von psychiatrischen Betten in den allgemeinen Krankenhäusern zu erwähnen ist. Allerdings haben medizinische Fortschritte in der Heilbehandlung und die sogenannte gemeindenahen Psychiatrie bislang nur dazu beigetragen, die Verweildauer in den PLK zu senken und dadurch einen erheblichen Bettenabbau zu ermöglichen. Die Zahl der in den PLK aufgenommenen Patienten pro Jahr ist jedoch gestiegen, wobei sich zeigte, daß die PLK nach wie vor die überwiegende Zahl der schwierigen Fälle zu betreuen haben. Der Vorwurf, die Einrichtungen außerhalb der PLK würden sich auf die sogenannte Edelpsychiatrie beschränken, kann allerdings in dieser Form nicht bestehen bleiben.

Den Bettenabbau haben die PLK dazu benutzt, die vorhandenen Stationen zu verkleinern. Man erhoffte sich damit eine quantitativ bessere Versorgung der Patienten. Allerdings haben besonders kleine Stationen bei Ausfällen des Pflegepersonals erhebliche Schwierigkeiten, ihre Aufgaben zu erfüllen, wobei diese Ausfälle höher sind als bei allgemeinen Krankenhäusern. Die hohe psychische und sonstige Belastung des Krankenhauspersonals, die durch die Trennung von Krankenbehandlung und Pflege noch verstärkt worden ist, trägt wesentlich zu diesen hohen Ausfallzeiten bei. Allerdings haben die PLK gewisse Schwierigkeiten, das Mehr an Ausfallzeiten zu spezifizieren.

Die Krankenkassen, die nach geltendem Recht für die Betriebskosten der PLK aufkommen müssen, haben den organisatorischen und medizinischen Veränderungen nur unvollkommen Rechnung getragen. Die erfolgten Verbesserungen waren viel zu gering. Dies lag zunächst daran, daß die PLK als eine Nachwirkung aus der Zeit vor 1945 gegenüber den somatischen Kliniken erheblich benachteiligt waren (Halbierungserlaß) und diesen ungünstigen Ausgangspunkt hinsichtlich der personellen Ausstattung nicht aufholen konnte.

Den PLK war es nicht möglich, den durch den oben geschilderten Strukturwandel der letzten Jahre bedingten Mehrbedarf gegenüber den Kostenträgern (Krankenkassen) durchzusetzen. Die Krankenkassen lehnen bundesweit die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Jahre 1985 empfohlenen Anhaltswerte ab und verweisen grundsätzlich auf die Anhaltswerte von 1969. Allerdings wird an diesen Zahlen nicht mehr streng festgehalten, weil die Unzulänglichkeit dieses Zahlenmaterials insbesondere im psychiatrischen Bereich allmählich anerkannt wird.

Die PLK wurden in ihren Bemühungen um mehr Personal durch das Land in seiner Eigenschaft als Krankenhausträger sehr unzureichend unterstützt, wobei von den Krankenkassen und dem Sozialministerium die Auswirkungen des Strukturwandels entweder nicht zur Kenntnis genommen oder aus der Kenntnisnahme nicht die richtigen Konsequenzen gezogen worden sind. Die Desorientiertheit des Sozialministeriums ergibt sich nicht zuletzt aus den völlig entgegengesetzten Stellungnahmen im Laufe des Jahres 1987. Erst relativ spät setzte sich dort die Erkenntnis durch, daß die PLK an einem erheblichen Personalmangel leiden. Zum Vergleich kann hier auf die psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser verwiesen werden. Hier haben die Krankenhausträger (Kommunen und freigemeinnützige Träger) grundsätzlich für einen besseren Personalschlüssel gesorgt.

Besonders mißlich bei den bisherigen Bemühungen der PLK um mehr Personal war die Tatsache, daß die Qualifizierungsoffensive in der Psychiatrie erst relativ spät einsetzte und die Bemühungen der PLK um mehr Personal in den letzten Jahren auf die generellen Bemühungen der Kostensenkung im Krankenhauswesen trafen.

So sind die PLK auf dem Weg von der überkommenen Verwahropsychiatrie zur modernen therapieorientierten Behandlung nicht in dem medizinisch erforderlichen Umfang vorangekommen. Im Gegenteil, die Unterschiede zwischen Häusern mit Chefärzten alter und neuer Schule wurden teilweise dazu benützt, den Häusern mit aufwendigerer Behandlung vorzuziehen, die anderen Häuser würden doch auch mit ihrem Pflegepersonal auskommen.

Dies wahr wohl nur möglich, weil die Gewichtung von Psychiatrie herkömmlicher Art und der Psychologie im weiteren Sinn bei der Behandlung psychisch Kranker ein immer noch nicht abgeschlossener und abgeklärter Prozeß ist. Es fehlt im Zusammenspiel von Psychiatrie und Psychologie an allgemein anerkannten Behandlungsstandards und Therapieformen. Dies hat nicht nur medizinische, sondern auch ganz entscheidende organisatorische Auswirkungen. So rügt das Krankenhausberatungsinstitut Zürich in seiner Analyse vom 30. April 1987 zu Recht, daß die Verantwortungsbereiche der Psychiater einerseits und der Psychologen bzw. Psychotherapeuten

andererseits mit allen Auswirkungen auf das sonstige Personal nicht genügend abgeklärt seien.

Angesichts allgemein anerkannter Behandlungsstandards und Therapieformen ist es sehr schwierig, exakte personelle Anforderungsprofile zu entwickeln und diese gegenüber den Krankenkassen auch durchzusetzen. Das Krankenhausberatungsinstitut Zürich kann deshalb den Personalbedarf der PLK ebenfalls nur an Hand der in den einzelnen Häusern angewandten Praktiken durch Personalbefragung empirisch abschätzen, wobei es darauf hinweist, daß es gerade bei der sehr zeitaufwendigen Gesprächstherapie, die bis zu 30 % der gesamten Behandlungszeit betragen kann, an Behandlungsstandards fehlt. Dies gilt auch hinsichtlich des Qualifikationsprofils der Behandler.

Bei dieser Sachlage ist auch dem Landtag ein Urteil darüber, in welchem Umfang sich die PLK im Gegensatz zur reinen Verwahrung bereits im Therapiebereich befinden, nicht abschließend möglich. Er kann nur feststellen, daß im Personalbereich ein ganz erhebliches Defizit vorliegt und die Bedarfsprofile des Krankenhausberatungsinstituts Zürich, das den Personalmehrbedarf mit durchschnittlich 35 % angibt, vorläufig als zutreffend angesehen werden müssen.

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich auch, warum sich der Untersuchungsausschuß in großem Umfang mit der Frage befaßt hat, was an den PLK nicht sein darf (Fixierung, Isolierung, Sedierung von Patienten aus nicht medizinischen Gründen etc.) und die Frage, was an Behandlungsvolumen wirklich erforderlich ist, letzten Endes nicht geklärt werden konnte.

Auf diese Fragestellung sollten sich jedoch nach Auffassung der Fraktion der FDP/DVP die Interessen zukünftig konzentrieren, wobei sich das als notwendig Angesehene einer ständigen Effizienz- und Qualitätskontrolle unterwerfen muß. In diesem Zusammenhang wäre auch zu klären, ob die wohl mehr aus Kostengründen (Ermittlung der Trägerschaft) erfolgte strikte Trennung von Behandlungs- und Pflegebereich auch aus medizinischen und psychologischen Gründen sinnvoll war.

Die Fraktion der FDP/DVP fordert daher, daß

- die Organisation der PLK unter medizinischen, psychologischen und behandlungseffizienten Gesichtspunkten zu überprüfen ist und insbesondere die Verantwortungs- und Anordnungsbereiche auf dem Sektor der Psychiatrie und Psychologie zu klären sind,
- auf wissenschaftlicher Grundlage allgemein anerkannte Behandlungsprofile und daraus Anforderungsstandards für das notwendige Personal zu entwickeln sind,
- in der Übergangsphase PLK und Krankenhausträger bei den Krankenkassen auf der Grundlage der Analyse des Krankenhausberatungsinstituts Zürich auf eine erhebliche Personalvermehrung drängen und Pflegegesetzverhandlungen notfalls streitig durchgezogen werden müssen,
- geprüft wird, welchen langfristigen Aufgabenbereich die PLK im Verhältnis zu den psychiatrischen Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern haben sollen und ob die PLK nicht grundsätzlich zugunsten psychiatrischer Betten in Allgemeinkrankenhäusern erheblich reduziert oder in andere Trägerschaft überführt werden sollen.

9/5120

- 168 -

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit, Familie und Sozialordnung
Baden-Württemberg**

Stellungnahme

zum Auftrag des Untersuchungsausschusses

„Situation der Psychiatrischen

Landeskrankenhäuser“

Antrag der SPD-Fraktion auf Drucksache 9/4415

Stuttgart, den 10. August 1987

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Vorbemerkung	
I. Ausgangslage der stationären Versorgung	173
II. Die Rahmenbedingungen sind bundesweit schwierig	173
III. Seit 1958 Aufbau- und Nachholprogramm in Baden-Württemberg	174
IV. Personalentwicklung: Trotz Nachholbedarf Fortschritt	176
V. Personalvermehrung durch gegenläufige Entwicklungen zum Teil aufgezehrt	177
VI. Insgesamt bleibt ein Fortschritt in der Personalausstattung	179

	Seite
VII. Krankenkassen und Landeswohlfahrtsverbände sind die wesentlichen Kostenträger	179
VIII. Pflegesätze haben sich ständig nach oben entwickelt	180
IX. Das Land gibt Zuschüsse	181
X. Kein Stillstand bei den Bemühungen um weitere Verbesserungen	182
B. Zu einzelnen Punkten auf Drucksache 9/4415	
Zu 3.:	
(Welche Kenntnisse Mitglieder der Landesregierung über die personelle und sächliche Ausstattung und über die organisatorischen Verhältnisse in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hatten welche Konsequenzen sie daraus gezogen haben)	182
Zu 4.:	
(Wann welche Vorschläge von den Bediensteten zur Verbesserung der Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern gemacht worden sind und welche Konsequenzen die Landesregierung daraus im einzelnen gezogen hat)	185
Zu 5.:	
(Zu welchen Folgen die Trennung von Behandlungs- und Pflegebereichen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hinsichtlich der personellen Ausstattung der jeweiligen Funktionsbereiche sowie die Versorgung der Patienten geführt hat)	194
I. Ausgangspunkt war eine inhaltliche Neuorientierung	194
II. Die räumliche Trennung bringt Vorteile	195
III. Wie wirkt sich die räumliche Trennung aus?	195
IV. Mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungen externer Institute	196
Zu 6.:	
(Welche Zusammenhänge zwischen personeller Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sowie der Zahl der fixierten Patienten und der Isolationszellen bestehen)	197
I. Basis jeglicher Behandlung ist eine Vertrauensbeziehung zwischen Therapeut und Patient	197
II. Zusammenhänge zwischen personellen Engpässen und der Zahl der fixierten Patienten sind zahlenmäßig nicht darstellbar	197
III. Fixierungen sind nicht immer vermeidbar	198
IV. Dämpfende Psychopharmaka können helfen	198

Zu 7.:

(Welche organisatorischen und personellen Vorkehrungen zur Verhinderung von Selbstmorden in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern getroffen wurden und zu welchem Zeitpunkt) 199

- I. Die „Arbeitsgemeinschaft Suizidalität im psychiatrischen Krankenhaus“ hat Empfehlungen herausgegeben 199
- II. Personalsituation und Suizidverhalten sind schwer darstellbar 199

Zu 8.:

(Inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Krankenhausbedarfsplanung und der Belegung in den geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser besteht) 200

- I. Die Betten in den PLK sind seit 1977 deutlich verringert worden 201
- II. Geringer Bettenabbau im Behandlungsfallbereich 201
- III. Erheblicher Bettenabbau im Pflegefallbereich 202
- IV. Leichter Bettenzuwachs im Maßregelvollzugsbereich 203
- V. Besonders starker Bettenabbau im Bereich der Suchtkrankenentwöhnung 203

Zu 9.:

(Welche Beschlüsse des Landtags und welche Maßnahmen der Landesregierung hinsichtlich des Landeshaushalts, der Pflegesatzgestaltung und des Personalschlüssels erforderlich sind, um die Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern zu verbessern) 203

- I. Welche Rahmenbedingungen sind zu beachten? 203
- II. Im Behandlungsfallbereich ist die bundesweite Entwicklung von Einfluß 204
- III. Im Land strebt das Sozialministerium Stufenpläne an 204
- IV. Für den Pflegefallbereich gibt es bereits eine Einigung über die Personalschlüssel 205
- V. Der Maßregelvollzug muß personell ausgebaut werden 206
- VI. Zuschuß des Landes ist nicht zur Abdeckung von Betriebskosten bestimmt 206
- VII. Kein Bedarf für tiefgreifende organisatorische Maßnahmen 206
- VIII. Das Bauprogramm wird fortgesetzt 207

Anlagen *)

Anlagen 1 a-1 i: Kennziffer der einzelnen PLK

Anlage 2: Durchschnittliche Verweildauer in den PLK (1980-1986)

Anlage 3: Entwicklung der Stationen bei den PLK (1982-1986)

Anlage 4: Stationsentwicklung nach Funktionsbereichen (Verhältnis Personal : durchschnittlich belegte Betten)

Anlage 5: Personal-Anhaltzahlen Psychiatrie

Anlage 6: Entwicklung der Betten in den PLK (1980-1987)

Anlage 7: Personalbedarf der PLK nach den DKG-Anhaltzahlen 1985

*) Die in diesem Bericht erwähnten Anlagen werden nicht mit abgedruckt. Sie können im Archiv des Landtags eingesehen werden.

A. Vorbemerkung

I. Ausgangslage der stationären Versorgung

Die derzeitige Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Baden-Württemberg wird nur vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung verständlich.

Als im 19. Jahrhundert die Neueinrichtung stationärer psychiatrischer Behandlungsbereiche für notwendig erachtet wurde, errichtete man diese gemeindefern als überregionale Einheiten. Voten für eine gemeindenahe Betreuung konnten sich damals nicht durchsetzen. Die Patienten wurden in den Häusern vorwiegend auf Dauer verwahrt.

In den 20er Jahren dieses Jahrhunderts wurde an verschiedenen Stellen begonnen, die Therapie und die Rehabilitation in den Vordergrund zu stellen – durch Nachbetreuungen nach stationärer Behandlung und durch intensivere Behandlung im Krankenhaus. Der Nationalsozialismus hat diese Entwicklungen zerschlagen.

In den 50er Jahren erfolgte dann zunächst der Wiederaufbau der verwahrenden Krankenhausstrukturen. Es galt, überhaupt eine ausreichende und menschenwürdige Grundversorgung sicherzustellen („Aufbau- und Nachholprogramm“). Seit etwa Mitte der 60er Jahre häuften sich die Versuche, wieder an den Beginn in den 20er Jahren anzuknüpfen. Klaren Ausdruck fanden diese Bestrebungen in der Psychiatrie-Enquete von 1975, an die sich große Hoffnungen der damals jungen Psychiatergeneration hefteten.

Grundlegender Wandel innerhalb von 10 Jahren

Das Erscheinungsbild der Psychiatrie in Baden-Württemberg hat sich in den vergangenen 10 Jahren wesentlich verändert:

- In den PLK wurden die verwahrenden Strukturen abgelöst durch die Einrichtung einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Psychiatrie.
- Die gemeindenahe Psychiatrie wurde bisher an sechs Standorten durch die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verwirklicht. Fast die Hälfte aller Betten in der Akutpsychiatrie bestehen außerhalb der PLK.
- Der Ausbau der außerstationären Versorgung wurde vorangetrieben: Die Landesregierung hat 1982 ein Landesmodellprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären Psychiatrie in die Wege geleitet. Heute bestehen 28 Übergangseinrichtungen mit 737 Plätzen, 130 betreute Wohngemeinschaften mit 839 Plätzen, 210 Patientenclubs, Angehörigengruppen, Kontaktgruppen und Laienhelfergruppen sowie 16 Werkstätten für psychisch Behinderte mit 1 187 Plätzen. Ende dieses Jahres werden 39 sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet sein.

II. Die Rahmenbedingungen sind bundesweit schwierig

Die Reformbemühungen in den 70er Jahren gingen von einer denkbar schlechten organisatorischen und personellen Situation aus. Die therapeutisch rehabilitative Psychiatrie erfordert aber im Vergleich zur verwahrenden wesentlich mehr und qualifizierteres Personal.

Noch immer besteht ein personeller Nachholbedarf.

Heute ist in allen PLK die neue Krankenhausgliederung in Abteilungen, in Funktionsbereiche und in verschiedenen spezialisierte Stationen verwirklicht.

So werden die berechtigten Behandlungsbedürfnisse der Patienten sichtbarer. Gerade deshalb werden aber auch heute im Gegensatz zu früher Personalengpässe deutlicher und spürbarer. An vielen Stellen kann in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht noch nicht von einer dem Stand der psychiatrischen Wissenschaft entsprechenden Versorgung gesprochen werden. Auf Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Betreuern lastet, daß sie ihren therapeutischen Vorstellungen aus Zeitmangel teilweise nur unvollständig nachkommen können.

Es besteht also wegen der inzwischen erreichten Fortschritte eine „Durststrecke“, die möglichst schnell durch die Ausstattung mit genügend qualifiziertem Personal beendet werden sollte.

Diese Entwicklung ist nicht auf Baden-Württemberg beschränkt.

Sie ist in vergleichbarer Art im ganzen Bundesgebiet festzustellen. Hierauf ist immer wieder hingewiesen worden. So vom Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West („Bundesdirektorenkonferenz“) mit einer bundesweiten Resolution vom 11. Mai 1987. So auch wiederholt – zuletzt mit einer Presseverlautbarung vom 12. Mai 1987 – die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, deren Mitglied das Sozialministerium ist.

Die Einrichtung der gemeindefernen Verwahrspsychiatrie vor hundert Jahren und deren Beibehaltung bis Anfang der 70er Jahre haben Bedingungen geschaffen, unter denen eine moderne Psychiatrie nur unter großen Anstrengungen entwickelt werden konnte. Die überkommenen Gegebenheiten erschweren bis heute eine durchgehend fachgerechte Behandlung und Versorgung psychisch Kranker.

III. Seit 1958 Aufbau- und Nachholprogramm in Baden-Württemberg

Das Land Baden-Württemberg hat sich frühzeitig der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung und Rehabilitation psychisch Kranker gestellt. Der Landtagsbeschluß vom 1. Februar 1956 war die Grundlage des im Jahre 1958 aufgestellten „Aufbau- und Nachholprogramms“ des Landes.

Abkehr von der Verwahranstalt

Durch den finanziellen Einsatz des Landes wurden kontinuierlich bessere Therapiemöglichkeiten geschaffen und wesentliche Fortschritte in der Behandlung und Betreuung der Patienten erzielt. Eine Rückentwicklung zur Verwahrspsychiatrie früherer Zeit findet nicht statt.

Breite fachliche Differenzierung

Die PLK sind heute fachlich ausdifferenzierte Krankenhäuser. Sie sind gegliedert in

- Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie, Neurologie und Jugendpsychiatrie (bei einigen PLK) sowie in
- Funktionsbereiche für Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchttherapie, Psychotherapie, Rehabilitation/Sozialpsychiatrie, Innere Medizin, forensische Psychiatrie und Neurologie.

Modernes und vielfältiges Behandlungsangebot

Es erfolgen ärztliche und psychotherapeutische Gespräche, medikamentöse Behandlung, Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik, Sporttherapie, Musiktherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, autogenes Training, verschiedenste weitere psychologische und psychotherapeutische Behandlungsverfahren, pädagogische Förderung, Betreuung durch Sozialarbeiter.

Verbundsystem Psychiatrie

Die PLK stellen nicht mehr einen nach außen abgeschlossenen Bereich dar. Sie sind vielmehr eingebunden in die Versorgungsstrukturen der psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen, der ambulanten Betreuungsangebote und der komplementären Bereiche.

Weitreichende bauliche Sanierung

Durch das „Aufbau- und Nachholprogramm“ des Landes haben die PLK baulich eine gute, teilweise optimale Einrichtungsstruktur und Bausubstanz erhalten. Es wurden die Voraussetzungen geschaffen, den Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts bessere Lebensbedingungen zu bieten und die Therapiemöglichkeiten zu erweitern. Die Belegung in den Krankengebäuden wurde aufgelockert, in breitem Umfang wurden Möglichkeiten der Arbeits- und Beschäftigungstherapie realisiert, Gemeinschaftseinrichtungen, wie zum Beispiel Patientencafés und Bibliotheken, wurden eingerichtet.

Eine Milliarde für Baumaßnahmen und Einrichtungen

Das Land hat für diese Maßnahmen nahezu 900 Millionen DM aus dem Hochbauetat und zusätzlich allein in den Jahren von 1980 bis 1986 zirka 97 Millionen DM für Geräte, Einrichtung und kleinere Baumaßnahmen aus Mitteln des Sozialministeriums investiert.

Entwicklung des Hochbauetats (ohne Zuschüsse des Sozialministeriums)

1. Fertiggestellte Baumaßnahmen							885 Millionen DM		
von 1958 bis 31. Dezember 1986									
2. Darin enthalten: IST-Ausgaben in Millionen DM									
1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
								(Soll)	
37,5	44,7	40,4	40,3	38,1	40,9	35,9	24,6	33,4	

Damit wurden bereits verwirklicht:

- Sanierung und Ausbau der Versorgungsbereiche
- Neubau von sieben Aufnahme- und Behandlungsgebäuden, darunter das 1985 fertiggestellte Aufnahme- und Behandlungszentrum im PLK Wiesloch mit einem Bauaufwand von rund 90 Millionen DM
- Auflockerung und Modernisierung des Bettenbestands durch 28 neue Krankengebäude und durch Sanierung von Altbauten in erheblichem Umfang. In Neubauten wurden dabei rund 3 700 Betten geschaffen, über 2 000 Betten wurden generalsaniert.
- Neubau der Landeslinik Nordschwarzwald in Hirsau (Inbetriebnahme 1974)

- Schaffung von Gemeinschaftseinrichtungen und 27 Arbeitstherapiehallen im Rahmen des 1974 vom Landtag beschlossenen Sonderausbauprogramms
- Personalunterkünfte, Tages-, Nachtkliniken und Übergangseinrichtungen.

Diese Maßnahmen schaffen die Voraussetzungen für eine zeitgemäße Therapie. Sie bedeuten eine Verbesserung des therapeutischen Klimas.

Das Aufbau- und Nachholprogramm ist noch nicht abgeschlossen.

In den nächsten Jahren stehen noch Maßnahmen in Höhe von zirka 171 Millionen DM heran, um den baulichen Erfordernissen der PLK gerecht zu werden.

Bei diesem noch anstehenden Sanierungsprogramm handelt es sich um

- die Fortführung der Sanierung von Krankengebäuden; geschätzter Bauaufwand rund 89 Millionen DM
- den weiteren Ausbau von Gemeinschaftseinrichtungen; geschätzter Aufwand rund 35 Millionen DM sowie um
- die Erneuerung und Modernisierung von Wirtschafts- und Versorgungsbe-
reichen; geschätzter Aufwand rund 74 Millionen DM.

IV. Personalentwicklung: Trotz Nachholbedarf Fortschritt

In 10 Jahren ist die Belegung um ein Sechstel zurückgegangen und das Personal um ein Sechstel gewachsen.

Von 1976 bis 1986 hat die Personalausstattung der PLK um 16,7 % von 4 380 auf 5 110 Kräfte zugenommen. Gleichzeitig ist die Belegung von 7 150 auf 5 966 Patienten um 16,6 % zurückgegangen. Dabei sind teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter auf „Vollkräfte“ umgerechnet. Maßgeblich ist die tatsächliche Besetzung.

Die Belegung gibt an, wie viele Patienten in einem PLK tatsächlich stationär versorgt sind. Gemeint ist der Durchschnitt eines Jahres. Wegen der deutlichen Verringerung der Verweildauer (vgl. S. 178/179) ist die Gesamtzahl der Patienten und damit der belegten Betten geringer geworden, obwohl heute im Verlauf eines Jahres mehr Kranke stationär aufgenommen werden als vor 10 Jahren (vgl. S. 178/179). Deshalb ist das Verhältnis Personalvermehrung/Belegungsrückgang eine wichtige, wenn auch keine absolute Bezugsgröße.

Das Verhältnis Personal zu Patienten hat sich wie folgt entwickelt:

Jahr	besetzte Stellen	durchschnittliche Belegung	Verhältnis Personal/Patient
1970	3 171	8 400	1 : 2,65
1976	4 380	7 150	1 : 1,63
1980	4 856	6 572	1 : 1,35
1986	5 110	5 966	1 : 1,17

Somit Veränderung 1976-1986:

Personal: + 730 Stellen (+ 16,7 %)
 Belegung: - 1 184 Patienten (- 16,6 %)

Das Verhältnis Personal/Patient (Personalziffer) hat sich von 1976 bis 1986 um 28,2 % verbessert.

Eine Umfrage bei anderen Bundesländern hat für das Jahr 1987 geringere Personalziffern ergeben. Sie reichen von 1 : 1,22 bis 1 : 1,70.

Aufschlußreich ist die Personalentwicklung im therapeutischen Bereich:

Jahr	Ärzte + Psychologen	Pflegedienst (jeweils IST- Besetzung)	med. techn. Dienst/ Funktionsdienst Sonderdienst
1970	190	1 915	202
1976	268	2 193	472
1980	343	2 225	579
1986	381	2 447	590

Veränderung 1976–1986:

+113 (+42,2 %) +254 (+11,6 %) +118 (+25,0 %)

Insgesamt haben die Personalstellen im wichtigen therapeutischen Bereich in 10 Jahren um **485** zugenommen. Das ist ein Zuwachs um **16,5 %**. Bei den Ärzten und Psychologen liegt der Zuwachs bei **42,2 %**.

Die Entwicklung in den einzelnen PLK ist unterschiedlich.

Grundsätzlich bleibt es den PLK selbst überlassen, in welchen Bereichen sie – im Rahmen des im Pflegesatzverfahren zugebilligten Budgets – das Personal einsetzen und vermehren. Aus Anlage 1 geht hervor, daß insbesondere im Pflegedienst die Personalzahlen unterschiedlich zugenommen haben.

V. Personalvermehrung durch gegenläufige Entwicklungen zum Teil aufgezehrt

Geringere Wochenarbeitszeit, Urlaubsvermehrung, arbeitsfreie Tage

Ein Teil der Personalaufstockung wird von der in den letzten Jahren eingetretenen kürzeren Arbeitszeit verschluckt. Je nach Alter – bei Angestellten auch je nach Vergütungsgruppe – ergibt sich seit dem Jahre 1976 eine Verringerung der Jahresarbeitszeit bei Pflegekräften zwischen 3,1 und 4,3 % bei den Angestellten und zwischen 6,9 und 8,1 % bei den Beamten. Der Rückgang der Arbeitszeit bei den Beamten ist deshalb größer, weil sie bis 1979 eine längere Wochenarbeitszeit hatten. Etwa 15 % der Pflegekräfte stehen im Beamtenverhältnis.

So arbeiten etwa die angestellten Krankenschwestern im Alter von 30 bis 40 Jahren um 4 % kürzer als im Jahr 1976 und die beamteten Pflegekräfte um 8,1 %.

Überdurchschnittliche Ausfallzeiten wirken sich aus.

In den PLK – wie in allen Krankenhäusern – fallen in erheblichem Umfang Ausfallzeiten durch Krankheit und Mutterschutz an. Nach

den Richtlinien des Wirtschaftsministeriums für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung der Krankenhäuser vom 18. Juli 1984 (GABl. S. 704) ist in den Anhaltszahlen bereits ein allgemeiner Zuschlag für Ausfallzeiten aller Art (einschließlich Urlaub) von 15 v. H. enthalten. Eine entsprechende Regelung besteht seit Inkrafttreten der Anhaltszahlen für die Personalbemessung der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969. Darüber hinaus erkennen die Krankenkassen zum Teil höhere Ausfallzeiten an (z. B. im PLK Weissenau 20 %).

Fallen höhere Ausfallzeiten mit einer Personalvermehrung zusammen, so mindern sie faktisch ebenfalls deren Wirkung.

Die Ausfallzeiten in den PLK betragen - in Prozentzahlen ausgedrückt - tatsächlich:

Jahr	insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst
1983	19,45 (100 %)	17,65 (100 %)	21,10 (100 %)
1984	20,30 (104 %)	18,24 (103 %)	20,92 (99 %)
1985	21,21 (109 %)	17,13 (97 %)	22,82 (108 %)
1986	21,99 (113 %)	17,61 (100 %)	23,88 (113 %)

Die PLK sind gehalten, auf eine Verringerung der überdurchschnittlichen Ausfallzeiten hinzuwirken.

In zunehmenden Maße sind schwierigere Patienten zu versorgen.

Hier macht sich der Ausbau der außerstationären Versorgung bemerkbar. Außerdem erlauben die Fortschritte in der Therapie, daß ein Teil der Patienten alsbald wieder entlassen wird. Die chronisch und zunehmend multimorbiden Kranken bleiben dagegen länger und erfordern mehr Zuwendung von Arzt und Betreuer.

Geringere Verweildauer macht zusätzliche Arbeit.

Die Verweildauer ist bei sechs von neun PLK infolge intensiver Betreuungsmaßnahmen kürzer geworden, bei einem PLK auf niedrigem Niveau konstant geblieben. Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer lag bei den einzelnen PLK in den Jahren 1980 bis 1986 zwischen 41 % und 2 % (vgl. Anlage 2). Der Verweildauerrückgang ist die Folge einer intensiven und differenzierten Behandlung und Betreuung. Er war nur über mehr Pflegeaufwand zu erreichen.

Auch die steigende Zahl der Aufnahmen wirkt sich belastend aus.

Die Zahl der Aufnahmen pro Jahr hat von 1976 bis 1986 um 34 % zugenommen. Die Aufnahmehäufigkeit wird in der folgenden Tabelle deutlich:

Aufnahmen in den PLK in Baden-Württemberg

1976	19 846
1977	20 682
1978	23 036
1979	24 951
1980	24 956
1981	24 610
1982	23 370

1983	24 038
1984	24 624
1985	25 912
1986	27 121

Die größere Zahl der Aufnahmen belastet die PLK nicht nur wegen der vermehrten Eingangs- und Entlassungsuntersuchungen. Der häufigere Wechsel hat Rückwirkungen auch auf das therapeutische Klima in den Stationen. Die Vorbereitung der Entlassung macht viele Bemühungen nach außen um eine sinnvolle Rehabilitation erforderlich. Die administrativen Aufgaben nehmen ebenfalls zu.

VI. Insgesamt bleibt ein Fortschritt in der Personalausstattung

Trotz der aufgezeigten gegenläufigen Entwicklungen kann von einer Rückentwicklung auf den Stand früherer Jahrzehnte nicht gesprochen werden.

Im Gegenteil:

Die Stationen sind erheblich kleiner geworden.

Gleichzeitig hat sich ihre Zahl in den letzten Jahren kaum verändert (vgl. Anlage 3). Auf den Stationen steht folglich mehr Personal zur Verfügung. Dadurch ist die Betreuung des einzelnen Patienten – ausgedrückt in Pflegeminuten – gewachsen.

Wie sich die Personalsituation auf den einzelnen Stationen aller PLK entwickelt hat, geht aus Anlage 4 hervor.

Der Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste (z. B. Beschäftigungstherapeut, Krankengymnast, Masseur) wirkt sich entlastend aus.

Zwar wird der Pflegedienst durch die Aufgabe, einen Teil der Patienten zu den Funktionsdiensten zu verbringen und von dort abzuholen, zusätzlich belastet. Gleichzeitig sind auf den Stationen über mehrere Stunden am Tag weniger Patienten zu betreuen. Die verbleibenden Patienten können so mehr Zuwendung erhalten.

Die Qualität der Ausbildung steigt.

Dies eröffnet Chancen, die bei den Personaleinstellungen zunehmend stärker genutzt wurden und noch mehr genutzt werden müssen.

Die patientenwirksame Personalverbesserung läßt sich jedoch nicht exakt quantifizieren.

Immerhin ist das Verhältnis Personal/Patient in 10 Jahren um 28,2 % günstiger geworden (vgl. S. 176/177). Gegenläufige Entwicklungen haben diesen Fortschritt nur teilweise aufgehoben.

Gleichwohl müssen die Bemühungen um mehr Personalstellen nachdrücklich fortgesetzt werden.

VII. Krankenkassen und Landeswohlfahrtsverbände sind die wesentlichen Kostenträger

Die Krankenkassen tragen nach der Reichsversicherungsordnung und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz alle notwendigen Kosten für eine zweckmäßige und ausreichende Krankenversorgung. Für Pflegebedürftige sind die Landeswohlfahrtsverbände Kostenträger. Die Landesversiche-

rungsanstalten und die Bundesversicherungsanstalt tragen die Kosten für die Entwöhnung von Suchtkranken. Für den Maßregelvollzug liegt die Kostenträgerschaft beim Land.

Bisher 73 zusätzliche Stellen für 1987.

Mit den Kostenträgern finden jährlich Pflegesatzverhandlungen statt (nicht für den Maßregelvollzug). Die Verhandlungen werden gemeinsam von Regierungspräsidium und Krankenhausleitung durchgeführt. In besonderen Einzelfällen wirkt das Sozialministerium mit; dieses führt auch allgemeine Verhandlungen mit den Kostenträgern.

Für 6 PLK sind die Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen für 1987 abgeschlossen. Die Zahl der bisher erreichten 73 zusätzlichen Stellen wird nach Abschluß der diesjährigen Verhandlungsrunde noch deutlich höher liegen.

Die Anhaltzahlen von 1969 sind bereits überschritten.

Diese Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für den Behandlungsbereich sind auf die 40-Stunden-Woche fortgeschrieben worden. Sie bilden noch immer die Grundlage für die Personalbemessung (vgl. Anlage 5). Mit Ausnahme des PLK Emmendingen ist es jedoch in den Pflegesatzverhandlungen der letzten Jahre gelungen, über die Anhaltzahlen von 1969 hinausgehende Personalschlüssel zu erreichen – vielfach auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeitsgutachten. Die Gutachter sind (durch die Prüfungsrichtlinien des Wirtschaftsministeriums) seit 1984 gehalten, auch die günstigeren Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen.

Ziel ist eine Annäherung an die neuen Anhaltzahlen 1985.

Diese von der Deutschen Krankenhausgesellschaft geforderten neuen Werte (vgl. Anlage 5) sind von den Kassen bisher bundesweit noch nicht anerkannt worden. Das Sozialministerium bemüht sich nachhaltig um eine Übernahme der neuen Zahlen. Es strebt hierfür einen mehrjährigen Stufenplan mit den Krankenkassen an.

Seit 1985 gibt es den neuen Personalschlüssel der Landeswohlfahrtsverbände.

Für den Pflegefallbereich hat das Land eine vertragliche Neuordnung erreicht. Der mit den Landeswohlfahrtsverbänden vereinbarte Personalschlüssel geht über die Anhaltzahlen hinaus, die sonst für Pflegeheime gelten (vgl. Anlage 5).

Für den Maßregelvollzug hat das Land 1987 acht zusätzliche Pflegestellen zur Verfügung gestellt.

VIII. Die Pflegesätze haben sich ständig nach oben entwickelt

Die finanzielle Ausstattung der PLK ist in den letzten Jahren stark gewachsen. Das Gesamtvolumen der Wirtschaftspläne der 9 PLK ist von 345 Millionen DM im Jahr 1979 auf knapp 454 Millionen DM im Jahre 1987 angewachsen (+ 32 %); und dies, obwohl die Belegung um 11 % zurückgegangen ist und die Betten um etwa 20 % vermindert worden sind.

Die durchschnittlichen Pflegesätze der PLK (KHG-Bereich) haben sich seit 1979 wie folgt entwickelt:

1979	109,19 DM
1980	119,17 DM
1981	132,44 DM
1982	140,94 DM
1983	146,01 DM
1984	149,68 DM
1985	159,74 DM
1986	165,92 DM
1987	182,99 DM

Das Pflegesatzniveau in Baden-Württemberg liegt höher als im Bundesdurchschnitt. Dort betrug (nach den Feststellungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) der durchschnittliche Pflegesatz im Jahre 1984 für das Fachgebiet Psychiatrie/Neurologie 134,18 DM.

IX. Das Land gibt Zuschüsse

Sie kommen zu den Leistungen aus dem Hochbauetat hinzu. Sie sollen jedoch nicht die Kostenträger entlasten, sondern Aufwendungen abdecken, die nicht pflegesatzfähig sind. Dazu gehören namentlich Investitionskosten bis zu einer halben Million DM, Kosten aus Forschung und Lehre (beim PLK Weissenau), Teilkosten der Personalwohnheime sowie die Ausgaben für die Außenfürsorge.

Die Zuschüsse für die PLK bei Kap. 0930 haben sich seit 1979 wie folgt entwickelt:

1979	26 381 400 DM
1980	26 572 200 DM
1981	22 164 900 DM
1982	21 070 600 DM
1983	20 587 600 DM
1984	16 325 200 DM
1985	15 550 350 DM
1986	14 188 400 DM
1987	13 143 400 DM
1988	13 550 900 DM.

Der Landeszuschuß darf nicht isoliert betrachtet werden:

Vielmehr ist wegen des wesentlich verbesserten Kostendeckungsgrads bei den Pflegesätzen in den letzten Jahren das den Krankenhäusern zur Verfügung stehende Investitionsvolumen im wesentlichen konstant geblieben. Dabei unterliegt der Zuschußbedarf jährlich gewissen Schwankungen, da größere Geräteanschaffungen (z. B. Computertomographen, EDV-Anlagen) sowie die vollständige Einrichtung von größeren Neubauten nicht in jedem Jahr gleichmäßig anfallen.

Das Gesamtengagement des Landes für die PLK im Jahre 1986 betrug rund 71 Millionen DM.

Was den PLK zugeflossen ist, ergibt sich aus folgender Tabelle:

Jahr	Justiz- ministerium ¹⁾	Finanz- ministerium ²⁾	Sozial- ministerium	insgesamt
– in Millionen DM –				
1979	16,5	37,5	26,4	80,4
1980	23,2	44,7	26,6	94,5
1981	21,8	40,4	22,2	84,4
1982	25,0	40,3	21,1	86,4
1983	28,3	38,1	20,6	87,0
1984	27,3	40,9	16,3	84,5
1985	31,3	35,9	15,6	82,8
1986	32,0	24,6 ³⁾	14,2	70,8
zusammen	205,4	302,4	163,0	670,8

¹⁾ Kostenträger für den Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB

²⁾ Baumaßnahmen ab 500 000 DM Gesamtbaukosten

³⁾ Die Sollzahl für 1987 beträgt 33,4 Millionen DM.

X. Kein Stillstand bei den Bemühungen um weitere Verbesserungen

Über die gegenwärtige Situation und das bisher Erreichte gibt eine Übersicht über jedes einzelne PLK (vgl. Anlage 1) Auskunft.

Heute stehen Zielvorstellungen für die Behandlung im Vordergrund, die im Vergleich zu früher erheblich anspruchsvoller sind und in Richtung auf eine Vermehrung und höhere Qualifizierung des Personals gehen. Zwar ist festzustellen, daß die PLK in den vergangenen 10 Jahren auf dem Weg zu einer humaneren Psychiatrie ein großes Stück vorangekommen sind.

Ein optimaler Ausbau der stationären Versorgung ist jedoch noch nicht erreicht.

Deshalb sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Lage der PLK zu verbessern. Das Land setzt dabei auch auf die Verantwortlichkeit der Kostenträger. Es ist auf deren Hilfe angewiesen.

B. Zu einzelnen Punkten auf Drucksache 9/4415

Zu 3.:

(Welche Kenntnisse Mitglieder der Landesregierung über die personelle und sächliche Ausstattung und über die organisatorischen Verhältnisse in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hatten und welche Konsequenzen sie daraus gezogen haben)

Die Landesregierung hat dem Landtag mehrfach über die Situation der stationären und außerstationären Versorgung psychisch Kranker und Be-

hinderter sowie über die mit dem Betrieb der PLK zusammenhängenden Fragen berichtet. Sie hat dabei die eingeleiteten oder beabsichtigten Maßnahmen dargestellt. Dies gilt auch für die – in Ziffer 5 des Antrags genannte – Durchführung der räumlichen Trennung bei den PLK und für die – in Ziffer 9 des Antrags aufgeführten – Fragen zur personellen Versorgung der PLK.

Insgesamt hat die Landesregierung in dieser und in der vergangenen Legislaturperiode 29mal zu den PLK dem Landtag berichtet:

1. *Antrag der Abg. Schätzle u. a. CDU betr. Situation der stationären und außerstationären psychiatrischen Versorgung (Drucksache 8/193)*
 - *Weiterentwicklung der PLK (Belegung, personelle Ausstattung, Entwicklung der Therapieformen und Rehabilitationsmaßnahmen, Stand des Aufbau- und Nachholprogramms, Umstellung der PLK auf eigenwirtschaftliche Bereiche)*
2. *Kleine Anfrage der Abg. Schätzle u. a. CDU betr. stationäre und außerstationäre Psychiatrie (Drucksache 8/2396)*
 - *Belegung der PLK*
 - *Durchschnittliche Aufenthaltsdauer*
3. *Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Unterbringung in den PLK (Drucksache 8/3033)*
 - *Stufung bei der Durchführung des Maßregelvollzugs in den PLK*
4. *Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Verbesserung der außerstationären psychiatrischen Versorgung (Drucksache 8/3175)*
 - *Abbau weiterer Betten in den PLK infolge verstärktem Ausbau der außerstationären psychiatrischen Dienste*
5. *Antrag der Abg. Schätzle u. a. CDU betr. Weiterentwicklung der stationären und außerstationären Psychiatrie (Drucksache 8/3184)*
 - *Aufteilung der Betten der PLK auf die verschiedenen Bereiche*
 - *Zusammensetzung und Abbau der Defizite in den PLK*
6. *Kleine Anfrage des Abg. Heimann GRÜNE betr. Situation der psychisch Kranken (Drucksache 8/3341)*
 - *Zahl der Patienten in den PLK, medikamentöse Behandlung*
7. *Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Psychiatrische Außenfürsorge (Drucksache 8/3533)*
 - *Überführung in freie oder kommunale Trägerschaft*
8. *Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Psychiatrische Landeskrankenhäuser (Drucksache 8/3750)*
 - *Räumliche Trennung des Behandlungsfallbereichs vom Pflegefallbereich*
9. *Stellungnahme des Sozialministeriums zur Beschlußempfehlung des Landtags vom 28. Juni 1984 betr. Weiterentwicklung der stationären und außerstationären psychiatrischen Versorgung (Drucksachen 8/3927 und 8/4596)*
 - *Trennung zwischen Behandlungsfällen und Pflegefällen in den PLK*
 - *Stufenplan zur Übernahme der vollen Selbstkosten durch die Kostenträger*

10. *Große Anfrage der Fraktion der FDP/DVP betr. Situation der chronisch Kranken (Drucksache 8/4019)*
 - *Aufwendungen für Behandlungs- und für Pflegefälle in den PLK*
 - *Auswirkungen der Trennung von Behandlungs- und Pflegefällen*
 - *Außerstationäre Einrichtungen der PLK*
11. *Antrag der Abg. Buggle u. a. CDU betr. Psychiatrische Landeskrankenhäuser (Drucksache 8/4327)*
 - *Betten, Einweisung, Verweildauer, Bettennutzung*
 - *Personalstand*
 - *Entflechtung zwischen Akut- und Pflegebetten*
 - *Entwicklung aufgrund des Ausbaus der außerstationären Psychiatrie*
12. *Zweite Beratung des Staatshaushaltsplans 1985/1986 (Landtags-Plenarprotokoll 9/16 vom 6. Dezember 1984 S. 898)*
 - *Kostendeckende Pflegesätze*
13. *Antrag der Abg. Precht u. a. SPD betr. Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weissenau (Drucksachen 9/213, 9/1700)*
 - *Konsequenzen aus dem Bericht der Firma Treuarbeit zur wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung*
14. *Kleine Anfrage der Abg. Helga Solinger u. a. SPD betr. Situation der Heim- und Pflegebereiche in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (Drucksache 9/360)*
 - *Vollzug der Trennung in Pflege- und Behandlungsfälle*
 - *Pflegefälle in den PLK und Verlegungen*
 - *Baumaßnahmen*
 - *Personelle Ausstattung, Personalfuktuation*
15. *Antrag der Abg. Schätzle u. a. CDU betr. Einhaltung des Tarifrechts beim ärztlichen Personal der Kliniken und Krankenhäuser des Landes (Drucksachen 9/589, 9/1140)*
 - *Bereitschaftsdienste*
16. *Große Anfrage der Fraktion der CDU betr. stationäre und außerstationäre Psychiatrie (Drucksachen 9/1120, 9/1716, 9/2250)*
 - *Planungsdaten in der stationären Psychiatrie*
 - *Aufwendungen für die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser und Wirtschaftlichkeit*
 - *Möglichkeiten für Umstrukturierungen*
17. *Beschlußempfehlungen des Finanzausschusses zur Denkschrift 1984 Nr. 21 des Rechnungshofs (Drucksache 9/1221)*
 - *Durchsetzung kostendeckender Pflegesätze gegenüber den Landeswohlfahrtsverbänden*
18. *Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Trennung von Akut- und Langzeitpatienten in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (Drucksachen 9/1123 und 9/1640)*
19. *Kleine Anfrage des Abg. von Bernstorff GRÜNE betr. psychisch Kranke im Maßregelvollzug (Drucksache 9/1244)*
20. *Antrag der Fraktion der SPD betr. Zukunft der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg (Drucksache 9/1507)*
 - *Übertragung der Trägerschaft für die PLK*
 - *Weiterer Bettenabbau in den PLK*

21. Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Psychiatrisches Landeskrankenhaus Emmendingen (Drucksachen 9/2030, 9/2738, 9/2286 S. 123 und 20. Sitzung des Finanzausschusses am 5. November 1985)
 - Aufstockung des Zuschusses
22. Antrag der Abg. Dr. Bauer u. a. FDP/DVP betr. Vorbereitung chronisch psychisch Kranker im Rahmen einer mittel- und langfristigen Rehabilitation zu einer außerstationären Unterbringung (Drucksache 9/2358)
23. Antrag der Abg. Ströbele u. a. CDU betr. Psychiatrieplanung (Drucksache 9/2538)
 - Fortschreibung der Psychiatrieplanung
24. Beschlußempfehlung und Bericht des Finanzausschusses betr. Denkschrift des Rechnungshofs zur Landeshaushaltsrechnung von Baden-Württemberg für das Haushaltsjahr 1982 — hier zu Nr. 21 — Pflegesätze und Zuschußbedarf in den PLK (Drucksache 9/2796)
 - Regelung der Pflegesätze für Pflegefälle
 - Umsetzung der Personalschlüssel
25. Beschlußempfehlungen des Sozialausschusses vom 18. März 1986 (Drucksache 9/2900)
26. Kleine Anfrage der Abg. Helga Solinger SPD betr. Psychiatrische Versorgung in Stuttgart (Drucksache 9/2906)
27. Antrag der Abg. Daffinger u. a. SPD betr. Situation auf den geschlossenen Abteilungen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Baden-Württembergs (Drucksache 9/3414) (noch nicht im Landtag behandelt)
 - Geschlossene, offene, teilweise geschlossene Stationen
 - Durchschnittliche Verweildauer
 - Personelle Ausstattung
28. Kleine Anfrage des Abg. Roland Ströbele CDU betr. geistig Behinderte in den PLK's (Drucksache 9/4220)
29. Beschlußempfehlung des Finanzausschusses zur Denkschrift 1985 Nr. 5 des Rechnungshofs (Drucksachen 9/2769 S. 2 und 9/4041 S. 3)
 - Krankheitsbedingte Ausfallzeiten

Die Landesregierung hat außerdem wiederholt dem Landtag über die Entwicklung der außerstationären Psychiatrie und insbesondere über den Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste berichtet (Drucksachen 9/206, 9/905, 9/2541; 9/2258; 9/2491, 9/4017, S. 56; 9/2538; 9/4137).

Die Vielzahl der parlamentarischen Initiativen zeigt, daß der Landtag fortlaufend über die Situation und über die Zukunftsperspektiven der Psychiatrie in Baden-Württemberg unterrichtet worden ist. Die Landesregierung hat in umfassender Weise den Landtag bei der Wahrnehmung seiner Kontrollmöglichkeiten unterstützt. Sie ist sich bewußt, daß der derzeitige Entwicklungsstand der Psychiatrie in Baden-Württemberg auf die Zusammenarbeit von Parlament und Regierung zurückzuführen ist.

Zu 4.:

(Wann welche Vorschläge von den Bediensteten zur Verbesserung der Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern gemacht worden sind und welche Konsequenzen die Landesregierung daraus im einzelnen gezogen hat)

Die Arbeitsweise der PLK ist von einem hohen Maß an Autonomie geprägt.

Die PLK sind seit 1979 einzeln wirtschaftende Landesbetriebe i. S. v. § 26 LHO, für die jeweils eigene Wirtschaftspläne aufgestellt werden, deren Ergebnisse im Staatshaushaltsplan zusammengefaßt werden. Die Krankenhausleitungen der PLK handeln sehr stark eigenverantwortlich und mit sehr weiten Handlungsspielräumen. Die Verantwortung der Handelnden vor Ort ist besonders wichtig.

Die betrieblichen Abläufe sollen durch die Krankenhausleitungen gesteuert werden — dort, wo die Versorgungsaufgabe unmittelbar wahrgenommen wird, wo Kosten entstehen und wo die entsprechenden Einnahmen sicherzustellen sind. Bei einer zentralen Veranschlagung und Bewirtschaftung von Stellen und Mitteln bestünde weniger Interesse des einzelnen Krankenhauses an einer optimalen Wirtschaftsführung, weil besondere Verbesserungen vor Ort in einen gemeinsamen Haushalt aller Landeskrankenhäuser einfließen würden und nicht wieder unmittelbar dem Krankenhaus zugute kämen.

Die Aufgaben des Trägers erstrecken sich insbesondere auf die Aufstellung der Wirtschaftspläne, auf die bauliche Gesamtplanung sowie auf Personaleinstellungen.

Daneben hat der Träger die Aufgaben der übergeordneten Planung für Größe, Struktur, Gliederung und therapeutische Angebote sowie der Bettenvorhaltung und der EDV. Sämtliche Instanzen und Dienststellen sind bemüht, diese Trägerfunktionen gemeinsam mit den Krankenhausleitungen und im Einzelfall weiteren Bediensteten der PLK sachgerecht wahrzunehmen.

Der Träger nimmt seine Aufgaben in ständigen Kontakten und auf verschiedenen Ebenen wahr:

- Dienstbesprechungen
- Personalgespräche
- Baubesprechungen
- Arbeitsgruppen
- Geschäftsberichte
- Allgemeines Berichtswesen
- vielfältige Einzelgespräche.

Innerhalb der Ministerialverwaltung sind besonders berührt die Bereiche Gesundheit sowie Haushalt und Personal des Sozialministeriums, die Bereiche Haushalt, Liegenschaften und Hochbau des Finanzministeriums sowie das Justizministerium. Im nachgeordneten Verwaltungsbereich sind besonders häufig berührt die Regierungspräsidien, die Hochbauämter und die Liegenschaftsämter, teilweise auch die Landwirtschaftsämter sowie das Landesamt für Besoldung und Versorgung.

Sämtliche Behörden sind bemüht, den Anregungen, Vorschlägen und Initiativen der PLK bestmöglich Rechnung zu tragen.

Dies geschieht auf Landesebene, etwa in der Krankenhausplanung, oder im Wege der Einzelabwicklung. So wirkt das Sozialministerium seit Jahren insbesondere darauf hin, daß die Organisationsstruktur der PLK den Anforderungen einer modernen Psychiatrie angepaßt wird. Es hat sich im Rahmen seiner Möglichkeiten für die Vermehrung von Personalstellen eingesetzt.

Eine wichtige Mitwirkungsmöglichkeit hat das Sozialministerium den

PLK im Landesarbeitskreis Psychiatrie eingeräumt. Neben einem Ärztlichen Direktor der PLK ist dort der Vorsitzende des Vereins baden-württembergischer Krankenhauspsychiater vertreten, der derzeit ebenfalls Ärztlicher Direktor eines PLK ist.

Die PLK haben seit 1985 die nachstehenden Schreiben und Eingaben an das Sozialministerium gerichtet:

PLK Weinsberg

1. *Resolution der Personalrätekonferenz der Gewerkschaft ÖTV für die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser vom 18. Juli 1985, mit Schreiben vom 5. August 1985 an Frau Minister Schäfer übersandt.*

Gegenstand:

Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten und der Patienten in den Landeskrankenhäusern.

- *Der beste Schutz der Beschäftigten sei durch eine Doppelbesetzung im Nachtdienst der einzelnen Stationen zu erreichen.*
- *Krankenkassen, Regierungspräsidien und das Sozialministerium werden aufgefordert, unverzüglich entsprechende zusätzliche Stellen zu schaffen, die zur Realisierung einer nächtlichen Doppelbesetzung notwendig seien.*

Erledigung:

Schreiben des Sozialministeriums vom 5. September 1985 Nr. VI/4-8677.2 an die ÖTV Bezirksverwaltung Stuttgart:

„Das Sozialministerium ist jedoch nicht der Auffassung, daß eine vollständige Doppelbesetzung des Nachwachendienstes die alleinige Möglichkeit wäre, die Sicherheit der Beschäftigten in den PLK, soweit notwendig, zu verbessern. Es sind daher auch andere Möglichkeiten zu prüfen, wie erforderlichenfalls die Sicherheit von Mitarbeitern insbesondere im Nachtdienst der PLK verbessert werden kann. Hier werden gegenwärtig Lösungsmöglichkeiten geprüft, zum Beispiel durch die Einführung neuer Personalarufanlagen. Sollten die beabsichtigten technischen Maßnahmen nicht ausreichen, wird versucht werden, die Anerkennung gegebener notwendiger Personalvermehrungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen durch die Kostenträger, insbesondere die Krankenkassen, zu erreichen.“

Im PLK Weinsberg ist die Personenrufanlage zwischenzeitlich in Auftrag gegeben.

2. *Schreiben des Ärztlichen Direktors des PLK Weinsberg vom 16. April 1986 an das Regierungspräsidium Stuttgart*

Gegenstand:

In Anbetracht der außerordentlichen Schwierigkeiten, die das PLK Weinsberg habe, bittet der Ärztliche Direktor um ein Gespräch im Sozialministerium.

Erledigung:

Mit Schreiben vom 21. April 1986 erklärt sich das Regierungspräsidium bereit, so rasch wie möglich einen Termin im Sozialministerium zu vermitteln und bittet daher, die vom PLK gewünschten Punkte aufzulisten und mit den jeweils zugehörigen Daten und sonstigen Fakten versehen vorzulegen.

Gegenstand:

3. Mit Schreiben vom 8. Juli 1986 trägt die Krankenhausleitung folgende Punkte vor:

- Die übermäßige Beanspruchung des PLK durch die im Maßregelvollzug eingewiesenen Kranken.
- Die starke Überbelegung der psychiatrischen Aufnahmestationen.
- Zur Verbesserung der augenblicklichen Situation sei eine Ausweitung der Bettenzahl unumgänglich und eine Verbesserung der Mitarbeiterzahl sofort erforderlich.
- Die Stelle Funktionsbereich „Innere Medizin“ sollte alternativ auch durch einen Internisten vor Ende der Ausbildung besetzt werden können.

Erledigung:

Erlaß vom 23. Oktober 1986 Nr. VI/4–8670.17.1 an das Regierungspräsidium Stuttgart:

„Das Sozialministerium sieht im Hinblick auf den konkreten Sachstand gegenwärtig keinen Besprechungsbedarf zu den vom Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg bzw. von dessen Ärztlichen Direktor genannten Themen. Im einzelnen wird hierzu angemerkt:

- Die Auffassung des SM zur Versorgung von Patienten nach §§ 63 und 64 StGB durch die PLK wurde bereits hinreichend dargelegt; der Sachverhalt ist unverändert.
- Ab 1987 können voraussichtlich zusätzliche Personalstellen für den Maßregelvollzugsbereich des PLK bereitgestellt werden.
- Das SM beabsichtigt nicht, das PLK Weinsberg in die Versorgung der Stadt Stuttgart einzubeziehen.
- Das SM hat zwischenzeitlich der zusätzlichen Besetzung von sechs Stellen des Pflegedienstes und einer Stelle für einen Arzt zugestimmt.
- Im Rahmen der Prüfung eingegangener Bewerbungen für die Stelle Funktionsbereich „Innere Medizin“ kann nicht von vornherein ausgeschlossen werden, gegebenenfalls auch einen vor Ende der Weiterbildung befindlichen Arzt für Innere Medizin in die engere Bewerberauswahl einzubeziehen.“

4. Schreiben der ÖTV-Kreisverwaltung vom 14. April 1987 an Frau Minister Schäfer.

Gegenstand:

Unzureichende Personalausstattung in zwei Arbeitsbereichen:

- Für den Bereich der Stationshilfen, die für Hygiene und die Reinigung verantwortlich sind, wird ein Stellenmehrbedarf von mindestens sechs Stellen dringend geltend gemacht.
- Die Belastung des Pflegepersonals im Bereich Maßregelvollzug sei mittlerweile unerträglich; die Einrichtung von 20 Stellen wird für notwendig gehalten.

Erledigung:

Schreiben vom 11. Juni 1987 Nr. V/3–8670.17.1 an die ÖTV, namentlich an das Regierungspräsidium Stuttgart und das PLK Weinsberg:

- Das SM unterstützt grundsätzlich die Bemühungen des PLK, Personalverbesserungen auch im Reinigungsdienst zu erreichen. Das PLK hat in den Pflegesatzverhandlungen für 1987 einen zusätzlichen Aufwand für sechs Mitarbeiter geltend gemacht. Die Kostenträger haben diese Forderung nach zusätzlichen Personalstellen im Reinigungsdienst jedoch insgesamt abgelehnt. Der Mehrbedarf soll in den nächsten Pfl-

gesetzverhandlungen erneut geltend gemacht werden. Das SM wird das PLK bei diesen Pflegesatzverhandlungen unterstützen.

- Wegen der zusätzlichen Stellen für Pflegepersonal im Bereich des Maßregelvollzugs beim PLK bemüht sich das SM gegenwärtig beim Justizministerium um die Aufhebung des ausgebrachten Sperrvermerks im Staatshaushaltsplan 1987.*

In der Zwischenzeit ist es gelungen, dem PLK Weinsberg mit Wirkung vom 1. August 1987 drei zusätzliche Stellen für den Pflegedienst im Maßregelvollzug zuzuweisen.

PLK Wiesloch

Schreiben von Assistenzärzten des PLK Wiesloch vom 11. Juni 1986 an die Krankenhausleitung mit der Bitte um Weiterleitung an das Regierungspräsidium Karlsruhe und das Sozialministerium.

Gegenstand:

Ungenügende Personalausstattung im pflegerischen Bereich:

- Dadurch sei eine ordnungsgemäße Betreuung fürsorglich fixierter Patienten nicht zu gewährleisten.*
- Es entstünden unnötige Gefahrensituationen für die anvertrauten Patienten.*
- Es könne nicht mehr weiterhin Verantwortung für diese untragbare Situation übernommen werden.*

Erledigung:

Derzeit wird ein Wirtschaftlichkeitsgutachten erstellt, in dem wesentliche Aussagen zur Organisationsstruktur sowie zum Personalbedarf erwartet werden. Das Regierungspräsidium wird die vorgetragenen Beschwerden bei der (noch nicht abgeschlossenen) Pflegesatzverhandlung 1987 berücksichtigen und hofft, die Personalforderungen durch das vorläufige Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung untermauern zu können.

Ab 1. August 1987 stehen für den Maßregelvollzug des PLK Wiesloch fünf weitere Pflegestellen zur Verfügung.

Landesklinik Nordschwarzwald

Schreiben von Mitarbeitern der Stationen 4 a, 5 a, 4 b, 5 b, 4 c, 5 c an die Klinikleitung der Landesklinik Nordschwarzwald und an den örtlichen Personalrat vom 29. August 1986 mit der Bitte um Weiterleitung an das Regierungspräsidium Karlsruhe, an den Bezirkspersonalrat beim Regierungspräsidium Karlsruhe, an das Sozialministerium Stuttgart und an den Hauptpersonalrat beim Sozialministerium Stuttgart.

Gegenstand:

Umstrukturierung der Stationen und damit verbunden eine verringerte personelle Ausstattung.

Die Mitarbeiter der Stationen weisen darauf hin, daß besonders in den Sommermonaten wegen Urlaub und Krankheit eine den Mindestanforderungen gerecht werdende Schichtbesetzung nicht möglich sei. Sie weisen darauf hin, daß eine Verantwortung für irgendwelche Schäden vom Personal nicht mehr übernommen werden könne.

Erledigung:

Schreiben des Regierungspräsidiums Karlsruhe vom 27. Oktober 1986
Az.: 61-28/4867.

Das Regierungspräsidium weist darauf hin, daß derzeit ein Wirtschaftlichkeitsgutachten erstellt wird, von dem wesentliche Aussagen zur Organisationsstruktur sowie zum Personalbedarf erwartet werden. Bis zur Vorlage dieses Gutachtens sollen die angesprochenen Probleme zurückgestellt werden.

PLK Reichenau

1. Bericht des Ärztlichen Direktors des PLK Reichenau an Frau Minister Schäfer vom 30. Dezember 1985.

*Gegenstand:**Verminderung der Personalbesetzung:*

Durch die Nichtbesetzung von 5,4 % der Stellen könnten allein im ärztlichen Bereich 3 von 30 Stellen nicht besetzt werden. Dies habe zur Folge:

- Der bisherige Standard der Versorgung könne nicht aufrechterhalten werden.
- Neue Ziele und Strukturierungspläne könnten nicht realisiert werden.

Im Pflegepersonalbereich werde dies zu Einbußen in der Versorgung der Patienten führen.

Erledigung:

Erlaß des Sozialministeriums vom 13. Februar 1986 Nr. VI/4-8074.30-86 an das Regierungspräsidium Freiburg:

„Aufgrund der jüngsten Entwicklung in der Belegungssituation des Landeskrankenhauses und des demzufolge auch im Wirtschaftsjahr 1986 zu erwartenden Minderertrags sollen durchschnittlich lediglich 27 Stellen für Ärzte besetzt werden. Dieser Vorschlag berücksichtigt einerseits die aufgrund der neuen Pflegesatzverhandlungen zugestandene zusätzliche Stelle für einen Psychotherapeuten wie auch andererseits die Feststellung, daß der Personalaufwand im Wirtschaftsjahr 1986 wegen des zusätzlich einzustellenden, teilzeitbeschäftigten Betriebsarztes und wegen des in Höhe von zirka 5,4 % zu erwartenden Minderbetrags aus stationärer Behandlung entsprechend zu vermindern ist. Eine entsprechende Anordnung wurde vom RP gegenüber dem PLK Reichenau getroffen. Das SM geht davon aus, daß bei einer positiven Veränderung der Belegung des PLK Reichenau im Jahre 1986 in den maßgebenden Bereichen (Behandlungsfälle sowie Pflegefälle) und daraus gegebenenfalls zu erwartenden Mehrerträgen Maßnahmen zur Stellenbewirtschaftung im Jahre 1986 entsprechend angepaßt werden.“

2. Bericht des Ärztlichen Direktors des PLK Reichenau (auf dem Dienstweg) an das Sozialministerium vom 17. März 1986.

Gegenstand:

Berichte der zuständigen Ärzte bzw. Funktionsbereichsleiter über die Patientenversorgung auf den einzelnen Stationen bzw. in den einzelnen Funktionsbereichen, in denen von nicht mehr tragbaren Zuständen gesprochen wird. Dabei wird mehrfach darauf hingewiesen, daß die medizinische Versorgung der Patienten nicht ausreichend gewährleistet sei bzw. als unzureichend angesehen werden müsse. In Urlaubs- und Krankheitszeiten erscheine die Sicherheit des einzelnen Patienten nicht gegeben. Der Grund für diese Zustände liege am durch Stelleneinsparungen im ärztlichen Bereich bedingten Ärztemangel.

Erledigung:

Erlaß des Sozialministeriums vom 2. Juni 1986 Nr. VI/4-8074 30-86 an das Regierungspräsidium Freiburg:

„Wie das Sozialministerium bereits mit Erlaß vom 13. Februar 1986 festgestellt hat, ist die Zahl der besetzbaren Stellen aller Personalbereiche des PLK Reichenau im Jahre 1986 auf der Grundlage der rechtswirksamen Pflegesätze 1986 festzulegen. Die Personalbewirtschaftung 1986 beim PLK Reichenau hat sich somit weiterhin nach den festgesetzten bzw. vereinbarten Pflegesätzen für den Behandlungs-, Pflegefall- sowie Entwöhnungs- und Maßregelbereich unter Berücksichtigung der voraussichtlich zu erwartenden Berechnungstage 1986 zu richten. Ergänzend wird darauf hingewiesen, daß zu prüfen ist, ob der 1985 verhandelte Pflegesatz für Behandlungsfälle 1986 zu kündigen wäre; nur auf diesem Wege wäre die vom PLK Reichenau für notwendig gehaltene Personalverbesserung insbesondere im ärztlichen Dienst zu erreichen, sofern die Kostenträgerseite zu einer Anerkennung im Rahmen des Grundsatzes der sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung bereit wäre.“

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß sich beim PLK Reichenau das Verhältnis Arzt zu Betten seit 1987 deutlich verbessert hat. In diesem Jahr sind 25 Stellen zugegangen.

PLK Emmendingen

Schreiben und Resolution des PLK-Arztes Dr. Maier vom 26. Juni 1985 im Auftrag von Ärzten und Psychologen des PLK Emmendingen.

Gegenstand:

Vorläufige Stellenbesetzungssperre und Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste am PLK Emmendingen.

Erledigung:

Schreiben des Sozialministeriums vom 25. Juli 1985 Nr. VI/4-8670.17.5 an Herrn Dr. Maier:

- Nach augenblicklicher Beurteilung sind die vorläufig ergriffenen Maßnahmen des PLK zur Begrenzung eines entstehenden Haushaltsdefizits unabdingbar notwendig.*
- Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß durch die Abgeltung von Überstunden als Freizeitausgleich anstelle einer Barvergütung eine Gefährdung der Patientenversorgung eintreten wird.*
- Das Sozialministerium ist der Auffassung, daß diese Maßnahme bis zum Abschluß der laufenden Pflegesatzverhandlungen beim PLK Emmendingen vertretbar sind. Nach Abschluß dieser Verhandlungen wird geprüft werden müssen, ob auf der Grundlage von Anhaltzahlen für den ärztlichen Bereich unter Berücksichtigung der tatsächlichen Patientenstruktur und -belegung sowie der hochgerechneten Haushaltszahlen für das Jahr 1985 eine Veränderung der Personalbewirtschaftungsmaßnahmen vertretbar erscheint.*

In den Pflegesatzverhandlungen für 1987 wurden 30 neue Stellen zugestanden. Die Kassen hatten lange Zeit nur 15 Stellen angeboten. Daraufhin hat das Sozialministerium die Verhandlungen selbst geführt.

PLK Weissenau

Bericht der Krankenhausleitung des PLK Weissenau vom 1. September 1986 an das Sozialministerium.

Gegenstand:

Landtagsantrag der Abg. Daffinger u. a. SPD, vom 13. August 1986 (Drucksache 9/3414) betreffend Situation auf den geschlossenen Abteilungen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Baden-Württembergs.

Das PLK weist in seinem Bericht auf die Verschlechterung der Patientenversorgung hin und bittet, den Landtag auf die Hauptursachen für die Verschlechterung der Versorgungssituation hinzuweisen:

- Die Kostenträger würden sich weigern, für die psychiatrische Versorgung andere Anhaltszahlen als die längst veralteten von 1969 zu akzeptieren.*
- Der Landtag habe beschlossen, den bisherigen Landeskrankenhauszuschuß abzubauen bzw. zu streichen.*
- Die neue Bundespflegesatzverordnung zementiere mit ihrer Budgetierung die schlechte Versorgung.*

Erledigung:

Der Bericht des PLK Weissenau ist erst eingegangen, nachdem das Sozialministerium bereits mit Schreiben vom 8. September 1986 Stellung zum Landtagsantrag genommen hatte. Darin hatte das Sozialministerium mitgeteilt, daß es sich um eine schrittweise Verbesserung der Personalschlüssel für die Pflegesatzverhandlungen bemühe.

Am 29. September 1986 fand im SM ein Gespräch beim Ministerialdirektor über die weitere Entwicklung des PLK statt. Gesprächsgegenstand waren die Themen Personalentwicklung, Weiterentwicklung der Bereiche Lehre und Forschung, Haushaltssituation, Computertomographie, Presseveröffentlichungen. Dabei wurden auch die im Bericht vom 1. September 1986 aufgezählten Probleme behandelt.

PLK Zwiefalten

Schreiben der Assistenten und Psychologen des PLK Zwiefalten vom 11. November 1985 an den Ärztlichen Direktor mit der Bitte um Weiterleitung an die Krankenhausleitung und das Sozialministerium.

Gegenstand:

Nichtbesetzung von freierwerdenden Stellen:

- Dadurch komme es zu einer Verminderung der psychotherapeutischen Betreuung der Kranken.*
- Es verzögerten sich die Einleitung von Anschlußheil- und Entwöhnungsbehandlungen sowie von Rehabilitationsmaßnahmen.*
- Darüber hinaus sei eine Verlängerung der stationären Behandlungsdauer zu erwarten.*
- Als Konsequenz daraus sei die sofortige Wiederbesetzung der vakanten Stellen zu fordern.*

Außerdem wird darauf hingewiesen, daß seit fast einem Jahr über die endgültige Besetzung der Position des Ärztlichen Direktors noch nicht entschieden sei.

Erledigung:

Mit Schreiben vom 3. März 1986 Nr. VI/4-8074.30-85 nimmt das Sozialministerium Stellung:

„Die Personalfuktuation des Jahres 1985 stellt sich dabei so dar, daß 45,1

Eintritten 48,3 Austritte gegenüberstehen, somit eine Differenz in der tatsächlichen Stellenbesetzung von 3,2 Stellen weniger entstanden ist. Es kann damit keine Rede davon sein, daß durch diesen Einstellungsstopp eine Gefährdung der Patientenversorgung eingetreten ist. Das Sozialministerium verweist außerdem auf die Entwicklungen im Personalbereich, die eindeutig eine Verbesserung der Struktur der Patientenversorgung ausweist. In den letzten vier Jahren hat sich sowohl der Personalstand als auch der Personalschlüssel im ärztlichen Bereich und im Pflegedienst entscheidend verbessert. Zur Vermeidung eines unvermeidbar hohen Betriebsverlustes des Krankenhauses, das den Grundsätzen der Bundespflegesatzverordnung für eine sparsame wirtschaftliche Betriebsführung unterliegt, sind deshalb entsprechende Personalbewirtschaftungsmaßnahmen erforderlich.“

In den Pflegesatzverhandlungen 1987 konnten für das PLK Zwiefalten sieben zusätzliche Stellen erreicht werden.

Hauptpersonalrat

Schreiben des Hauptpersonalrats beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 25. Mai 1987 an Frau Minister Schäfer.

Gegenstand:

Der Hauptpersonalrat bittet, bei dem vorgesehenen Gespräch nachstehende Fragen zu behandeln:

- Der Hauptpersonalrat sei gebeten worden, für eine Erhöhung der Personalstellen einzutreten, da die Arbeitsbelastung auf den Stationen laufend zugenommen habe.
- Das auf den Pflegestationen tätige Pflegepersonal sei durch die Trennung der Behandlungs- und Pflegefälle überfordert.
- Der Hauptpersonalrat bittet, die Zuweisung von drei weiteren Stellen im Pflegebereich des Maßregelvollzugs des PLK Weinsberg baldmöglichst vorzunehmen.

Erledigung:

Frau Minister hat an der Sitzung des Hauptpersonalrats teilgenommen. Sie hat dabei auf die Bemühungen des Sozialministeriums und auf die Grenzen seiner Möglichkeiten hingewiesen.

Ab 1. August 1987 stehen dem Maßregelvollzug des PLK Weinsberg drei weitere Pflegestellen zur Verfügung.

Verein der baden-württembergischen Krankenhauspsychiater e. V.

Mit Schreiben vom 28. April 1986 hat der Vorsitzende des Vereins baden-württembergischer Krankenhauspsychiater e. V. um ein Gespräch mit Frau Minister gebeten.

Gegenstand:

Unter den Vorgaben der Wirtschaftspläne würden in verschiedenen Kliniken massive Personalreduktionen vorgenommen, die eine den heutigen Maßstäben angemessene und qualifizierte Behandlung psychisch Kranker gefährdeten und in Frage stellten. Durch den grundlegenden Strukturwandel, der sich in der klinischen Behandlung psychisch Kranker in den letzten zwei Jahrzehnten vollzogen habe, sei ein nicht gedeckter personeller Nachholbedarf entstanden.

Erledigung:

Gespräch mit dem Verein der baden-württembergischen Krankenhauspsychiater e.V. am 2. Juli 1986:

Das Sozialministerium wird in Kontakten mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen versuchen, im Rahmen eines Stufenplans einen jährlichen Stellenzuwachs zu erreichen.

Zu 5.:

(Zu welchen Folgen die Trennung von Behandlungs- und Pflegebereichen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern hinsichtlich der personellen Ausstattung der jeweiligen Funktionsbereiche sowie der Versorgung der Patienten geführt haben)

I. Ausgangspunkt war eine inhaltliche Neuorientierung

Die räumliche Abgrenzung der Bereiche Behandlungsfall und Pflegefall in den PLK wurde mit einem Prüfungsauftrag an die PLK Weinsberg, Emmendingen und Zwiefalten mit Erlaß des SM vom 22. März 1982 eingeleitet. Dahinter verbirgt sich ein in den 50er bzw. anfangs der 60er Jahre begonnenes langjähriges ärztliches Bemühen um die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken.

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von vier Ärztlichen Direktoren an PLK und dem Sozialministerium hat 1983 „Kriterien zur Festlegung eines Versorgungsangebots für Pflegefälle“ erarbeitet. Diese wurden zur Grundlage für Verhandlungen mit den Landeswohlfahrtsverbänden.

Ziel war, den sogenannten „Halbierungserlaß“ zu überwinden.

Dieser Erlaß aus dem Jahre 1942 sah vor, daß ungeachtet der Gründe, auf denen die Unterbringung beruhte, die Kosten je zur Hälfte von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Fürsorgeverbänden zu tragen seien. Der Erlaß wurde von den PLK als diffamierend angesehen, weil er leistungsrechtlich psychisch Kranken die Gleichstellung mit körperlich Kranken versagte (vgl. „Schussenrieder Blätter“ Nr. 2/1982).

Der Halbierungserlaß wurde bundesweit erst durch Artikel 6 des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes von 1981 zum 1. Juli 1982 aufgehoben. In Baden-Württemberg wurde der Erlaß dagegen schon frühzeitig im Jahre 1961 beseitigt, um „eine klare Abgrenzung der Zuständigkeit der Fürsorgeverbände und der Krankenkassen“ zu erreichen.

Auch die Gesundheitsministerkonferenz hat im Jahre 1972 in einer Entschließung zum Ausdruck gebracht, daß der 1942 ergangene Halbierungserlaß „wegen der in den letzten 20 Jahren erzielten großen Fortschritte der Behandlung keine sachliche Grundlage“ mehr habe und nicht mehr angewendet werden sollte. Die Gesundheitsminister vertraten die Auffassung, zu der notwendigen Behandlung psychisch Kranker gehöre die Bereitschaft der Sozialversicherungsträger, auch für diese Patientengruppe ausreichende Kosten zu übernehmen.

Das weitere Ziel: Angemessene Pflegesätze gewinnen.

Die Landeswohlfahrtsverbände drängten seit Jahren auf getrennte Pflegesätze für Behandlungs- und Pflegefälle; dies sei ja auch für Pflegefälle in Folge körperlicher Erkrankungen der Fall.

II. Die räumliche Trennung bringt Vorteile

Die Verantwortung der Sozialleistungsträger wird klargestellt.

Sie muß zugunsten der Patienten eingelöst werden. Auch im Pflegefallbereich wird ein angemessenes, auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtetes Angebot von ärztlich-therapeutischen, pflegerischen, rehabilitativen und sonstigen Leistungen gewährt. Die ärztliche Betreuung der Patienten ist nicht gefährdet. Grundsätzlich hat auch für Pflegefälle die Rehabilitation Vorrang.

Die räumliche Trennung kommt den Pflegesatzverhandlungen zugute.

Das Leistungsrecht unterscheidet zwischen den Behandlungsbedürftigen und den Pflegebedürftigen. Es kennt zwei verschiedene Kostenträger. Der materielle Anspruch des Patienten auf die jeweils adäquate Leistung im pflegerischen, rehabilitativen und medizinischen Bereich muß auch realisiert werden können. Die räumliche Trennung dient der klaren Leistungserfassung. Erst sie gibt die Möglichkeit, gegenüber den verschiedenen Kostenträgern mit sauber abgegrenzten Kostennachweisen zu arbeiten.

Dies nützt auf Dauer jeder Patientengruppe.

Kostentransparenz infolge räumlicher Trennung ist Voraussetzung für eine angestrebte volle Übernahme der Kosten durch die zuständigen Kostenträger.

Genügend Flexibilität im Vollzug der Trennung.

Die Trennung erfolgt, soweit nicht bauliche Gegebenheiten oder ärztlich-therapeutische Gründe im Einzelfall ihr entgegenstehen (vgl. Landtagsdrucksache 9/1123). Eine gemischte Belegung muß zwar die Ausnahme bleiben. Sie ist jedoch bis zu einer Grenze von zirka 5% der Gesamtbelegung zulässig (Erlaß vom 24. Juni 1985). Ein neuer Funktionsbereich „Pflege“ ist nicht vorgesehen; vielmehr können die Stationen für Pflegefälle organisatorisch den einzelnen vorhandenen Funktionsbereichen zugeordnet werden.

Der Landtag ist eingeschaltet worden.

Er ist dafür eingetreten, daß die räumliche Trennung bis zum 31. Dezember 1983 durchgeführt wird (Beschluß vom 28. Juni 1983, vgl. Drucksachen 8/3927 und 8/4596).

Der Sozialausschuß des Landtags ist über den Stand des Vollzugs im Januar 1984 unterrichtet worden (vgl. Drucksache 8/4642, S. 111). Weitere Berichte wurden in den Drucksachen 9/360, 9/741, 9/1123 und 9/1640, S. 45 f. erstattet.

Baden-Württemberg steht nicht allein.

Das Land Schleswig-Holstein hat 1982 die räumliche Ausgrenzung im Landeskrankenhaus Neustadt verfügt, nachdem die Abgrenzung vom Landeskrankenhaus Heiligenhafen bereits praktiziert wurde.

Auch das Saarland hat im dortigen einzigen Landeskrankenhaus (Merzig) die räumliche Trennung seit einiger Zeit vollzogen.

III. Wie wirkt sich die räumliche Trennung aus?

42 von 229 Stationen sind noch gemischt belegt.

Dies war zum Stichtag 28. Februar 1986 der Fall. Die 42 Stationen waren zu jenem Zeitpunkt mit mehr als 10% der jeweils anderen Patientengruppe belegt. Eine neuere Erhebung fand nicht statt.

Hervorzuheben ist ein Bericht des PLK Weissenau vom 11. März 1986, wonach der erreichte Grad der Trennung von Behandlungs- und Pflegefällen sich „in unserem Haus durchaus sehen lassen“ kann.

Die räumliche Trennung hat eine Pflegesatzvereinbarung mit den Landeswohlfahrtsverbänden möglich gemacht.

Nach langen Bemühungen des Sozialministeriums konnten Maßstäbe für das Versorgungsangebot für Pflegefälle vereinbart werden. Die 1985 getroffene Pflegesatzvereinbarung enthält erstmals differenzierte Personalschlüssel, abgestuft nach leichter, mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit:

- leichte Pflegebedürftigkeit 1 : 3,7
- mittlere Pflegebedürftigkeit 1 : 3,2
- schwere Pflegebedürftigkeit 1 : 2,2.

Fast die Hälfte der Pflegefälle sind schwere. Insgesamt ist ein besserer Pflegeschlüssel erreicht, als er im allgemeinen Heimbereich gilt.

Die Personalplanung ist somit kalkulierbar geworden.

Die klare räumliche Trennung der Patienten in Pflegefallstationen ermöglicht eine saubere Anwendung der nach Schweregrad gegliederten Personalschlüssel. Sie erleichtert die Pflegesatzverhandlungen. Personalanforderungen können nunmehr auf der Grundlage von Personalrichtwerten geltend gemacht werden. Dies entspricht auch einer Forderung des Rechnungshofs (vgl. Denkschrift 1984 S. 96 und Drucksache 9/2796, Protokoll über die Sitzung des Landtags vom 24. April 1986 S. 3918).

Keine Verdoppelung der Stationen durch räumliche Trennung.

Allenfalls die eine oder andere „Rumpfstation“ ergab sich; insoweit konnten übergangsweise Personalengpässe auftreten. Von 1982 bis 1986 ist die Gesamtzahl der Stationen jedoch im wesentlichen gleichgeblieben (vgl. Anlage 3).

Die räumliche Trennung erleichtert die Kostenrechnung auch gegenüber den Krankenkassen.

Grundlage für die Bemessung des Personalbedarfs sind hier die Anhaltzahlen und Richtwerte in den „Prüfungsrichtlinien“ des Wirtschaftsministeriums (GABl. 1984 S. 705). Danach sind als Ausgangsbasis grundsätzlich die Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für 1969, fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche, zu verwenden. Dies gilt sowohl für den ärztlichen wie auch für den pflegerischen Dienst.

Nach diesen Prüfungsrichtlinien sind jedoch in der Psychiatrie „auch die Richtlinien des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe auf ihre Anwendbarkeit in der Praxis zu überprüfen“; diese Fassung geht auf nachhaltige Vorstöße des Sozialministeriums im Jahre 1984 zurück.

IV. Mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungen externer Institute

Auch deren Gutachten werden durch die räumliche Trennung transparenter. Den Gutachten kommt in der Pflegesatzverhandlung ein hoher Grad an Geltungskraft zu.

Die Gutachterergebnisse wurden in einer Synopse zusammengefaßt.

Den PLK konnten so vom Sozialministerium im Jahre 1985 Personalrichtwerte für künftige Pflegesatzverhandlungen an die Hand gegeben werden.

Ein Vertreter der SPD-Fraktion hat im Sozialausschuß des Landtags im Zusammenhang mit einer von der Firma Treuarbeit beim PLK Weissenau festgestellten personellen Überbesetzung gefordert, daß die sich „durch diese unwirtschaftliche Betriebsführung ergebenden Mehrkosten nicht in den Pflegesatz eingehen“ dürften (vgl. Drucksache 9/1700, S. 28).

Zu 6.:

(Welche Zusammenhänge zwischen personeller Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern sowie der Zahl der fixierten Patienten und der Isolationszellen bestehen)

I. Basis jeglicher Behandlung ist eine Vertrauensbeziehung zwischen Therapeut und Patient

Die Stationen bilden therapeutische Gemeinschaften: Wie in jeder Familie oder Kleingruppe existiert auch auf einer psychiatrischen Station ein vielgliedriges Netz von Bindungen sowie Rechten und Pflichten zwischen Therapeuten, Pflegepersonal und Patienten. Der Umgang mit diesen Strukturen der Gemeinschaft ist im Sinne des „sozialen Lernens“ ein wichtiges Behandlungsinstrument.

Der Patient wird nicht als Gescheiterter angesehen, der zur Reparatur seiner Defekte aufgenommen wurde.

Er ist Mitmensch, der in seiner Not ernst genommen werden muß und der auf seinem Heilungsweg menschliche Unterstützung braucht. Auf Station soll er Geborgenheit und Halt erfahren.

Je funktionsfähiger eine therapeutische Gemeinschaft ist, desto eher kann sie drohende und mit körperlicher Gewalttätigkeit verbundene konflikthafte Zuspitzungen meistern.

Desto weniger Notfälle entstehen, zu deren Bewältigung die Fixierung als Mittel eingesetzt werden muß.

Für das gute Funktionieren einer therapeutischen Gemeinschaft kommt es freilich – neben der therapeutischen Qualifikation des Personals – auf eine ausreichende Personalausstattung an. Tragende menschliche Bindungen in der therapeutischen Gemeinschaft („Halt durch Menschen“) können nur entwickelt werden, wenn für die therapeutischen Tätigkeiten auch genügend Zeit, also Personal, zur Verfügung steht. Auch wenn die personelle Ausstattung der baden-württembergischen PLK in den vergangenen Jahren verbessert wurde, besteht noch immer ein Nachholbedarf.

II. Zusammenhänge zwischen personellen Engpässen und der Zahl der fixierten Patienten sind zahlenmäßig nicht darstellbar

Einerseits wurde die Personalausstattung in den vergangenen Jahren verbessert. Andererseits haben sich die PLK in derselben Zeit grundlegend umstrukturiert:

- Sie entwickelten sich von vorwiegend verwahrenden Institutionen zu ausdifferenzierten Großkrankenhäusern mit vielen Funktionsbereichen.
- Ein grundsätzlich neues therapeutisches Selbstverständnis der Ärzte und Psychologen brachte intensivere Behandlungsarten mit sich, die erheb-

lich mehr Zeit in Anspruch nehmen und gleichzeitig die stationären Verweildauern erheblich verkürzen.

Daher wären Zahlen, die zur Wechselwirkung Fixierungen und Personalausstattung erhoben würden, nicht interpretierbar.

Aus psychiatrischer Sicht gilt gleichwohl: Der „Halt durch Menschen“ in einer therapeutischen Gemeinschaft ist desto tragfähiger, je besser diese personell ausgestattet ist. Auf einer Behandlungsstation mit weniger Personal ist mehr Konflikteskalation zu erwarten, die zu Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten führen und so zum Einsatz von Fixierung und Isolierung als letztem Mittel zwingen kann.

III. Fixierungen sind nicht immer vermeidbar

Manche Eskalationen sind unter optimalen Personalbedingungen vermeidbar. Es gibt jedoch auch solche, bei denen wegen Art und Schwere der Krankheit kein Weg daran vorbeiführt, einen Patienten für eine begrenzte Zeit zu fixieren.

Fixierungen sind in solchen Fällen geeignete therapeutische Mittel.

Sie sind nicht grundsätzlich als unmenschlich anzusehen.

Beispiel:

Ein geisteskranker Patient im Verfolgungswahn, der der unkorrigierbaren Meinung ist, sich gegen tödliche Bedrohungen mit allen verfügbaren Mitteln zur Wehr setzen zu müssen, und der deshalb jeden Menschen angreift, der ihn auf der geschlossenen Station an der Verwirklichung seiner Ausbruchsversuche hindern will.

In der Regel hält in den PLK jede geschlossene Station einen Isolierraum für therapeutisch begründete, zeitlich befristete Isolierungen vor. Die Zahl dieser Räume ist konstant geblieben.

IV. Dämpfende Psychopharmaka können helfen

Sie werden bei starker aggressiver Gespanntheit der Patienten verordnet. Sie sollen zu einem ausgeglicheneren seelischen Zustand verhelfen, in dem der Kranke wieder Kooperationsfähigkeit entwickeln kann, so daß von ihm keine Gefahr mehr für sich selbst oder seinen Mitmenschen ausgeht.

Neben den Medikamenten stellt die intensive persönliche Zuwendung ein ebenso wichtiges Mittel dar.

Insofern ist auf psychiatrischen Behandlungsstationen die angemessene personelle Ausstattung von Bedeutung. Bei einem Großteil der psychiatrischen Krankheiten ist auch die Einbeziehung psychosozialer Aspekte in die Therapie für den weiteren Verlauf wichtig. Derartige Behandlungen und Betreuungen sind zeitintensiv und erfordern deshalb viel therapeutisches Personal.

Psychopharmaka sind für die Therapie vielfach unentbehrlich.

Die Meinung, es könne auf Psychopharmaka vollständig verzichtet werden, sofern nur eine genügend personalintensive Betreuung gewährleistet sei, geht fehl. Bei schweren psychiatrischen Krankheiten kann auf eine medikamentöse Behandlung nicht verzichtet werden.

Beispiel:

So hat bei vielen Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, die Beeinträchtigung der seelischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht, daß

der Wirklichkeitsbezug, die Einsicht und die Fähigkeit, den Lebensanforderungen zu entsprechen, erheblich gestört sind. Ohne den Einsatz von Neuroleptika (einer Untergruppe der Psychopharmaka), die in der Regel eine Reduktion dieser Beeinträchtigungen bewirken, können psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen bei diesen Patienten nicht angewandt werden. Bei einem Teil der schizophrenen Patienten ist nach heutigem Stand des Wissens eine Dauerbehandlung mit sogenannten „Depot-Neuroleptika“ über Jahre hinweg eine entscheidende Voraussetzung dafür, daß Krankheitsrückfälle vermieden werden können.

Die moderne Psychiatrie mit ihrem Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung, mit Patientenclubs, Übergangsheimen, beschützenden Wohn- und Arbeitsplätzen wäre ohne die Beseitigung oder wenigstens Linderung psychischer Krankheitssymptome durch Psychopharmaka heute nicht zu verwirklichen. Ihr schrittweiser Aufbau wurde erst möglich, seitdem diese Medikamente zur Verfügung stehen.

Zu 7.:

(Welche organisatorischen und personellen Vorkehrungen zur Verhinderung von Selbstmorden in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern getroffen wurden und zu welchem Zeitpunkt)

I. Die „Arbeitsgemeinschaft Suizidalität im psychiatrischen Krankenhaus“ hat Empfehlungen herausgegeben

Diese Arbeitsgemeinschaft hat sich unter Federführung des PLK Weissenau im Jahre 1979 gebildet. Ihre Empfehlungen zum Umgang mit suizidalen Patienten im psychiatrischen Krankenhaus von 1982 haben Eingang in die therapeutische Praxis gefunden. Sechs PLK aus Baden-Württemberg haben an ihnen mitgewirkt. Sie enthalten detaillierte Erläuterungen zu personellen und organisatorischen Fragen.

Die Suizidvermeidung hat Grenzen.

Die Verfasser der Empfehlungen gingen davon aus, daß „eine absolute Verhinderung von Suiziden selbst auf geschlossenen Wachstationen auch bei unter realistischen Bedingungen optimalen Beobachtungsmöglichkeiten nicht möglich ist“. Ebenso wenig gibt es einen Beweis, daß strenge Sicherungsmaßnahmen für die Verhütung suizidalen Verhaltens effektiver sind als ein eher psychotherapeutisch orientiertes Umgehen mit dem suizidalen Patienten. Unterschieden werden muß auch zwischen einer konkret erkennbaren suizidalen Gefährdung eines Patienten und einer konkret nicht erkennbaren „Basissuizidalität“ psychisch Kranker, mit der in der psychiatrischen Klinik dauernd umgegangen werden muß.

Sensibilität und Kompetenz für die Suizidgefahr sind deutlich gestiegen.

Insofern hat die Arbeitsgemeinschaft eine gute Breitenwirkung erreicht. In einigen psychiatrischen Krankenhäusern gibt es spezielle Suizid-Besprechungsgruppen. Zur Gesamtsituation der Suizidprävention wird auf die Stellungnahme des Sozialministeriums zu dem Antrag der Fraktion der FDP/DVP betreffend Suizidprävention verwiesen (Drucksachen 9/2167, 9/2900 Nr. 62 und 9/4017).

II. Personalsituation und Suizidverhalten sind schwer darstellbar

Hier liegt ein hoch differenziertes Bedingungsgefüge vor. Vorkehrungen und Folgerungen lassen sich am ehesten anhand des konkreten Vorkommnisses ableiten.

Suizide werden als besondere Vorkommnisse dem Träger gemeldet. Jeder Suizid ist in den PLK selbst Gegenstand der Aufarbeitung mit dem beteiligten therapeutischen Personal. Auch das Sozialministerium überprüft die Berichte im Einzelfall auf die Vermeidbarkeit der Suizide und auf die erforderlichen Vorkehrungen.

In den letzten Jahren ist weder die absolute Zahl von Suiziden noch die Zahl der Suizide pro 1 000 Aufnahmen signifikant gestiegen.

Bei der aussagekräftigeren Suizidrate pro 1 000 Aufnahmen ist zu berücksichtigen, daß 40 bis 60 % der Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern Wiederaufnahmen sind. Sie stellen damit im Sinne der Statistik keine unabhängigen Beobachtungselemente (wie etwa Teile der Gesamtbevölkerung) dar.

Das neue Therapieverständnis birgt auch größere Risiken.

Es zielt auf eine möglichst aktive Behandlung und Rehabilitation und nicht mehr in erster Linie auf die sichernde Verwahrung psychisch Kranker. Von den im Jahre 1986 verzeichneten 41 Suiziden wurden 27 von Patienten verübt, die zum Zeitpunkt des Suizides auf einer offenen Station untergebracht waren. 29 Suizide erfolgten 1986 nicht in den Räumen der PLK, sondern während des Ausgangs und am Wochenende.

Die Zahlen lauten im einzelnen:

Jahr	Gesamtzahl	Patienten in geschlossenen Stationen unter- gebracht	Patienten in nicht geschlossenen Stationen unter- gebracht	Zahl der Auf- nahmen	Suizidrate (Zahl pro 1 000 Auf- nahmen)
1975	27	11	14	18 268	1,48
1980	37	18	18	24 956	1,48
1981	32	16	15	24 610	1,30
1982	34	18	14	23 370	1,45
1983	38	15	23	24 038	1,58
1984	36	17	18	24 624	1,46
1985	39	17	22	25 912	1,51
1986	41	14	27	27 121	1,51
1987 (bis 15. 5.)	17	10	7		

Diese Zahlen sind vor dem Hintergrund einer tendenziell leicht steigenden Suizidrate in der Gesamtbevölkerung zu sehen. Diese stieg in Baden-Württemberg pro 100 000 Einwohner von 19,7 im Jahre 1975 auf 21,4 im Jahre 1985.

Zu 8.:

(Inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Krankenhausbedarfsplanung und der Belegung in den geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser besteht)

I. Die Betten in den PLK sind seit 1977 deutlich verringert worden

Auch für die PLK gilt der Krankenhausbedarfsplan. Dessen Stufe II ist am 1. Januar 1983 in Kraft getreten. Der Plan umfaßt jedoch nur die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz öffentlich geförderten Krankenhäuser.

Die im Jahre 1987 insgesamt 6 282 Betten in den PLK teilen sich auf folgende Bereiche auf:

- Betten im Behandlungsbereich (Anwendungsbereich des Krankenhausbedarfsplans): 4 012 Betten = 63,9 %
- Betten im Pflegefallbereich: 1 623 Betten = 25,8 %
- Betten im Maßregelvollzug: 530 Betten = 8,4 %
- Betten für Entwöhnungsbehandlungen: 117 Betten = 1,9 %

Insgesamt sind in den letzten 10 Jahren 1 540 Betten abgebaut worden.

Das ist rund ein Fünftel der Betten. Im einzelnen:

Jahr	Betten	davon	
		KHG	Nicht-KHG
1977	7 822	4 257	3 565
1980	7 795	4 211	3 584
1981	7 703	4 169	3 534
1982	7 019	4 069	2 950
1983	7 016	4 066	2 950
1984	6 612	4 057	2 555
1985	6 476	4 007	2 469
1986	6 359	4 012	2 347
1987	6 282	4 012	2 270
1977-1987	1 540 = 19,7 %	245	1 295

Wie sich die Bettenzahlen auf die einzelnen PLK und die dortigen einzelnen Bereiche ab 1980 aufteilen, ergibt sich aus der Anlage 6.

Der Landtag hat einen Bettenabbau im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der außerklinischen Psychiatrie wiederholt gefordert.

Vergleiche zum Beispiel Bericht über die Beratungen des Sozialausschusses am 6. März 1986, Drucksache 9/2900, Antrag der Fraktion der SPD betr. Zukunft der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg, Drucksache 9/1507, Antrag der Abg. Buggle u. a. CDU betr. Psychiatrische Landeskrankenhäuser, Drucksache 8/4327.

II. Geringer Bettenabbau im Behandlungsbereich

Unter die Krankenhausbedarfsplanung fallen zwar fast zwei Drittel der Gesamtbetten der PLK. Gleichwohl sind dort nur 245 Betten, das sind 3,13 % der Gesamtbetten des Jahres 1977, abgebaut worden. Seit Inkrafttreten des Krankenhausbedarfsplans II waren es nur 54 Betten.

Die bisherige Krankenhausbedarfsplanung ist somit von geringem Einfluß auf die Belegung in den geschlossenen Stationen.

Dies gilt noch mehr, wenn man die einzelnen PLK in den Blick nimmt:

Von zentraler Bedeutung ist der Behandlungsbereich der „vollstationären Erwachsenenpsychiatrie“ (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Tagesklinik und Nachtambulanz). Dort sind die Betten seit 1983 in 5 von 9 PLK konstant geblieben (vgl. Anlage 6 a). Lediglich in den PLK Weinsberg (– 11 Betten), Reichenau (– 46 Betten) und Zwiefalten (– 30 Betten) erfolgte ein Bettenabbau. Dagegen wurden im PLK Winnenden die Betten schrittweise aufgebaut (+ 68 Betten).

Die ins Gewicht fallende Bettenreduktion im PLK Reichenau war gerechtfertigt angesichts einer hohen Verweildauer, die weit über der im Krankenhausbedarfsplan Stufe II vorgegebenen Verweildauer-Determinante von 60 Tagen liegt. Beim PLK Zwiefalten ging mit einer hohen Verweildauer (73,3 Tage) eine niedrige Auslastung von 87,2 % (Krankenhausbedarfsplan II = 93 %) einher. Dagegen war beim PLK Winnenden eine Erhöhung der Planbetten im Hinblick auf die verhältnismäßig niedrige Verweildauer (46,4 Tage) und die starke Auslastung (98,6 %) angezeigt.

Die Krankenhausbedarfsplanung orientiert sich am gesamten Fachgebiet eines Krankenhauses.

Die einzelne Station ist keine Bezugsgröße. Es ist Sache jedes PLK, die vorgegebenen Betten – der Belegungsentwicklung entsprechend – in Stationen umzusetzen.

Im Krankenhausbedarfsplan Stufe III sollen noch rund 200 Betten bis zum Jahre 1995 abgebaut werden.

Eine Verringerung der Verweildauer und eine höhere Krankenhaushäufigkeit, vor allem wegen der Altersentwicklung, sind dabei berücksichtigt. Der Bettenabbau wird im Einzelfall nach planerischen, baulichen und Bedarfsgesichtspunkten verwirklicht.

III. Erheblicher Bettenabbau im Pflegefallbereich

Hier wurde die Zahl der Betten von 1983 bis 1987 von 2 259 Betten auf 1 623 Betten verringert. Das ist ein Abbau von 636 Betten oder von 28,2 % (vgl. Anlage 6 b).

Diese Entwicklung ist auch eine Folge der Verbesserungen in der außerstationären Psychiatrie.

Durch sie verringerte sich die Auslastung in einzelnen PLK. Nach der im Jahre 1985 abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarung mit den Landeswohlfahrtsverbänden werden die Pflegesätze auf der Grundlage eines Ausnutzungsgrads von 95 % im Pflegefallbereich der PLK berechnet. Wird dieser Ausnutzungsgrad nicht erreicht, sind Pflegesatzabzüge die Folge. Daher war die Zahl der Betten in den PLK im Rahmen der Bettenfortschreibung jeweils der Belegung des Vorjahres anzupassen, damit ein Ausnutzungsgrad von mindestens 95 % erreicht wurde. Diese Anpassungen wurden von den PLK im Zuge der Anhörungen zu den jeweiligen Bettenfestlegungen grundsätzlich auch akzeptiert.

Das Sozialministerium schließt nicht aus, daß bis 1990 noch Betten im Pflegefallbereich in einer Größenordnung von 100 bis 150 Betten wegfallen. Voraussetzung ist allerdings, daß sich der Trend der vergangenen Jahre in der Belegung fortsetzt.

IV. Leichter Bettenzuwachs im Maßregelvollzugsbereich

Dort wurden die Kapazitäten den Belegungen angepaßt. Die Zahl der Betten ist von 1983 bis 1987 um 26 Betten erhöht worden. Das sind 5,1 % (vgl. Anlage 6 i).

V. Besonders starker Bettenabbau im Bereich der Suchtkrankenenwöhnung

Die Belegung war hier seit 1983 stark rückläufig, so daß insgesamt eine Bettenverringerung von 187 auf 117 Betten, das heißt um 70 Betten, vorgenommen werden mußte. Das sind 37,4 % (vgl. Anlage 6 g). Andernfalls wäre als Folge von Unterbelegungen eine wirtschaftliche Betriebsführung der PLK im Entwöhnungsbereich nicht mehr gewährleistet gewesen.

Zu 9.:

(Welche Beschlüsse des Landtags und welche Maßnahmen der Landesregierung hinsichtlich des Landeshaushalts, der Pflegesatzgestaltung und des Personalschlüssels erforderlich sind, um die Situation in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern zu verbessern)

In der Vorbemerkung wurde die gegenwärtige Lage der PLK dargestellt. Neben den Verbesserungen in den letzten Jahren wurden auch die notwendigen weiteren Baumaßnahmen und der Nachholbedarf im personellen Bereich aufgezeigt. Im folgenden soll zum künftigen Handlungsbedarf eingehender Stellung genommen werden.

I. Welche Rahmenbedingungen sind zu beachten?

Neben den – in der Vorbemerkung dargestellten – Wandlungen in den Kliniken sind im außerstationären Bereich Veränderungen eingetreten.

Die außerstationäre Psychiatrie ist erheblich ausgeweitet worden:

- Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte hat deutlich zugenommen.
- Pflegeheime, Wohnheime, Übergangsheime, beschützte Wohngemeinschaften, Familienpflege und Tagesstätten (komplementärer Bereich) sind errichtet oder erweitert worden.
- Patientenclubs und Angehörigengruppen haben sich gebildet.
- Sozialpsychiatrische Dienste werden im ganzen Land aufgebaut.
- Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke für psychisch Kranke engagieren sich stärker. Werkstätten für psychisch Behinderte, Selbsthilfefirmen und beschützte Arbeitsplätze in Betrieben sowie psychosoziale Betreuungsdienste am Arbeitsplatz wurden und werden geschaffen.

Dies beeinflusst die Zusammensetzung der Patienten in den PLK.

Dort befinden sich heute

- die schwerstkranken Patienten, die sich wegen ihrer Krankheit in keinem der neu geschaffenen außerklinischen Bereiche halten können.
- Patienten, die während einer Rehabilitation oder in einer außerklinischen Dauerbetreuungseinrichtung wieder so schwer erkranken, daß sie einer erneuten stationären Behandlung bedürfen, sei dies in Form einer Krisenintervention oder als Behandlung eines neuen Krankheitsschubes.

Der Bedarf an therapeutisch qualifiziertem Personal ist gestiegen.

Dies ist die Konsequenz

- der heute stationär zu versorgenden, im Vergleich zu früher schweren Krankheitsbilder,
- des Rückgangs der Verweildauer (hoher Patientendurchgang pro Bett) und
- der im Vergleich zu früher intensiveren Behandlung.

Darauf muß der künftige Personalzuwachs ausgerichtet sein.

II. Im Behandlungsbereich ist die bundesweite Entwicklung von Einfluß

Fortschritten auf Landesebene sind trotz der nachhaltigen Bemühungen Grenzen gesetzt. Die neuen Anhaltszahlen von 1985 der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Personalbemessung in der Psychiatrie werden von den Krankenkassen als Kostenträgern nicht anerkannt.

Notwendig wären gemeinsame Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Kostenträger nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Der Ausgang dieser Bemühungen, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, der das Sozialministerium als Mitglied angehört, nachdrücklich unterstützt werden, ist abzuwarten. Das Sozialministerium unterstützt die Bemühungen um eine bundesweite Übereinkunft nachdrücklich. Es wird hierauf in der Gesundheitsministerkonferenz hinwirken.

Die neuen Anhaltszahlen können nicht in einem Anlauf verwirklicht werden.

Dies ist auch die Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Auch sie tritt deshalb für einen Stufenplan ein, der bis Ende dieses Jahrzehnts umgesetzt sein sollte.

So geht die Deutsche Krankenhausgesellschaft zum Beispiel für Nordrhein-Westfalen von einem zusätzlichen Personalbedarf von 2 000 Stellen aus, der nur langfristig abgedeckt werden könne.

Das Sozialministerium teilt diese realistische Beurteilung.

Die Krankenkassen haben ein Gutachten zu den Anhaltszahlen 1985 vorgelegt.

Ihre Spitzenverbände haben bereits im Juli 1986 ein Gutachten zum Thema „Analyse der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie vom 10. Dezember 1985“ an das Krankenhaus-Beratungs-Institut Zürich AG in Auftrag gegeben. Dieses Institut kommt zu dem Ergebnis, daß die Anwendung des von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagenen Konzepts Mehrkosten von rund 43 % und einen personellen Mehrbedarf von 35 % bewirken würde. Es hält alternative Berechnungsmethoden für angezeigt.

III. Im Land strebt das Sozialministerium Stufenpläne an

Seine Bemühungen sind darauf gerichtet, in Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden einen weiteren Stellenausbau zu erreichen, der den neuen medizinischen Erkenntnissen im Behandlungsbereich stärker gerecht wird.

Die PLK haben den Nachholbedarf auf der Grundlage der DKG-Vorschläge 1985 im Jahre 1986 wie folgt ermittelt:

	errechneter Bedarf	von Kosten- trägern bisher anerkannt	Differenz (Stellen)	% zu 2
	1	2	3	4
Ärzte	319,0	253,8	– 65,2	– 25,7
Psychologen	81,4	38,2	– 43,2	– 113,1
Ärzte und Psychologen	400,4	292,0	– 108,4	– 37,1
Sozialdienst	72,4	54,5	– 17,9	– 32,8
übriger therap. Dienst	145,3	160,3	+ 15,0	+ 9,4
Stationshil- fen	208,6	177,5	– 31,1	– 17,5
Pflegedienst	2131,0	1646,7	– 484,3	– 29,4
PflegeD + übr. therap. Dienst	2276,3	1807,0	– 469,3	– 25,9
alle Gruppen zusammen:	2957,7	2331,0	– 626,7	– 26,89

Die DKG-Vorschläge von 1985 führen somit zu einem Gesamtmehrbedarf im Jahre 1986 für den therapeutischen Bereich von rund 630 Stellen. Das sind etwa 27 %. Hiervon müßten die Personalfortschritte des Jahres 1987 abgezogen werden.

Eine Aufgliederung des errechneten Personalbedarfs nach den einzelnen PLK ist aus der Anlage 7 ersichtlich.

Ein Stufenplan auf Landesebene sollte durch Stufenpläne der einzelnen PLK ausgefüllt werden.

Der Zeithorizont sollte dabei 4 Jahre nicht überschreiten. Das Sozialministerium setzt auf das Verständnis und die Flexibilität der Krankenkassen.

IV. Für den Pflegefallbereich gibt es bereits eine Einigung über die Personalschlüssel

Die Vereinbarung mit den Landeswohlfahrtsverbänden zur Regelung der Pflegesätze für Pflegefälle in den PLK in Baden-Württemberg vom Juli 1985 stellt eine verbindliche Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen dar.

Diese Personalschlüssel beziehen sich auf die Bereiche

- Pflege- und Betreuungspersonal, Funktionsdienst, Sonderdienste
- Wirtschaftsdienst (Klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Instandhaltung und Instandsetzung)
- Verwaltung, Leitung, Pforte.

Die PLK prüfen jeweils jährlich, ob sie für den zukünftigen Pflegesatzzeitraum eine allgemeine Anpassung in Anspruch nehmen oder den Weg der

Neuverhandlung der Pflegesätze wählen. Sie prüfen auch für den jeweiligen Pflegesatzzeitraum, ob gegenüber der letzten Pflegesatzverhandlung beim Pflege- und Betreuungspersonal Mehrforderungen aufgrund einer Verschiebung der Anteile der Pflegegruppen geltend gemacht werden müssen.

Nicht mit dem Pflegesatz abgegolten werden die Kosten für Krankenhilfe.

Ärztliche Behandlung, medizinisch-technische Leistungen und medizinischen Sachaufwand sowie Aufwendungen für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sind von der Vereinbarung nicht erfaßt. Die Landeswohlfahrtsverbände sehen hier eine Verpflichtung zur Übernahme der Kosten nicht gegeben. Sie entrichten allerdings vorläufige Pauschalleistungen.

Das Sozialministerium steht mit den Landeswohlfahrtsverbänden, den Krankenkassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen in intensiven Verhandlungen, um eine neue und bessere Finanzierungsgrundlage zu finden.

V. Der Maßregelvollzug muß personell ausgebaut werden

Hier ist eine längerfristige Konzeption erforderlich. Eine dazu 1985 erfolgte erste Bedarfserhebung hat einen zusätzlich erforderlichen Jahresaufwand in Millionenhöhe erbracht.

Eine entsprechende Anhebung der Pflegesätze ist nur mittelfristig möglich.

Für das Jahr 1987 konnte ein Stellenzuwachs von 8 Stellen erreicht werden.

VI. Zuschuß des Landes ist nicht zur Abdeckung von Betriebskosten bestimmt

Diese sind über kostendeckende Pflegesätze von den Kostenträgern zu übernehmen. Zu den Betriebskosten gehören insbesondere die Personalkosten.

Eine teilweise Verlagerung der Betriebskosten auf das Land würde die gesetzlichen Zuständigkeiten verwischen.

Sie könnte weitergehende Forderungen an die Kostenträger erschweren. Auch der Rechnungshof vertritt den Standpunkt, daß durch kostendeckende Pflegesätze der Kostendeckungsgrad der PLK zu verbessern ist (vgl. Denkschrift 1984 S. 96 und Drucksache 9/2796, Protokoll über die Sitzung des Landtags vom 24. April 1986 S. 3918). Der Landtag hält ebenfalls die Übernahme der vollen Selbstkosten durch die Kostenträger für erforderlich (Drucksache 8/3927).

VII. Kein Bedarf für tiefgreifende organisatorische Maßnahmen

Die Bemühungen um eine weitere Verbesserung der fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter werden fortgesetzt.

Dies gilt

- für die Intensivierung hausinterner Veranstaltungen wie zum Beispiel Vorträge, Fallbesprechungsgruppen (sog. Balintgruppen) und
- für die Förderung der Weiterbildung, etwa zum Fachkrankenpflegepersonal für Psychiatrie.

Ein Teil dieser Maßnahmen wird erst möglich sein, wenn – bedingt durch bessere Personalausstattung – mehr Dienstzeit des Personals für Fort- oder Weiterbildungszwecke verwendet werden kann.

In der Betriebsführung haben die PLK seit 1979 eine große Selbständigkeit.

Sie müssen seither nicht wie reine Verwaltungen innerhalb des staatlichen Behördenaufbaus handeln. Vielmehr können sie unter Ausschöpfung des Pflegesatzrechts im wesentlichen ihre Einnahmen selber erwirtschaften und über die Ausgaben selbständig verfügen. Diese alte Forderung der PLK wurde dadurch eingelöst, daß sie in eigenständig wirtschaftende Landesbetriebe nach § 26 LHO umgewandelt worden sind.

Der Krankenhausleitung wurde soweit wie möglich Autonomie eingeräumt.

Der gemeinsamen Leitung aus Ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und Leitender Pflegekraft obliegen die wesentlichen Entscheidungen für die Betriebsführung sowie für die bauliche und betriebliche Weiterentwicklung des Krankenhauses. Sie entscheidet auch über Einstellung, Entlassung und sonstige vergleichbare Personalangelegenheiten, soweit nicht der Krankenhausträger (für den höheren Dienst) zuständig ist.

Die Krankenhäuser können über Einnahmen, die ihnen im Rahmen der Pflegesatzbudgets zufließen, voll verfügen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ihnen im Rahmen dieser Budgets von den Kostenträgern zusätzliche Personalstellen zugebilligt worden sind. Diese Stellen können unverzüglich von den Krankenhäusern besetzt werden.

Beispiele:

- Die Krankenhäuser sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verantwortlich*
- für die Durchführung von Baumaßnahmen bis zu 500 000 DM (künftig 750 000 DM) im Einzelfall*
 - für die organisatorischen Feinstrukturen des Hauses auf der Grundlage von Organisationsrahmenplänen für alle Krankenhäuser*
 - für die Erstellung von Personaleinsatzplänen im Pflegedienst.*

Deshalb ist von der Krankenhausleitung ein strenges „Controlling“ der Betriebsführung gefordert.

Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen werden die Kenntnisse der Mitglieder der Krankenhausleitungen auf diesem Gebiet erweitert.

VIII. Das Bauprogramm wird fortgesetzt

Die noch ausstehende bauliche Sanierung erfordert ein Finanzvolumen von 171 Millionen DM. Neu entstehender Bedarf für die laufende Substanzerhaltung kommt hinzu.

Von 1979 bis 1986 betragen die jährlichen Ausgaben zwischen 30 und 40 Millionen DM (vgl. S. 6). Das Sozialministerium geht davon aus, daß die PLK in den nächsten Jahren in vergleichbarem Umfang wie bisher von der staatlichen Hochbauverwaltung bedient werden können.

10. 08. 87

Dr. Kilian
Ministerialdirektor

9/5120

Anlage 2**Die vom Untersuchungsausschuß gefaßten Beweisbeschlüsse**

Beweisbeschluß vom 24. Juni 1987 zu

1. **Beweisantrag Nr. 1**
der Abg. Daffinger u. a. SPD

Kurzfristige Beseitigung von personellen Mängeln in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber, daß

1. in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern durch erhöhte Ausfallzeiten infolge tariflicher Regelungen Mangel beim Pflegepersonal eingetreten ist;
2. mit einer personellen Mindestbesetzung, die kurzfristig erreichbar ist, der Mangel beseitigt werden kann.
(P 2/12 und 16)

Beweisbeschluß vom 8. September 1987 zu

2. **Beweisantrag Nr. 2 - Neufassung**
der Abg. Daffinger u. a. SPD

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber, daß infolge personeller Engpässe

1. a) die Zahl der isolierten Patienten sowie der im Aufnahme- und Akutbereich fixierten Patienten seit 1. Januar 1982 zugenommen hat
und
b) keine fachgerechte Isolierung und Fixierung von Patienten erfolgte bzw. erfolgt;
2. zu wenig Sitzwachen bei der Fixierung und Isolierung von Patienten gestellt wurden bzw. werden;
3. die Verabreichung von Psychopharmaka seit 1. Januar 1982 zugenommen hat.
(P 4/34)

Beweisbeschluß vom 24. Juni 1987 zu

3. **Beweisantrag Nr. 3**
der Abg. Ströbele u. a. CDU

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber, daß

- a) die Pflegedienste durch den in den Jahren 1976 bis 1987 erfolgten Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste (Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten, Sportlehrer, Masseure und medizinische Bademeister) entlastet worden sind,
- b) eine Entlastung der Betreuungssituation durch Belegungsrückgänge eingetreten ist,

- c) die Ausfallzeiten im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern geltend gemacht worden sind.
(P 2/10)

Beweisbeschuß vom 8. September 1987 zu

4. **Beweisantrag Nr. 4**
der Abg. Ströbele u. a. CDU

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber, daß

1. es den anerkannten Regeln ärztlicher Kunst entspricht, in bestimmten psychiatrischen Notfällen im Krankenhaus dämpfende Psychopharmaka zu verabreichen, Fixierungen vorzunehmen und Isolierungen durchzuführen;
2. Sitzwachen die unter Ziffer 1 genannten Maßnahmen nicht ausschließen können.
(P 4/34)

Beweisbeschuß vom 8. September 1987 zu

5. **Beweisantrag Nr. 5**
des Abg. Dr. Schwandner GRÜNE

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber,

daß im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg die personelle Unterbesetzung in einem Fall zur Folge hatte, daß eine Angehörige des Pflegepersonals getötet wurde.
(P 4/33)

Beweisbeschuß vom 8. September 1987 zu

6. **Beweisantrag Nr. 6**
der Abg. Daffinger u. a. SPD

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber,

daß die spezifischen, personellen und methodischen Erfordernisse im Maßregelvollzug in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern nicht realisiert sind und infolge von Personalmangel eine fachgerechte Behandlung der Patienten in Frage gestellt ist.
(P 4/34)

Beweisbeschuß vom 8. September 1987 zu

7. **Beweisantrag Nr. 7**
der Abg. Daffinger u. a. SPD

Der Untersuchungsausschuß „Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ soll Beweis erheben darüber,

daß im Pflegefallbereich keine ausreichende aktivierende Pflege und keine ausreichenden therapeutischen Maßnahmen stattfinden.
(P 4/33)

Anlage 3**Liste der vernommenen Zeugen und angehört Sachverständigen in alphabetischer Reihenfolge**

Name	Beruf/Tätigkeit	Zu Beweis- antrag Nr.	Protokollseite
Baljer, Dr. Ernst	Ärztl. Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund beim PLK Wiesloch	6	6/3
Becker, Kurt	Verbandsdirektor des Landeswohl- fahrtsverbandes Württemberg-Ho- henzollern, Stuttgart	7	5/320
Dengler, Martin	Betriebselektriker und Personalrats- vorsitzender der Landesklinik Nord- schwarzwald Calw-Hirsau	2	5/127
Dörner, Prof. Dr. Dr. Klaus	Ärztl. Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses, Gütersloh – als Sachverständiger	4	5/165
Faulstich, Dr. Heinz	Stellv. Ärztl. Direktor des PLK Wei- ßenau	7	5/251
Gessler, Gebhard	Verwaltungsdirektor des PLK Wei- ßenau	1	3/181
Häfner, Prof. Dr. Dr. Heinz	Direktor des Zentralinstituts für see- lische Gesundheit, Mannheim – als Sachverständiger	4	5/140
Hole, Prof. Dr. Günter	Ärztl. Direktor des PLK Weißenau und Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Ulm	1, 2	3/146, 5/2
Jopen, Dr. Christoph	Verwaltungsdirektor des Landes- wohlfahrtsverbandes Württemberg- Hohenzollern, Stuttgart	7	5/360
Kaltenbach, Ludwig	Verwaltungsdirektor des PLK Win- nenden	1 und 3	3/29
Keicher, Eugen	Oberpfleger und Personalratsvorsit- zender beim PLK Weinsberg	2	5/131
Krzepinski, Dr. Harald	Ärztl. Direktor des PLK Emmending- en	1 und 3 a, b	3/115
Kuhn, Gerhard	Abteilungsleiter in der Patientenda- tenverwaltung und Personalratsvor- sitzender beim PLK Wiesloch	6	6/35
Lerch, Suse	Leitende Pflegekraft des PLK Bad Schussenried	2 Ziff. 1 b	3/193, 5/123
Linden, Prof. Dr. Karl- Joachim	Ärztl. Direktor der Landesklinik Nordschwarzwald, Calw-Hirsau	7	5/310
Maltzahn, Dr. von Olaf	Ärztl. Direktor des PLK Winnenden	1 und 3 a, b	3/3
Middelhoff, Dr. Hans- Dieter	Geschäftsführender Ärztl. Direktor des PLK Wiesloch	2	5/52
Ohnmacht, Dieter	Geschäftsführer des AOK-Landes- verbandes Südwest, Lahr	3 c	3/59
Reimer, Prof. Dr. Fritz	Ärztl. Direktor des PLK Weinsberg	2	5/102

Sauer, Herbert	Leitende Pflegekraft im PLK Emmendingen	3 a, b und 6	3/144, 6/41
Schmitt, Prof. Dr. Dr. Wolfram	Leiter des Zentrums für Psychologische Medizin, Saarbrücken – als Sachverständiger	4	5/189
Sing, Roland	Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden, Stuttgart	3 c	3/101
Steidlinger, Ulrich	Referent für das Krankenhauswesen beim AOK-Landesverband Südwest, Lahr	3 c	3/76
Upahl, Karl-Heinz	Leitende Pflegekraft des PLK Winnenden	3 a, b und 7	3/48, 5/297
Volz, Dr. Eugen	Staatssekretär beim Ministerium für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten – als Auskunftsperson der Regierung	6	6/51
Walter, Horst	Oberpfleger und Personalratsvorsitzender beim PLK Reichenau	7	5/284
Weber, Ernst	Verwaltungsdirektor des PLK Bad Schussenried	3	3/188
Weidner, Norbert	Verwaltungsdirektor des PLK Emmendingen	1 und 3	3/134

Anlage 4

**Verzeichnis der zur Beweiserhebung beigezogenen Akten,
schriftlichen Auskünfte und sonstigen Unterlagen**

lfd. Nr.	Datum	Bezeichnung und Inhalt	Fundstelle Ordner
1	23. 06. 86	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart – Mitteilung über die Ausfallquote 1985	1
2	09. 09. 86	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart – Rundschreiben Nr. 9/1986 zum Budget und zu den Pflegesätzen für 1987	1
3	15. 06. 87	AOK-Landesverband Südwest, Lahr – Gutachten des Krankenhaus-Beratungsinstituts (KBI) Zürich AG vom 30. 04. 87 zum Thema „Analyse der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie vom 10. Dezember 1985“	1
4	19. 06. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung 1. Jahresberichte der PLK ab 1982 a) PLK Bad Schussenried (1982/83–1985) 1 b) Landeslinik Nordschwarzwald Calw-Hirsau (1982–1983) 1 (1984–1985) 2 c) PLK Emmendingen (1982–1985) 2 d) PLK Reichenau (1982–1983) 2 (1984–1985) 3 e) PLK Weinsberg (1982–1985) 3 f) PLK Weißenau (1982) 3 g) PLK Wiesloch (1982–1983) 3 (1984–1985) 4 i) PLK Winnenden (1982–1985) 4 j) PLK Zwiefalten (1981/82–1984) 4 (1985) 5 2. Organigramme der PLK für den ärztlichen Bereich, den Verwaltungsbereich und den pflegerischen Bereich ab 1982	1
5	02. 07. 87	PLK Winnenden – Krankenhausprospektmappe, die von Verwaltungsdirektor Kaltenbach anlässlich seiner Zeugenvernehmung dem Untersuchungsausschuß übergeben wurde	5
6	22. 07. 87	PLK Weißenau – Bericht über den Personalbedarf, der vom Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Hole anlässlich der Pflegesatzverhandlungen 1986 der Kostenträgerseite vorgelegt wurde	5

lfd. Nr.	Datum	Bezeichnung und Inhalt	Fundstelle Ordner
7	30. 07. 87	PLK Emmendingen – Übersicht über die Entwicklung der Personalbesetzung in den Jahren 1970, 1980, 1986 und 1987 in bestimmten Bereichen	5
8	31. 07. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Jahresbericht des PLK Weißenau für 1983	5
9	10. 08. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Stellungnahme des SM zu den im Untersuchungsauftrag auf Drucksache 9/4415 Abschnitt II Ziffern 3 bis 9 – geänderte Fassung – aufgeführten Fragen	5
10	19. 08. 87	AOK-Landesverband Württemberg-Baden, Stuttgart – Übersicht über die für das Jahr 1987 vereinbarten Pflegesätze mit einer Erläuterung der Abkürzungen	5
11	08. 09. 87	AOK-Landesverband Südwest, Lahr – Pflegesatzwerte 1986 und 1987 für die Regierungsbezirke Freiburg und Tübingen	5
12	10. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Jahresberichte 1986 der PLK (ohne Weinsberg)	5
		a) Bad Schussenried (1986)	5
		b) Calw-Hirsau (1986), Emmendingen (1986) und Reichenau (1986)	6
		c) Weißenau (1984–1986)	6
		d) Wiesloch (1986), Winnenden (1986) und Zwiefalten (1986)	7
13	10. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Pflegesatzvereinbarung mit den Landeswohlfahrtsverbänden	7
14	16. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Erläuterungen zum Zuschußbedarf für die PLK	7
15	22. 09. 87	– Darstellung der Situation der PLK in Baden-Württemberg aus der Sicht des Vereins Baden-Württembergischer Krankenhauspsychiater e. V. (Vereinsvorsitzender und Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Linden)	

lfd. Nr.	Datum	Bezeichnung und Inhalt	Fundstelle Ordner
16	18. 09. 87	AOK-Landesverband Württemberg-Baden, Stuttgart – Übersicht über die Ausfallzeiten aus dem Jahr 1985 (Stand: 16. 09. 87)	7
17	21. 09. 87	Ministerium für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten – Auskunft zu verschiedenen, den Maßregelvollzug betreffenden Fragen	7
18	22. 09. 87	PLK Weißenau – Übersicht über die vom Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Hole dem Untersuchungsausschuß anlässlich seiner Zeugenvernehmung übergebenen Berichte, mit denen er von seinen Mitarbeitern auf die Auswirkungen des Personalmangels auf die Patientenbetreuung aufmerksam gemacht wurde	7
19	22. 09. 87	Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh – Übersicht über die vom Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Dr. Dörner dem Untersuchungsausschuß anlässlich seiner Anhörung als Sachverständiger übergebene Aufstellung über die Fixierungen bei den Patienten im WLK Gütersloh in den Monaten Juni, Juli und August 1987	7
20	25. 09. 87	Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, Stuttgart – Beantwortung der von Frau Abg. Solinger gestellten Fragen zur Belegungssituation im Behindertenheim Ellwangen und zu den jährlichen Entlassungszahlen	7
21	25. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Leitlinien zur Arbeitstherapie in der Psychiatrie vom 28. 06. 84	7
22	25. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Empfehlungsvereinbarung der Kranken- und Rentenversicherungsträger über ihre Zusammenarbeit bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Sucht-Vereinbarung) vom 20. 11. 78	7
23	25. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Jahresbericht 1986 des PLK Weinsberg	7
24	28. 09. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Stellungnahme zu verschiedenen, den Maßregelvollzug betreffenden Fragen (siehe auch lfd. Nr. 16)	7
25	06. 10. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Darstellung der Aufgaben und Zuständigkeiten einschließlich der Rechtsgrundla-	7

lfd. Nr.	Datum	Bezeichnung und Inhalt	Fundstelle Ordner
		ge für die Dienst- und Fachaufsicht über die PLK	
26	13. 10. 87	Landgericht Heilbronn (Schwurgerichtskammer) Nicht rechtskräftiges Urteil vom 21. 08. 1987 in einem Sicherungsverfahren gegen einen ehemaligen Patienten des PLK Wiesloch wegen Tötung einer Pflegekraft	7
27	15. 10. 87	Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh – Urteil des OLG Hamm vom 23. 09. 81 zu Äußerungen über eine mögliche persönlichkeitszerstörende Wirkung durch die Dauereinnahme von Psychopharmaka	7
28	19. 10. 87	AOK-Landesverband Württemberg-Baden, Stuttgart – Vereinbarung über die Feststellung der tatsächlichen Steigerungsrate bei den Personalkosten 1987 zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 14. 09. 87	7
29	23. 10. 87	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V., Stuttgart – Personalbedarf und Ausfallzeiten	7
30	06. 11. 87	Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung – Übersicht über die Zahl der „Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie“ an den PLK in Baden-Württemberg	7

Anlage 5

**Anlage zum abweichenden Bericht
der Ausschußmitglieder der SPD-Fraktion**

Die nachstehenden SPD-Änderungsanträge werden insoweit wiedergegeben, als sie vom Untersuchungsausschuß abgelehnt worden sind. Sie wurden n a c h Abschluß der Ausschußberatung von den Antragstellern mit Begründungen versehen, um auf diese Weise den abweichenden Standpunkt der SPD-Ausschußmitglieder zu den Feststellungen des Untersuchungsausschusses im Bericht – Zweiter Teil, I und II – zu verdeutlichen.

01. 12. 87

Änderungsantrag Nr. 3

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil I. 1. a – Behandlungsfälle – Seite 13

Nach dem 3. Absatz folgenden Text einfügen:

Der Sachverständige Prof. Dr. Dörner führte weiter aus:

„Allerdings merken wir – also Gütersloh gehört zu den schnelleren Gebilden –, je mehr wir an die 100 % rankommen, daß es eben in dieser und jener und einer dritten Stelle eben nicht mehr reicht. Eines davon sind diese Einzelbetreuungsbedarfe, die auf dem Tisch liegen und denen wir nicht nachkommen können.“ (P 5/180)

05. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Wie sich aus der Aussage von Professor Dr. Dörner ergibt, hält er die Anwendung der Anhaltszahl von 1985 schon jetzt nicht mehr für ausreichend und unterstützt damit die Position von Professor Dr. Hole.

Änderungsantrag Nr. 8

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil I. 2. c – Seite 20

Auf Seite 20 wird der 5. Absatz wie folgt geändert:

Für den Maßregelvollzug für psychisch kranke Straftäter ist das Land sowohl als Krankenhausträger als auch als Kostenträger alleinverantwortlich.

05. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Es soll damit zum Ausdruck gebracht werden, daß sich das Land bezüglich des Maßregelvollzugs nicht nur in der Rolle als Krankenhausträger und Kostenträger sieht, sondern daß das Land bezüglich des Maßregelvollzugs mit allen Konsequenzen alleinverantwortlich ist.

Änderungsantrag Nr. 11

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil I. 3. b – Seite 26 unter aa

An diesen 1. Absatz wird folgender Satz zusätzlich eingefügt:

In einzelnen Konfliktfällen, in denen es das Sozialministeriums für notwendig erachtet hat, hat es die Verhandlungen direkt geführt.

05. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Aus der Berichtsformulierung geht nicht hervor, daß das Sozialministerium unmittelbar Einfluß auf die Verhandlungen der einzelnen Krankenhäuser nehmen kann. Dazu ist das Sozialministerium berechtigt. Daß dies erfolgreich sein kann, ergibt sich aus den Personalsteigerungen im Jahr 1987 (130 Stellen). Das Sozialministerium hat sich allerdings im Jahre 1987 nur aufgrund des parlamentarischen und öffentlichen Drucks an den Pflugesatzverhandlungen beteiligt.

Im Zeitraum von 1980 bis 1986 wurde dagegen lediglich ein Zuwachs von insgesamt 254 Stellen erreicht.

Änderungsantrag Nr. 12

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil I. 3. b – Seite 27

Mit der Überschrift „Pflegesätze“ wird der 2. Satz im 2. Absatz beginnend mit „In seiner Stellungnahme . . . bis im Bundesdurchschnitt“ ersatzlos gestrichen.

05. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Die Vergleichszahlen mit der Höhe der Pflegesätze im Bundesdurchschnitt wurden ungeprüft übernommen.

Die Pflegesätze sind nicht vergleichbar wegen grundlegender struktureller Unterschiede (keine Trennung von Behandlungs- und Pflegebereich).

Die Bildung einer Durchschnittszahl verschleiert die bessere Ausstattung in anderen Bundesländern.

Änderungsantrag Nr. 13

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil I. 4. — Seite 28

Werden im Anschluß an das Zitat der Stellungnahme des Sozialministeriums folgende Sätze angefügt:

Die vom Sozialministerium angeführte Verhältniszahl Personal/Patient bezieht sich auf die Zahl des Gesamtpersonals in den PLKs. Die aus der Umfrage bei anderen Bundesländern aufgeführten Personalziffern sind damit nicht vergleichbar. Unterschiedliche Strukturen (ohne Trennung von Pflegefall- und Behandlungsbereich) machen die Zahlen unvergleichbar.

05. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Bis vor vier Jahren wurde durch Professor Kitzig bei der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde versucht, Vergleichszahlen zwischen den Pflegesätzen im Bundesgebiet aufzustellen. Dieser Versuch wurde als gescheitert abgebrochen.

Eine Auswertung der Zahlen des Wirtschaftsplans 1986 der Rheinischen Landeskliniken des Landes Nordrhein-Westfalen zeigt, daß dort weitaus bessere Personal/Patienten-Relationen bestehen, sowohl beim Gesamtpersonal als auch beim therapeutischen Personal. Dabei ist zu beachten, daß in Nordrhein-Westfalen keine Trennung von Pflegefall- und Behandlungsbereich besteht (siehe Anlage).

An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Behauptungen des Sozialministeriums hinsichtlich der Personal/Patienten-Relation als auch der Höhe der Pflegesätze in anderen Bundesländern die tatsächlichen Verhältnisse verschleiern und der eigenen Entlastung dienen sollen.

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor

Nach dem Wirtschaftsplan 1986 für die Rheinischen Landeskliniken des Landes Nordrhein-Westfalen

	allgemeine Pflegesätze	Maßregelvollzug	Durchschnittliche Belegung 1986	Gesamtpersonal	Relation Personal/Patient	Therapeut. Personal	Relation Personal/Patient
Baden-Württemberg (Zahlen lt. Stellungnahme des SoMin. v. 10. 8. 87)	165,92 DM	200,00 DM	5 966	5 110	1 : 1,17	3 418	1 : 1,74
Rheinisches LK Bedburg Hau	142,25 DM	316,07 DM	1 630	1 578	1 : 1,03	1 005	1 : 1,62
Rheinisches LK Barn	242,25 DM	316,07 DM	847	1 150,25	1 : 0,74	710,25	1 : 1,19
Rheinisches LK Düren	173,93 DM	381,82 DM	564	724,83	1 : 0,78	456,33	1 : 1,24
Rheinisches LK Düsseldorf	174,60 DM	255,20 DM	875	890,5	1 : 0,98	537,5	1 : 1,63
Rheinisches LK Essen	277,95 DM	-	218	310	1 : 0,70	226	1 : 0,96
Rheinisches LK Köln	206,15 DM	-	420	538,5	1 : 0,78	326	1 : 1,29
Rheinisches LK Langenfeld	165,80 DM	252,20 DM	730	724	1 : 1,01	434	1 : 1,68
Rheinisches LK Mönchengladbach	201,95 DM	-	181	177	1 : 1,02	111	1 : 1,63
Rheinisches LK Viersen	204,25 DM	327,70 DM	1 000	1 169	1 : 0,86	745	1 : 1,34
	Durchschnittl.	Durchschnittl.	Durchschnittl.	Gesamt	Durchschnittl.	Gesamt	Durchschnittl.
Rheinische Landeskliniken	198,79 DM	298,41 DM	6 465	7 262,08	1 : 0,89	4 551,08	1 : 1,42

Änderungsantrag Nr. 18

des Abg. **Bebber SPD**

zum 2. Teil I. 4. – Seite 35 unten

Der letzte Absatz auf Seite 35 wird ersatzlos gestrichen.

05. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Hier liegt eine unzutreffende Wertung vor, zumal das Sozialministerium in seiner Stellungnahme vom 10. August 1987 einen Stellenbedarf für den Behandlungsbereich gemäß den Anhaltzahlen von 1985 anerkennt.

Änderungsantrag Nr. 19

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. – Seite 36

Der Abschnitt a „Strukturwandel“ wird wie folgt neu formuliert:

Der in den letzten zehn Jahren eingetretene Strukturwandel hat die Versorgung der Patienten in den PLK teils gefördert, teils behindert.

Fortführend wird auch der Abschnitt unter aa auf Seite 36 wie folgt geändert:

aa) Aufbau- und Nachholprogramm

Fördernd wirken sich die geschilderten Baumaßnahmen ... (fortgeführt wie im Entwurfstext).

05. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Es muß klar unterschieden werden zwischen der nichterfolgten Entlastung der PLKs sowie ihres Personals und der Verbesserung bzw. Veränderung der Patientenversorgung.

Änderungsantrag Nr. 20

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. a aa – Seite 36

Auf Seite 36 wird unter a) aa) nach dem letzten Abschnitt folgender Absatz neu eingefügt:

Auch Dr. Baljer, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Krankenanstalt Kirchgrund beim PLK Wiesloch, weist auf die Bedeutung eines guten therapeutischen Klimas hin und zählt dazu „auch die räumliche Ausstattung, unter a) aa) allein auch schon die Möblierung, die in Wiesloch bestenfalls Sperrmüllqualität“ habe. (Seite 27 des Protokolls der 6. Sitzung)

05. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Trotz der unbestrittenen räumlichen Verbesserungen bestehen nach wie vor unzumutbare, die Behandlung behindernde Verhältnisse, wie die Aussage von Dr. Baljer belegt.

Änderungsantrag Nr. 22

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 1. a bb – Seite 37

Der letzte Absatz auf Seite 37 wird gestrichen und erhält einen Wortlaut¹⁾:

Pflegedienstleiter Sauer verneinte eine Entlastung aufgrund des Belegungsrückgangs und verwies darauf, daß man nicht „auf einen Schlag“ eine oder zwei Stationen hat schließen können. Vielmehr seien die Stationen früher „maßlos überfüllt“ gewesen, so daß es auf den einzelnen Stationen zu einer Bettenreduzierung und zu „einer vermehrten Präsenz eben den Patienten gegenüber“ gekommen sei, „aber eine wesentliche Entlastung war es für den Gesamtstand des Personals nicht“ (P 3/145).

Der Ärztliche Direktor Dr. Krzepinski erklärte, der Belegungsrückgang wirke sich nachteilig aus, weil bei abnehmender Belegung auch die Pflegesätze sinken, was finanzielle Einbußen bringe (P 3/119). Offensichtlich meinte der Zeuge mit dieser Aussage, daß die Einnahmen aus den Pflegesätzen sinken. So erklärte der Zeuge Weidner, Verwaltungsdirektor beim PLK Emmendingen: „Durch den Rückgang der Belegungszahlen ergibt sich nur augenblicklich einer Entlastung des Pflegepersonals. Denn der Rückgang der Belegungszahlen bringt ja zwangsläufig einen Rückgang der Pflegesatzeinnahmen mit sich. Und die müßten dann sofort kompensiert werden dadurch, daß man durch Ausnutzung der Fluktuation die Pflegerzahl reduziert. Denn Mindereinnahmen bedingen ja auch Minderausgaben, es sei denn, man würde das voll in den Zuschuß des Landes einlaufen lassen.“

05. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die Behauptung im Bericht, daß nachteilige Auswirkungen des Belegungsrückgangs nicht nachvollziehbar seien, beinhaltet eine unhaltbare Bewertung, die durch die geforderten Zitate entkräftet wird.

¹⁾ Hinweis: Der gesamte Abschnitt wurde eingefügt (vgl. oben S. 37/38)

Änderungsantrag Nr. 24

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 1. a bb – Seite 38

Der 1. Absatz des Fazits wird ersatzlos gestrichen.

Der 2. Absatz des Fazits erhält folgende Fassung:

Der Belegungsrückgang hat zumindest rechnerisch zu einer Erhöhung der Pflegeminuten für den einzelnen Patienten geführt. Nach Auffassung der Praktiker wurde dies jedoch überkompensiert durch die angesprochenen Faktoren, die noch im einzelnen darzustellen sind. Vor allem ist der Pflegebedarf gestiegen.

05. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Das Fazit im Bericht enthält eine Wertung, die die SPD nicht teilt.

Änderungsantrag Nr. 27

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 1. a cc – Seite 39

Der zweitletzte Absatz auf Seite 39 wird ersatzlos gestrichen.

05. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Eine solche Vergrößerung der Stationen kann schon aus therapeutischen Gründen von keiner Seite ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Änderungsantrag Nr. 28

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. a dd – Seite 40

Das Wort „höchst“ im letzten Satz wird gestrichen.

05. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Mit den Personalzahlen wird der Eindruck erweckt, daß insbesondere auch im PLK Weissenau bei Professor Dr. Hole bei Ausschöpfung der Autonomie keine Verbesserung im Funktionsdienst erfolgt sei. Aus den absoluten Zahlen ergibt sich jedoch, daß das PLK Weissenau einen besonders gut ausgebauten Funktionsdienst hat.

Änderungsantrag Nr. 29

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. a dd – Seite 41

Der Satz „Diese Übersicht . . . ausgeschöpft haben“ wird durch folgenden Satz ersetzt:

Die Entwicklung der sich aus der Tabelle ergebenden Personalzahlen läßt keine Schlüsse auf eine Entlastung der Pflegedienste durch den Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste zu.

05. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Das Fazit im Bericht macht keine Aussage zur Belastungs-/Entlastungswirkung der Stationsverkleinerungen.

Änderungsantrag Nr. 31

des Abg. **Bebber SPD**

zum 2. Teil II. 1. a dd – Seite 43

Der Wortlaut des Fazits wird wie folgt gefaßt:

Nach den Zeugenaussagen hat sich keine Entlastung des Pflegepersonals durch den Ausbau des ergänzenden Funktionsdienstes ergeben.

Der Ausbau der ergänzenden Funktionsdienste ist aber als eine strukturelle Verbesserung zu sehen, die eine intensivere Betreuung der Patienten erlaubt.

05. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Das Fazit im Bericht erweckt den Eindruck als sei eine Entlastung des Personals eingetreten, was allen Zeugenaussagen widerspricht.

Änderungsantrag Nr. 35

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. ff. – Seite 47 (Zwei Ursachen)

Nach dem ersten Absatz wird neu eingefügt:

Durch die weitgehend durchgeführte räumliche Trennung der sogenannten Pflegefälle von dem Behandlungsbereich hat sich auf den Behandlungsstationen eine weitere Konzentration akut Kranker vollzogen. Damit ist auch in Teilen eine Entlastung des Pflegepersonals durch insbesondere Langzeitkranke weggefallen.

Der zweite Absatz auf der Seite 47 wird gestrichen.

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

- Eine wesentliche Ursache der gestiegenen Belastung des Personals, die Trennung Pflegefall-/Behandlungsbereich wurde verschwiegen.
- Der Abschnitt gehört nicht in diesen Zusammenhang und trägt zur Verwirrung bei.

Änderungsantrag Nr. 36

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. ff. (2) – Seite 47

Der vierte Absatz wird wie folgt geändert:

Zur Frage, ob eine Steigerung der Zahl der Wiederaufnahmen die Situation in den PLK erschwert, führt Dr. v. Faust (im Jahresbericht Weißenau 1984 bis 1986, Seite 6) aus:

„Nun müßte man annehmen, daß mit zwei Drittel Wiederaufnahmen bei einem Drittel Erstaufnahmen die Situation leichter zu bewältigen wäre als umgekehrt. Das Gegenteil ist der Fall. Patienten, die erstmals hospitalisiert werden müssen, brauchen zwar für Diagnose und differential-diagnostische Abklärung, auch für die ersten therapeutischen Schritte in der Regel mehr Einsatz seitens Ärzte und Pflegepersonal. Danach aber pflegt sich der Krankheitsverlauf in der Regel meist rasch und anhaltend zu bessern. Die Wiederaufnahmen dagegen erweisen sich häufig als das, was man ‚Problempatienten‘ nennt – auf allen Ebenen. Gerade weil wir über immer mehr psychiatrisch engagierte Nicht-Nervenärzte, immer mehr Psychiater und Neurologen und sogar Psychotherapeuten verfügen und auch extramurale Institutionen inzwischen ihre Arbeit erfolgreich aufnehmen, und damit die Mehrzahl der Patienten ambulant betreut werden kann, verschärft dies gerade die Situation der Akutstationen. Warum? Die Zahl der schwierigen Patienten hat zugenommen, und je mehr unruhige oder gar erregte, auf jeden Fall nur unter erschwerten Bedingungen zu betreuende Patienten auf einer Station sein müssen, desto schwieriger wird eine solche Klientel zu behandeln sein.“

In der Landeslinik Nordschwarzwald stieg der Anteil der Wiederaufnahmen von 42 % in 1984 über 45 % in 1985 auf rund 48 % in 1986. (Prof. Linden, JB 1986, Seite 7) Prof. Linden findet es bemerkenswert „... daß die Zahl derjenigen Patienten, die häufiger als dreimal in die Klinik kommen, sehr gering ist, daß es sich hier also um eine oder mehrere spezielle kleine Gruppen handelt“.

Die Landeslinik Nordschwarzwald weist in ihrem Jahresbericht 1986, Seite 19 f., weiterhin darauf hin, daß aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmend ältere Menschen mit hoher Anfälligkeit und Pflegebedürftigkeit in die PLK kommen. „Die seit Jahren kontinuierlich hohe Auslastung unserer geronto-psychiatrischen Abteilungen bestätigt eine seit Jahren sich anbahnende Entwicklung und zunehmende Stabilisierung in diesem speziellen Bereich der Nervenheilkunde ...“ (Seite 19) „Die qualitative und quantitative Aufgabe der Gerontopsychiatrie der Gegenwart ist mit den früheren Aufgaben nicht mehr zu vergleichen, was zu einer Neubesinnung aller dafür verantwortlichen Gremien führen muß (Träger, Kassen, Kliniken) und zur Änderung längst überholter Anhaltszahlen im gesamten therapeutischen Bereich, Schwerpunkt Pflegepersonal, Ergotherapie (BT), Krankengymnastik, Musik- und Tanztherapie sowie vor allem Sozialarbeit.“ (Seite 22)

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die Aussage des Dr. v. Faust wurde sehr verkürzt dargestellt, insbesondere wurde nicht aufgezeichnet, warum die Wiederaufnahmen aufwendiger sind als die Erstaufnahmen.

Änderungsantrag Nr. 39

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. – Seite 48 (zweitletzter Absatz)

Dieser wird ersetzt durch:

Im Jahresbericht des PLK Bad Schussenried 1986 wird als „auffällig“ bezeichnet, „daß sich die meisten tätlichen Übergriffe von Patienten gegenüber Pflegepersonal auf der forensischen Station ereigneten. Auch die beiden Brandlegungen ereigneten sich auf dieser Station.

Da ein Grund dafür in der zu geringen Personalausstattung gesehen wird, ist beabsichtigt, den erforderlichen Personalmehrbedarf bei den anstehenden Pflegesatzverhandlungen im Maßregelvollzug zu berücksichtigen und anzufordern.

Entweichungen von Patienten hielten sich im Berichtszeitraum im üblichen Rahmen. Gelegentlich kam es auch zu tätlichen Übergriffen von Patienten gegenüber Patienten und Pflegepersonal. Ernsthafte Schädigungen traten glücklicherweise aber nicht auf. Sachbeschädigungen durch alkoholisierte und psychotische Patienten hielten sich im üblichen Rahmen.“
(Seite 77)

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Der Bericht enthält eine Wertung, die nicht den Zeugenaussagen entspricht. Das angeführte Zitat aus dem Jahresbericht 1986 des PLK Schussenried wird durch die Verkürzung entstellt. Dort wurde sehr wohl auf den Zusammenhang von Aggressionshandlungen und Personalmangel hingewiesen.

Änderungsantrag Nr. 47

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. b aa (2) – Seite 51

Im 4. Absatz wird der zweite Teil des ersten Satzes ersatzlos gestrichen.
„die im Hinblick ...“

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Der Satz enthält eine Wertung, die durch Zahlen nicht belegbar ist und ein verfälschtes Bild vermittelt.

Änderungsantrag Nr. 48

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. b aa (3) Seite 51

(3) Tarifvertrag und Pflegesätze

Der 1. Absatz wird wie folgt geändert:

Von seiten der PLK wird Klage darüber geführt, daß tarifvertragliche Änderungen (Anm.: gemeint ist der Bundesangestelltentarif – BAT) würden bei den Pflegesatzverhandlungen nicht ausreichend berücksichtigt.

Der Oberpfleger und Personalratsvorsitzende Keicher beim PLK Weinsberg führt dazu aus: „Also, was vorwiegend in unserem Hause hängt, das ist, daß wir den Bedarf bei Urlaubsverbesserungen usw. nicht berücksichtigt wurde. Die ganzen Pflegesatzverhandlungen haben gezeigt, daß die Krankenkasse nicht bereit ist, hier einzusteigen – und hieraus m. E. auch die Personalmisere in den PLK herrührt.“ (P 5/135)

Der Zeuge Weidner, Verwaltungsdirektor beim PLK Emmendingen, führt an: „Durch mehr Freizeit, die tarifrechtlich geregelt ist, in den letzten zwei Jahren beispielsweise Urlaub und zwei freie Tage, sind bei dem Pflegedienst in Emmendingen Pflegestellen insgesamt von 14,8 Vollkräften entstanden, die nicht ersetzt worden sind. Das heißt also: bei 415 Pflegekräften fehlen alleine durch diese zusätzliche Freizeit 14,8 Vollkräfte.“ (P 3/134)

Tarifvertragliche Änderungen, wie sie in bundesweiten Verhandlungen zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite vereinbart werden, kommen bei den Pflegesatzverhandlungen zwischen den Kostenträgern und Krankenhausträgern nicht zur Sprache. Gleichwohl werden diese tariflichen Änderungen in die Pflegesätze einbezogen, wie Verwaltungsdirektor Kaltenbach vom PLK Winnenden geschildert hat: (ab hier weiter wie auf Seite 92).

09. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Es wird eine unzutreffende Wertung vorgenommen, die den Zeugenaussagen widerspricht.

Änderungsantrag Nr. 49

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. b aa (3) – Seite 84¹⁾

Der 2. Absatz wird wie folgt geändert:

Es ist eine Folge dieser pauschalen Verhandlungen, daß jede Seite ein wenig nachgibt, was für die Krankenhäuser bedeutet, daß die Auswirkungen tariflicher Regelungen nicht voll durchgesetzt werden können und insofern ein gewisses Defizit für die Krankenhäuser bleibt. Der Zeuge Kaltenbach, Verwaltungsdirektor im PLK Winnenden, äußert die Ansicht, mit diesem Verfahren leben zu können: „Und wir sehen, wie die anderen Häuser auch, keinen Anlaß, dieses Verhandlungspaket, dieses Verhandlungsergebnis aufzuschnüren und in den Pflegesatzverhandlungen dann noch einmal über diesen Punkt zu verhandeln. Wir setzen da auf. Das war bisher die Praxis.“ (P 3/30)

Der folgende Satz wird gestrichen.

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Dieser Absatz im Bericht ist unverständlich und trägt zur Verwirrung bei.

¹⁾ Da der Text vor Eingang des Änderungsantrags redaktionell bearbeitet wurde, hätte die beantragte Änderung auf S. 84 eingefügt werden müssen.

Änderungsantrag Nr. 50

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. – Seite 84¹⁾

Wird der 1. Absatz ersatzlos gestrichen. Es geht weiter mit dem 2. Absatz „Was alles . . .“ bis Ende des Zitates.

Fortsetzung mit folgendem Einschub:

Die Frage, wieviele zusätzliche Personalstellen im ärztlichen Bereich und im Pflegebereich zum Ausgleich für tarifliche Veränderungen in den vergangenen Jahren geschaffen wurden, und wie viele zur Kapazitätserhöhung, kann der Zeuge Kaltenbach nicht beantworten. Auf die Frage, ob er diese Nettoarbeitszeit nachliefern könne, antwortet er: „Ich fürchte: Nein.“ (P 3/44)

Es besteht die Möglichkeit, die Differenz zum 100%igen Ersatz tarifrechtlicher Veränderungen als Ausfallzeit in die Pflegesatzverhandlungen einzuführen. Dies ist aber nicht sehr erfolgversprechend, da die von den Kostenträgern im Prinzip anerkannten Ausfallzeiten unter denen von den PLK dargelegten liegt. Fazit: Es läßt sich nicht klären, inwieweit und in welchem Umfang tarifvertragliche Änderungen durch die Erhöhung der Pflegesätze in den vergangenen Jahren abgegolten worden ist.

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Die Aussagen im Bericht samt ihrer Bewertung werden von der SPD nicht getragen.

¹⁾ Da der Text vor Eingang des Änderungsantrages redaktionell bearbeitet wurde, hätte die beantragte Änderung auf S. 84 eingefügt werden müssen.

Änderungsantrag Nr. 51

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (1) – Seite 52

Nach dem eingerückten Teil wird der Text wie folgt geändert:

Zu den 1969er Anhaltzahlen hat der Ärztliche Direktor des PLK Weißenau, Prof. Dr. Hole, vor dem Untersuchungsausschuß folgendes ausgeführt: „Die zweite Ebene ist die, daß die Anhaltzahlen von 1969 damals, als sie festgelegt wurden, sowohl für Ärzte, andere Mitarbeitergruppen und Pflegepersonal, im Jahre 1969 die Festschreibung eines Mangelzustands einer reinen Verwahrspsychiatrie waren. Es gab da große Stationen, zum Teil 40, 50, 60, 70 Patienten. Und für diese Stationen war das damals eine Festlegung: Was braucht es, um diese Patienten einigermaßen zu betreuen? Da fand keine Individualbetreuung statt; Therapie im eigentlichen Sinne auch nicht. Und nun hatten wir seither einen Belegungsrückgang und haben kleinere Einheiten. Und bei diesen kleineren Einheiten wirkt sich natürlich dann die schlechte Anhaltzahl viel stärker aus. – . . . –, weil dann Mindestbesetzungen nicht mehr möglich sind.“ (P 3/148)

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Das Zitat im Bericht stellt eine unzulässige Verkürzung der Aussage von Professor Dr. Hole dar, was das Verständnis wesentlich erschwert.

Änderungsantrag Nr. 54

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. bb (2) – Seite 56

Auf Seite 56 oben wird das dritte Zitat „Nicht akzeptabel . . .“ gestrichen sowie das folgende Wort „und“.

Vor „Es wurde nicht geklärt . . .“ in der Mitte der Seite wird ergänzt:

Prof. Hole bezeichnet die 85er Zahlen als „nicht akzeptabel“ für das PLK Weißenau in seiner Funktion als Universitätsklinik (P 3/177).

„Zur Familienpflege – um das vorweg zu nehmen –: Unser Haus und das Landeskrankenhaus in Bonn haben jetzt wieder ein neues Modell gestartet, um die Familienpflege, die ja in der ersten Hälfte des Jahrhunderts eine ziemliche Blüte hatte – auch in der Schweiz und so –, jetzt wieder einzuführen. Aber um Pflegefälle auf Familienpflege vorzubereiten, das braucht natürlich eine intensive Arbeit, das zu machen. Man muß die Familien aussuchen und all diese Dinge. Das kann man mit dieser Durchschnittsbesetzung gar nicht tun, so daß es eigentlich auf dem Rücken der Mitarbeiter, auf deren Freizeit usw., in der Regel ausgetragen wird.“ (P 3/169)

Auf die Frage nach den Argumenten, mit denen das PLK Weißenau höhere Pflegesätze bei den Pflegeverhandlungen als andere PLK begründet habe, führt Dr. Hole aus: „Es ist so: Deshalb hatten wir es auch bei den Pflegesatzverhandlungen – wir: Weißenau – zunehmend schwer, weil wir immer so als das Haus galten, das den höchsten Pflegesatz hat – was zwei Gründe hat – ich will es einmal ganz elementar sagen –. Erstens einmal haben wir doch zwei relativ teure Abteilungen, nämlich die Neurologie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das zum einen. Zum anderen sind wir gleichzeitig funktionell Universitätsklinik für die Universität Ulm. Und da sind wir viel schlechter gestellt als die anderen Universitätskliniken in diesem Vergleich. Also das Land betreibt auf unserem Rücken nicht nur eine Billigpsychiatrie in der Versorgung, sondern auch eine Billiguniversitätspsychiatrie, wenn man das vergleicht, was die anderen Universitätskliniken haben. Wir machen mit zusätzlich 11 akademischen Mitarbeitern die volle Aufgabe in Lehre und Forschung einer psychiatrischen Universitätsklinik. Und das ist ein dauernder Zankapfel seit Jahren. . . . Aber die Basisausstattung, die eine andere Universitätsklinik hat, eine bessere Basisausstattung von vornherein, ohne daß das MWK von seiner Seite dann zuzahlt, die haben wir nicht. Wir haben keine einzige Pflegeperson mehr deswegen, weil wir diese Universitätsaufgabe haben, so daß eigentlich auch das, was wir an Forschungsarbeit machen und auch in der Lehre, vor allem aber in der Forschungsarbeit, wissenschaftlicher Arbeit, in diesem Mangelzustand gemacht werden muß. Und wenn wir nicht Drittmittel hätten, über die DFG zum Beispiel, könnten wir unsere ganze Depressionsforschung eigentlich gar nicht durchführen, die eigentlich ja national anerkannt ist.“ (P 3/165)

Auf die präzisierende Nachfrage, ob er noch Grund zur Klage hätte, wenn die 85er Anhaltszahlen verwirklicht seien, meint Prof. Dr. Hole: „In den 85er Zahlen ist immer noch nicht die Psychiatrie drin, die die Öffentlichkeit will und die wir betreiben könnten.“ (P 5/50)

Der Sachverständige Dr. Dörner, Leitender Arzt des Landeskrankenhauses Gütersloh, äußert sich zu den DKG-Zahlen 1985: „Die DKG-Zahlen, . . ., basieren ja im wesentlichen auf dem Personalschlüssel, die die Landesverbände Westfalen und Nordrhein oder Nordrhein-Westfalen sich gemeinsam ausgedacht haben. Und ich habe mir den Spaß gemacht, einige von den Autoren dieser Gruppe, die 1979/80 die Zahlen zusammengestellt haben, nochmals in den letzten Tagen zu befragen. An diesen Faktor ‚Einzelbetreuung; Sitzwache‘ ist schlechthin nicht gedacht worden – was ich auch gut verstehen kann, weil: das Ausmaß dieses Strukturwandels – Verkleinerung der Stationen; intensivere Betreuung; nur noch Kranke – hat sich in den letzten Jahren sprunghaft verstärkt, so daß man auch vor 7, 8 Jahren auch noch nicht so dringend daran denken mußte. Denn man muß heute sagen, daß also eben auch im Sinne dieser intensiveren Behandlung ein Einzelbetreuungsverfahren, ob nun im Sinne des Bezugspflegersystems oder anders, erforderlich ist.“ (P 5/175)

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die Verkürzung des Zitats von Professor Dr. Hole im Bericht ist der eindeutige Versuch, seine Aussage zu entwerten und mißverständlich zu machen.

Änderungsantrag Nr. 55

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (2) – Seite 56

Die Absätze in der Mitte der Seite beginnend mit „Es wurde nicht geklärt . . .“ und „jedenfalls gibt das . . .“ werden ersatzlos gestrichen.

Die Realisierung der Anhaltzahlen 1985 bedeuten für die PLK dennoch eine große Erleichterung.

09. 11. 87

Bebbler SPD

B e g r ü n d u n g

Im Bericht wird der weitere Versuch gemacht, Professor Dr. Hole als „Außen-seiter“, „Sonderling“ darzustellen, obwohl seine Forderungen von allen Krankenhausdirektoren in Baden-Württemberg und dem Bundesgebiet unterstützt werden (siehe Anlagen).

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor

Arbeitskreis der Leiter der Öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West

Sektion Baden-Württemberg

Gelegentlich der Bundesdirektorenkonferenz am 8. Mai 1987 in der Pfalz-klinik Landeck

6749 Klingenstein 2,
den 8. Mai 1987

Frau Minister
Barbara Schäfer
– persönlich –
Rotebühlplatz

7000 Stuttgart

Sehr verehrte Frau Minister!

Wir teilen uneingeschränkt die öffentlich bekundete Meinung unserer Kollegen Prof. Hole und Prof. Reimer, daß die Personalausstattung der Psych. Landeskrankenhäuser Baden-Württembergs dringend verbesserungsbedürftig ist.

Wir verkennen gewisse Verbesserungen nicht, würden Ihnen bei nächster Gelegenheit aber gern erläutern, welche Maßnahmen wir für unerlässlich halten, um den bedenklichen Qualitätsverfall der Arbeit unserer Landeskrankenhäuser zu stoppen.

Mit vorzüglicher Hochachtung!

Ihre Ihnen sehr ergebenen

Priv.-Doz. Dr. Ulmar (Wiesloch)

Dr. Middelhoff (Wiesloch)

gez. Dr. Baljer (Wiesloch)

Dr. Gerking (Reichenau)

gez. Prof. Dr. Linden (Calw-Hirsau)

Frau Dr. Krause,
i. V. Dr. Krzepinski (Emmendingen)

Dr. Müller,
i. V. Dr. v. Malzahn (Winnenden)

Dr. Dumke (Bad Schussenried)

Dr. Kayser (Zwiefalten)

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor

Arbeitskreis der Leiter der psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West

Resolution

Die Leiter psychiatrischer und psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West setzen sich seit Jahren für strukturelle und personelle Verbesserungen in der Behandlung ihrer Patienten ein.

Deshalb unterstützen sie nachdrücklich Professor Holes Forderung nach einer ausreichenden personellen Besetzung psychiatrischer Krankenhäuser.

Sie fordern Öffentlichkeit und Politiker auf, die Benachteiligung psychisch Kranker in der Gesellschaft nicht länger zu dulden.

Für den Arbeitskreis:

Dr. Auerbach
Chefarzt

Wiesbaden, den 21. 10. 1987

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor**Bundesdirektorenkonferenz in Wiesbaden am 23. Oktober 1987**

Resolution

Die Mitglieder des Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik und West-Berlin sind in großer Sorge um das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken.

In den 12 Jahren nach Vorlage der Psychiatrie-Enquete hat es regional unterschiedliche, aber nirgendwo ausreichende Verbesserungen der Versorgungslage gegeben.

Es besteht weiterhin ein erheblicher Nachholbedarf, insbesondere in der personellen Ausstattung unserer Krankenhäuser.

Es ist darüber hinaus ein Neubedarf entstanden, da einerseits nach internationalen Erkenntnissen die therapeutischen Möglichkeiten durch personalintensive multiprofessionelle Behandlung zugenommen haben, andererseits die Zahl der Aufnahmen und der Anteil der schwer Kranken überproportional gestiegen sind. In vielen Häusern ist die Zahl der Betten reduziert worden.

Der Arbeitskreis hat schon vor Jahren ein detailliertes Verfahren zur Ermittlung des notwendigen Personalbedarfs vorgelegt. Bis heute ist jedoch nicht einmal eine Personalausstattung entsprechend den Anhaltszahlen der DKG von 1985 erreicht.

Die in den letzten Jahren in manchen Regionen neu entstandene ambulante, komplementäre und rehabilitative Einrichtungen haben die Arbeit des psychiatrischen Krankenhauses bisher kaum entlasten können, weil

- sozialpsychiatrische Dienste und andere Beratungsstellen vielerorts noch fehlen oder keinen altinierten Versorgungsauftrag haben, bzw. nicht mit dem Krankenhaus verzahnt sind. Dadurch werden die schwerer Kranken oft nicht erreicht und die Kontinuität der Versorgung unterbrochen.
- Bei mangelnder Einbindung in die regionale Versorgung und mangelnder Fachaufsicht die Heime Patienten auswählen können und häufig schlechtere Betreuungsbedingungen aufweisen als das Krankenhaus.
- Fast überall geeignete Einrichtungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zur Tagesstrukturierung fehlen.

Auch in Regionen, in denen engagierte Mitarbeiter und Einrichtungsträger sich um die konkrete Verbesserung der Behandlung und der sozialen und beruflichen Eingliederung schwerer und chronisch Kranker bemühen, sind diese durch die unzureichende und unübersichtliche Sozialgesetzgebung extrem behindert.

Die meisten Kranken müssen zu Sozialhilfeempfängern werden, um überhaupt Hilfen zu erhalten.

Wir fordern deshalb:

1. eine schnelle Behebung des personellen Notstandes in unseren Krankenhäusern; um eine Gleichstellung mit den somatisch Kranken zu erreichen, muß die psychiatrische Versorgung bis zur Erfüllung des Nach-

holbedarfs und Neubedarfs aus der Kostendämpfung im Gesundheitswesen herausgenommen werden.

2. Den Ausbau der regionalen Versorgung mit klaren Versorgungsaufträgen für alle Dienste und verbindlicher regionaler Kontrolle und Koordination.
3. Die überfällige Verbesserung und Vereinheitlichung der Sozialgesetzgebung in der Art, daß die individuell erforderlichen Behandlungs- und Eingliederungsmaßnahmen in der Praxis für jeden Patienten zeitgerecht sichergestellt werden.

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor

Arbeitskreis der Leiter der Öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West

Der Vorsitzende

Resolution

Der Arbeitskreis der Leiter der Öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West hat auf seiner Sitzung am 8. Mai 1987 in der Pfalzlinik Landeck zum SPIEGEL-Artikel „Als Arzt muß ich das Maul aufmachen“ vom 20. April 1987 festgestellt:

1. Die unzureichende personelle Ausstattung in unseren psychiatrischen Krankenhäusern ist Realität.
2. Dies hat zur Folge, daß den Patienten in vielen Fällen keine ausreichende Behandlung geboten werden kann. Insbesondere müssen notwendige Einzelbetreuungen häufig unterbleiben. Auch eine hohe Dosierung von dämpfenden Medikamenten und Festbinden schwerst gestörter Patienten ohne die dabei erforderliche Sitzwache sind aus diesem Grunde unvermeidbar.
3. Aus Mangel an Pflegepersonal können übergroße Stationen nicht verkleinert werden.
4. Viele unserer Patienten, die zusätzlich schwere körperliche Erkrankungen haben, können nicht ausreichend versorgt werden.
5. Der Arbeitskreis hat seit vielen Jahren in einem Konzept mit detaillierten Zahlenangaben dargelegt, welche personelle Ausstattung sinnvoll und notwendig ist. Dies gilt sowohl für die medizinische Grundversorgung als auch für die zeitgemäßen psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen. Im Vergleich zu den Fächern der Körpermedizin besteht in der Psychiatrie immer noch ein erheblicher Nachholbedarf.
6. Krankenkassen und Krankenhausträger sind bisher nicht bereit, die erforderliche Personalausstattung zu finanzieren.
7. Wir fordern deshalb die Öffentlichkeit und die Politiker auf, diese Benachteiligung der psychisch Kranken nicht weiter zu dulden.

Prof. Dr. Böhme

Vorsitzender

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser

Tagung im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück vom 26. bis
28. Oktober 1987

Presseerklärung

Anläßlich ihrer Tagung im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück vom 26. bis 28. Oktober 1987 weist die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser erneut auf den nicht unerheblichen personellen Nachholbedarf hin. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von schwerst- und mehrfach Geistigbehinderten und auch für manche Bereiche der Gerontopsychiatrie. Vor allem die wissenschaftlich begründeten Fortschritte in der Behandlung und Rehabilitation psychotisch kranker Menschen sind allein durch mehr und besser ausgebildetes Personal wirksam umzusetzen.

Die Träger der Psychiatrischen Krankenhäuser sehen sich deshalb nach wie vor in der Pflicht, gemeinsam mit ihren leitenden Ärzten für eine bessere Personalausstattung derjenigen psychiatrischen Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Sonderkrankenhäuser zu ringen, die für eine bestimmte Region eine Versorgungsverpflichtung übernommen haben.

Seit Dezember 1985 liegt zum ersten Mal in der Geschichte der deutschen Psychiatrie mit den Anhaltswerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Personalbedarfsermittlung in Psychiatrischen Krankenhäusern ein differenziertes Konzept vor. Die Anhaltswerte beruhen auf umfangreichen empirischen Analysen und auf wissenschaftlichen Untersuchungen unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes des Faches Psychiatrie.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben seither immer wieder die Anwendung dieses Konzeptes abgelehnt; noch in diesen Tagen haben sie das Konzept in einer gemeinsamen Stellungnahme gegenüber der Deutschen Krankenhausgesellschaft als untragbar bezeichnet. Als Hauptgrund für ihre Ablehnung weisen die Kassen auf die Befürchtung hin, daß die Anwendung der Anhaltswerte die Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung gefährden würde.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser tritt für die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken ein: Auch psychisch kranke Menschen haben einen Anspruch auf einen wissenschaftlich begründeten Behandlungsstandard. Es gibt wesentlich offenkundigere und sachlich vertretbarere Möglichkeiten, die Beitragsstabilität zu erhalten, als ausgerechnet eine Sparpolitik im Bereich der Psychiatrie zu fordern.

So haben im Jahre 1986 allein die öffentlichen Apotheken durchblutungsfördernde Mittel im Wert von 1,16 Milliarden DM und Benzodiazepin-Derivate (Valium®, Librium®, Tavor® etc.) im Wert von 220 Millionen DM umgesetzt.

Die Ausgabenkurve für die Medikamente außerhalb der Kliniken steigt. Es handelt sich hierbei vorwiegend um wirkungslose oder gar – im Falle

der Benzodiazepin-Derivate im Hinblick auf deren Suchtpotenz – um zum Teil schädliche Arzneimittelverordnungen.

Es ist verantwortbar, gerade bei diesen Medikamentengruppen die Verordnungsweise so zu gestalten, daß der Umsatz mindestens um $\frac{1}{3}$ reduziert wird. Damit stünden mindestens 400 Millionen DM kostenneutral zur Verfügung.

In Baden-Württemberg fehlten 1986 in den Psychiatrischen Krankenhäusern insgesamt 626 Stellen, um den Nachholbedarf bezogen auf die Anhaltszahlen 1985 der Deutschen Krankenhausgesellschaft auszugleichen. Wird ein gleich hoher Nachholbedarf bundesweit unterstellt, so müßten bundesweit noch 7 847 Stellen geschaffen werden. Bei einem angenommenen Durchschnittsaufwand von 57 000 DM wären hierfür 447,3 Millionen DM aufzubringen. Tatsächlich aber liegt der Nachholbedarf in einigen Bundesländern weit niedriger. Würde also der Betrag von 400 Millionen DM im Arzneimittelbereich jährlich eingespart, so könnten damit 7 000 Stellen jährlich für die psychiatrische Pflichtversorgung finanziert werden. Der Nachholbedarf wäre damit bundesweit auszugleichen, ohne daß damit ein Zwang zur Beitragserhöhung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begründen wäre.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser appelliert deshalb an die Mitglieder der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen und an die Bundesregierung, die durch eine Senkung der Arzneimittelkosten freiwerdenden Mittel für eine Verbesserung der Personalausstattung in der Psychiatrie zu nutzen.

Sollte es innerhalb der im nächsten Sommer ablaufenden Jahresfrist nicht zu einer Einigung mit den Kostenträgern kommen, so wird der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung aufgefordert, seinem Gesetzesauftrag nachzukommen und unverzüglich auf der Grundlage der Anhaltszahlen 1985 der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rechtsverordnung zum Personalbedarf nach § 19 Abs. 2 KHG zu erlassen und damit einen notwendigen Beitrag zur Überwindung der Benachteiligung psychisch Kranker Versicherter zu leisten. Dies zumal deshalb, weil die Argumentation der Kassen auch unberücksichtigt läßt, daß weitere Verweildauerkürzungen und weiterer Bettenabbau nur bei angemessener Personalausstattung möglich sind.

Änderungsantrag Nr. 56

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (2) – Seite 56

Das Zitat, drittletzter Absatz, wird fortgesetzt:

Der Untersuchung von KBE als Grundlage. Und was sich inzwischen verändert hat tariflich, wo nicht berücksichtigt wurde, wo nur auf dem Rücken von den Patienten letzten Endes – daß die zu kurz kommen dann. Und das wäre der Zusatzurlaub für Nachtdienst. Das sind 1½ Stellen. Allgemeine Urlaubsverbesserungen sind drei Planstellen. Durch Gewährung von den zwei freien Tagen sind drei Stellen. Und dann Punkt 4. durch den tragischen Vorfall in unserem Hause, wo eine Kollegin ermordet wurde, waren wir gezwungen, Doppelbereitschaft vor allen Dingen bei den Frauen – ... – und auch einzelnen Stationen Doppelnachtwachen einführen mußten. (P 5/135) „Das waren auch noch mal fünf Planstellen, wo wir da zusätzlich Leute brauchten, um nur das Notdürftigste abzudecken.“ (P 5/136) Der Zeuge Keicher führt weiterhin 12 Stellen im Bereich des Pflegedienstes an, die jetzt für Auszubildende angerechnet werden und von denen er meint, daß sie zum Pflegedienst zurückgehören: „Es nützt nichts, wenn man einen Haufen Auszubildende hat und keine ausgebildeten Kräfte, die die anleiten nachher.“ (P 5/136) Außerdem erwähnt der Zeuge die hohe Zahl von Zivildienstleistenden, die vor allem in der Gerontopsychiatrie eingesetzt werden, die weitgehend vom Pflegepersonal zu tragenden Angebote, wie Sporttherapie, Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie und die sogenannten „Gastärzte“: „Im ärztlichen Bereich wurde ein zweiter ärztlicher Dienst eingesetzt. Der wurde notwendig, da eine Kft nicht mehr leisten, wieviel Arbeit aufkommt. Und in der letzten Zeit wurden immer mehr sogenannte Gastärzte eingesetzt, das heißt Ärzte ohne Bezahlung. Und das macht uns vom Personalrat wieder große Probleme. (P 5/136 und 137)

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Mit unvollständigen Zitaten wird der Versuch unternommen, Zeugenaussagen, die die Forderungen von Professor Dr. Hole stützen, wegzulassen.

Änderungsantrag Nr. 58

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (3) – Seite 57

Der erste Absatz unter „Blick über die Grenzen“ wird ersetzt durch:

Mit Schreiben vom 8. Mai 1987 an Frau Ministerin Schäfer schreiben die Vertreter und Vertreterinnen der sieben PLK in Baden-Württemberg: „Wir teilen uneingeschränkt die öffentlich bekundete Meinung unserer Kollegen Prof. Hole und Prof. Reimer, daß die Personalausstattung der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser Baden-Württemberg dringend verbesserungsbedürftig ist.

Wir verkennen gewisse Verbesserungen nicht, würden Ihnen bei nächster Gelegenheit aber gern erläutern, welche Maßnahmen wir für unerläßlich halten, um den bedenklichen Qualitätsverfall der Arbeit unserer Landeskrankenhäuser zu stoppen.“

Dem Schreiben ist beigeheftet die Resolution, die am 8. Mai 1987 vom Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) in Klingenmünster verabschiedet wurde.

„Die Ärztlichen Direktoren der Psychiatrischen Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland haben bei ihrer Sitzung am 8. Mai 1987 in Klingenmünster folgendes zum Spiegel-Artikel vom 20. April 1987: „Als Arzt muß ich das Maul aufmachen“ festgestellt: 1. Die unzureichende personelle Ausstattung in unseren psychiatrischen Krankenhäusern ist Realität. 2. Dies hat zur Folge, daß den Patienten in vielen Fällen keine ausreichende Behandlung geboten werden kann. Insbesondere müssen notwendige Einzelbetreuungen häufig unterbleiben. Das Festbinden schwerstgestörter Patienten ohne die dazu notwendige und dabei erforderliche Sitzwache, auch hohe Dosierung von dämpfenden Medikamenten sind unvermeidbar. 3. Aus Mangel an Pflegepersonal können wir übergroße Stationen nicht verkleinern. 4. Viele unserer Patienten, die zusätzliche schwere körperliche Erkrankungen haben, können nicht ausreichend versorgt werden. 5. Die Bundesdirektorenkonferenz hat seit vielen Jahren dargelegt, welche personelle Ausstattung sinnvoll und notwendig ist, sowohl für die medizinische Grundversorgung als auch für zeitgemäße psychiatrische Behandlungsmaßnahmen. Im Vergleich zu den körperlich-medizinischen Fächern besteht in der Psychiatrie immer noch ein erheblicher Nachholbedarf. 6. Krankenkassen und Krankenhausträger sind bisher nicht bereit, die erforderliche Personalausstattung zu finanzieren. 7. Wir fordern deshalb die Öffentlichkeit und Politiker auf, diese Benachteiligung der psychiatrischen Kranken nicht weiter zu dulden.“

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung für die Anträge 58 bis 62:

Für den Abschnitt „Blick über die Grenze“ wurde von der SPD Streichung beantragt, da das fragliche Zahlenmaterial des Sozialministeriums zu falschen Schlußfolgerungen führen muß. Denn bis vor vier Jahren wurde durch Professor Kitzig bei der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde versucht, Vergleichszahlen zwischen den Pflegesätzen im Bundesgebiet aufzustellen. Dieser Versuch wurde als gescheitert abgebrochen. Eine Auswertung der Zahlen des Wirtschaftsplans von 1986 der Rheinischen Landeskliniken des Landes Nordrhein-Westfalen zeigt, daß dort weitaus bessere Personal-/Patienten-Relationen bestehen, sowohl beim Gesamtpersonal als auch beim therapeutischen Personal. Dabei ist zu beachten, daß in Nordrhein-Westfalen keine Trennung von Pflegefall- und Behandlungsbereich besteht. An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Behauptungen des Sozialministeriums hinsichtlich der Personal-/Patienten-Relationen als auch der Höhe der Pflegesätze in anderen Bundesländern die tatsächlichen Verhältnisse verschleiern und der eigenen Entlastung dienen sollen.

Nachdem der Streichungsantrag abgelehnt wurde, versuchten die SPD-Untersuchungsausschußmitglieder mit den Anträgen Nr. 58 bis 62 das Bild einigermaßen zu korrigieren.

Änderungsantrag Nr. 59

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (3) – Seite 57

Der zweite Absatz unter „Blick über die Grenzen“ wird wie folgt geändert:

Das Sozialministerium führt in seiner Stellungnahme (Seite 9) an: „Eine Umfrage bei anderen Bundesländern hat für das Jahr 1987 geringere Personalziffern ergeben. Die reichen von 1 : 1,22 bis 1 : 1,70. Demgegenüber steht ein Personalschlüssel für die PLK in Baden-Württemberg bezogen auf das Gesamtpersonal im Jahre 1986 (5 110 besetzte Stellen), Personal/Patient 1 : 1,17. Geht man von den 3 418 Stellen für therapeutisches Personal (Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, med.-techn. Dienst, Funktionsdienst/Sonderdienst) aus, ergibt sich ein Schlüssel Personal/Patient von 1 : 1,74.“

Vergleiche zwischen den erfragten Zahlen aus dem Bundesgebiet und den Personalziffern in Baden-Württemberg sind kaum möglich, da unterschiedliche Strukturen bestehen (in anderen Bundesländern ist zum Beispiel die räumliche Trennung von Behandlungsbereich und Pflegefallbereich nicht vollzogen) und örtliche Besonderheiten (zum Beispiel starker Ausbau der Außendienste) bestehen. Dieser Punkt war nicht Gegenstand der Beweiserhebung des Untersuchungsausschusses.

Über die Verhältnisse in Saarbrücken berichtete der Leiter des Zentrums für Psychologische Medizin, Saarbrücken, Prof. Dr. Dr. Schmitt, als Sachverständiger, die 1985er Anhaltszahlen würden in Saarbrücken nicht erreicht (P 5/197) und würden auch „schlicht und einfach nicht anerkannt“ (P 5/209). Auch das nächste französische PLK in Saargmünd klagte über Personalmangel (P 5/210).“

09. 11. 87

Bebber SPD

Änderungsantrag Nr. 60

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (3) – Seite 57

Der letzte Absatz auf Seite 57 wird wie folgt verändert:

Prof. Dr. Dörner vom Westfälischen Landeskrankenhaus Güterloh trug vor: „Es wird bei uns der DKG-Schlüssel (Anm.: 1985) noch nicht angewandt, wohl aber die Anhaltzahlen der beiden Landschaftsverbände. Beide unterscheiden sich zwar in einigen kleinen Punkten nicht unwesentlich. Aber so über den ganzen Schnitt gesehen ist es schon, glaube ich, kein riesengroßer Unterschied. . . . Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat eine Politik mit den Kostenträgern, wonach er sagt: Wir wollen in diese Personalrichtlinien Nordrhein-Westfalen Jahr für Jahr reinwachsen. Und es stellt sich jetzt heraus, daß dies in unterschiedlichen Krankenhäusern mit einem unterschiedlichen Tempo erfolgt. Das heißt, Krankenhäuser, die ein eher größeres Tempo – ich sag mal: im Sinne der Modernisierung – machen, haben Werte, die zwischen 94 und 98 % liegen, während andere Krankenhäuser, die ein gemächlicheres Tempo haben, es sich aber auch leisten können, dann mit 88 oder 90 oder 86 nur rauskommen. Allerdings merken wir – also Gütersloh gehört zu den schnelleren Gebilden –, je mehr wir an die 100 % rankommen, daß es eben in dieser und jener und einer dritten Stelle eben nicht mehr reicht. Eines davon sind diese Einzelbetreuungsbedarfe, die auf dem Tisch liegen und denen wir nicht nachkommen können.“ (P 5/180)

09. 11. 87

Bebbers SPD

Änderungsantrag Nr. 61

des Abg. Bebbler SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (2) – Seite 58

Der 3. Absatz wird wie folgt geändert:

Nach Aussage des Zeugen sind, Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Württemberg-Baden, lehnen die Krankenkassen bundesweit die 85er Anhaltzahlen ab (P 3/111).

09. 11. 87

Bebber SPD

Änderungsantrag Nr. 62

des Abg. Bebber SPD

zum Kapitel II. 1. b bb (3) – Seite 58 (Fazit)

Der Absatz beginnt mit: „Der Standort . . .“ wird gestrichen.

**Der folgende Teil (4) Fazit zu den Anhaltzahlen wird ersatzlos gestrichen
(Seite 58/59).**

09. 11. 87

Bebber SPD

Änderungsantrag Nr. 63des Abg. **Bebber SPD**

zum Kapitel II. 1. b cc – Seite 59

(1) Mangel beim Pflegepersonal

Der folgende Absatz wird wie folgt geändert:

Die unterschiedlichen Auffassungen zwischen Krankenkassen und PLK-Vertretern sowie den Sachverständigen zu den Anhaltszahlen 1969 und der unterschiedlichen Beurteilung der DKG-Anhaltszahlen 1985 wird deutlich, daß es keinen verbindlichen Maßstab für eine erforderliche Ausstattung mit Pflegepersonal gibt. Es muß künftig Aufgabe der Verhandlungspartner der Pflegesatzverhandlungen sein und von beiden Seiten akzeptierte Kriterien für den Personalbedarf zu erarbeiten.

Um eine politische Wertung zu ermöglichen werden vier Schwellen der Versorgungsqualität aufgestellt: 1. „Betriebsschwelle“-Aufrechterhaltung des Betriebs, so daß „jemand da ist“ (Zeugin Lerch, P 3/197), Patienten werden im wesentlichen nur verwahrt, rechtliche Verantwortbarkeit unter dem Gesichtspunkt des Organisationsverschuldens ist gerade noch gegeben; 2. „Versorgungsschwelle“ – wie zuvor und zusätzlich: Ein Minimum an Therapie in Teilbereichen ist möglich, aber längst nicht in sinnvollem und medizinisch erforderlichem Maße. 3. „Therapieschwelle“ – für alle Patienten ist die medizinisch erforderliche Behandlung und Therapie gesichert, vermeidbare Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte des Patienten werden verhindert, es besteht Aussicht auf Vermeidung von Hospitalisierung und Chancen der Heilung. 4. „Perspektivschwelle“ – Behandlung und Therapie nach jeweils bestehenden Erkenntnissen, eine Versorgung und Behandlung mit bestmöglichen Heilungs- bzw. Besserungschancen.

09. 11. 87

Bebber SPD**Begründung**

Dieser Antrag ist der Versuch, durch eine differenzierte Bewertung zu einem gemeinsamen Votum zu kommen. Die Ablehnung des Antrags hat zur Konsequenz, daß eine Zuordnung der PLKs zu den „Schwellen“ im Bericht nicht von der SPD mitgetragen werden kann. Die Aufteilung in lediglich drei Schwellen stellt den Versuch dar, möglichst viele PLKs in den Therapiebereich einzuordnen und die Forderungen von Professor Hole als überzogen zu diffamieren.

Die Jahresberichte bilden keine ausreichende Grundlage zur Beurteilung der Situation in den PLKs, da sie nicht nach vergleichbaren Kriterien aufgebaut sind. Verständlicherweise legen die PLKs in ihren Jahresberichten einen Schwerpunkt auf positive Entwicklungen. Der Untersuchungsausschuß hat dies nicht hinterfragt.

Die SPD trägt den Bericht von Seite 59 bis 75 nicht mit.

Mündlicher Antrag

des Abg. Bebbler SPD

zur Änderung der Gliederung (Protokoll 8/10 ff.)

zu Bericht Seite 75 bis 90

Abgelehnt wurde der Antrag der SPD, das Kapitel Ausfallzeiten dem Kapitel Personalswesen (Kap. II 1. b) als Punkt aa (4) zuzuordnen, weil die nicht volle Anerkennung der Ausfallzeiten durch die Kostenträger ein wichtiger Faktor für den Personalmangel ist.

Die SPD-Mitglieder wollten außerdem eine zurückhaltende Bewertung, da vom Untersuchungsausschuß nicht im einzelnen überprüft worden ist, inwieweit zum Beispiel tarifbedingte Steigerungen des Personalbedarfs durch die landesweite Empfehlungsvereinbarungen abgegolten sind und in welchem Maße sie zum Personalmangel beigetragen haben. Dies wurde ebenfalls abgelehnt.

Die Bewertungen und Schlußfolgerungen der CDU-Mitglieder des Untersuchungsausschusses im Bericht auf Seite 75 bis 90 werden von den SPD-Mitgliedern nicht getragen.

Änderungsantrag Nr. 67

des Abg. Bebber SPD

zum Teil II. 1. b cc (2) — Seite 79

Das Zitat des Dr. v. Maltzahn wird verlängert.

Wenn ich mich jetzt auf die akademischen Mitarbeiter einmal beschränke, also die, die ich direkt überblicke, so kann es sich schon so auswirken, daß beispielsweise rein personell überhaupt kein Ausgleich stattfindet. Also, wenn jetzt, zum Beispiel im vergangenen Jahr, ein Tag mehr Urlaub gewährt wird tariflich, so ist es so, daß ich natürlich keinen Doktor mehr habe und keinen Psychologen mehr habe und auch nicht prozentual einen Psychologen oder Doktor mehr habe; sondern der ist halt eben mehr weg und damit auch weniger verfügbar, hat weniger Zeit, die er am Patienten und an seinen Arbeiten umsetzen kann (P 3/6).

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die Verkürzung des Zitats im Bericht verfälscht die Aussage von Professor Dr. v. Maltzahn.

Änderungsantrag Nr. 70

des Abg. Bebber SPD

zum Teil II. 1. b cc (2) – Seite 81

Der letzte Absatz auf Seite 81, fortgeführt auf Seite 82, wird ersetzt durch folgenden Text:

Dies setzt allerdings voraus, daß der Arbeitgeber personell so ausgestattet ist, daß die Gewährung von Freizeitausgleich nicht zu einer zusätzlichen Belastung anderer Mitarbeiter führt. Daß die PLKs aufgrund ihres Budgets nicht in der Lage waren, die entsprechende Zahl von Mitarbeitern einzustellen, läßt sich aus den oben zusammengestellten Zitaten schließen.

Weitere Hinweise ergeben sich aus den Jahresberichten.

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Der Berichtstext verschleiert die Tatsache, daß die PLKs aufgrund ihrer Budgetausstattung zu Sparmaßnahmen gezwungen wurden und nicht die nötigen Mitarbeiter einstellen konnten.

Änderungsantrag Nr. 71

des Abg. Bebber SPD

zum Teil II. 1. b cc (2) – Seite 82

Vor dem 4. Absatz wird ergänzt:

„Die Zuschläge für Überstunden sind bei dieser Berechnung allerdings nicht berücksichtigt.“

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die nicht volle Abdeckung der Überstundenzuschläge führt zu weiterem Personalmangel.

Änderungsantrag Nr. 73

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 1. b dd – Seite 90/91

Der letzte Absatz auf Seite 90, fortgeführt auf Seite 91, erhält folgende Fassung:

„Das Thema Personalstruktur war nicht Gegenstand eines gesonderten Beweisantrags. Gelegentlich der Aussagen über andere Beweisgegenstände erklärten Zeugen aber zum Beispiel, daß es an der Qualifikation des Pflegepersonals mangle, insbesondere weil es zu wenig examinierte Fachpfleger gebe (P 5/45 und 5/275). Professor Dr. Hole vermerkte, daß die Zahl der voll examinierten Krankenschwestern niedrig sei auf der Station, weshalb man dort zum Teil mit kranken Pflegeschülerinnen, mit kranken Pflegehelferinnen, mit Zdl und mit Praktikanten sich mühsam über Wasser halten müsse (P 5/45). Außerdem wurde angeführt, daß Therapeuten fehlen. Professor Reimer erklärte dazu, daß kein Personal für bestimmte Bewegungstherapien vorhanden sei, daß es an ausgebildeten Mal- und Musiktherapeuten fehlt, gleiches gelte für Arbeitstherapeuten (P 5/111, 5/116). Der ärztliche Leiter des PLK Reichenau, Dr. Faulstich, betonte das Fehlen von ausgebildetem Personal für die Durchführung einer Therapie in der geriatrischen Pflegestation, außerdem gab er an, für eine aktivierende Pflege im Pflegefall würden Sozialpädagogen und Fachpfleger benötigt (P 5/258 und P 5/275).

Personalratsvorsitzender und Oberpfleger Kaicher bekundete, daß vor allem in der Gerontopsychiatrie zum Teil nur Zivildienstleistende Beschäftigungstherapie ausübten. Sporttherapie, Arbeitstherapie und zum Teil Beschäftigungstherapie würden vorwiegend vom Pflegepersonal getragen, das dann von der Station abgezogen sei und dort fehle (P 5/136).

Problematisch sei, daß die Auszubildenden nur noch ein Jahr im Haus seien, während die zwölf Stellen, die für die Auszubildenden bereitgestellt werden müßten, die andere Zeit unbesetzt seien und fehlten. Es nütze außerdem nichts, wenn man viele Auszubildende habe und keine ausgebildeten Kräfte, die diese Auszubildenden anleiten könnten (P 5/136).“

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Der Berichtstext wird den Aussagen der Zeugen nicht gerecht.

Änderungsantrag Nr. 75

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. b dd – Seite 91

Der Wertungssatz nach der oberen Tabelle wird ersatzlos gestrichen.

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Ein erneuter Versuch Professor Hole zu diffamieren.

Änderungsantrag Nr. 76

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 1. b ee — Seite 93

Dem letzten Absatz unter ee Fazit Personalwesen sind folgende Sätze anzufügen:

„Eindeutig festzustellen ist ein erheblicher Personalmangel in bezug auf den durch den Strukturwandel verursachten Versorgungsbedarf. Über die ursächliche Mitwirkung anderer Faktoren (z. B. Personalstruktur, Ausfallzeiten) kann eine Bewertung nicht erfolgen, da insoweit vom Untersuchungsausschuß keine Beweiserhebungen erfolgten.

Von der Numerierung vor dem letzten Antrag ist folgender Änderungsantrag zu stellen:

Zu dem Abschnitt dd Personalstruktur ist ein 4. Abschnitt mit dem Titel „Supervision und Weiterbildung“ einzufügen, nach dem Abschnitt „Betriebsklima“. Der Abschnitt erhält folgenden Wortlaut:¹⁾

Zum Thema Weiterbildung und Supervision hält der ärztliche Direktor Dr. Baljer die Supervision im Maßregelvollzug für unabdingbar und hält Fortbildungsmaßnahmen für notwendig (P 6/20–21). Nähere Ausführungen dazu folgen unter Abschnitt „Maßregelvollzug“.

Unbestritten ist nach den Jahresberichten und nach der Beweisaufnahme, daß eine Supervision in der Psychiatrie notwendig ist (JB 1986: Bad Schusried, Seite 16, Zwiefalten, Seite 12, Weinsberg, Seite 12).

Personalratsvorsitzender Dengler bekundete, daß die Fortbildungsangelegenheiten sehr, sehr zurückgedrängt seien aufgrund der sehr dünnen Personaldecke; gleiches gelte für die Supervision, die eine ganz wichtige Angelegenheit, sei, die aber aufgrund der sehr dünnen Personaldecke zusehends in den Hintergrund gerate (P 5/130).

Supervision findet, geht man von den Jahresberichten aus, nicht in allen PLKs des Landes statt. Für ausreichende Fortbildung besteht infolge der personellen Überbelastung keine Möglichkeit.

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die nicht angenommenen Teile des Antrages sind durch Unterstreichung gekennzeichnet. Die SPD-Mitglieder des Untersuchungsausschusses halten diese klaren Feststellungen für unverzichtbar.

¹⁾ Hinweis: Der folgende Absatz ist im Bericht eingefügt (vgl. oben S. 92 f.)

Änderungsantrag Nr. 77

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. c – Seite 94

Der Absatz beginnend mit „Es wurde herausgearbeitet, daß . . .“ wird gestrichen.

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Durch die unkritische Übernahme der Aussagen des Sozialministeriums wird im Bericht der Eindruck erweckt, als könnten die PLKs trotz ihres angespannten Budget- und Personallage Stellen beliebig umschichten.

Änderungsantrag Nr. 78

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. c – Seite 96

Die Zitate unter (3) werden wie folgt abgeändert bzw. ergänzt:

„Diese Autonomie führt in einer Sparsituation dazu, daß wir uns dauernd streiten. . . weil die Decke überall zu kurz ist. Wir verteilen hier ja den Mangel.“ (Prof. Dr. Hole, P 5/15)

Prof. Hole sähe dann eine Chance, „wenn wir eine gewisse Personalreserve hätten, so wie es bei jeder kriegsführenden Armee oder bei der Feuerwehr wäre; alle haben irgendwo noch Reservisten, die haben wir nicht mehr.“ (P 5/29)

Der Geschäftsführende Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, erklärte auf entsprechende Frage, daß die Krankenhausleitung zum Beispiel bei Freiwerden von Stellen im Verwaltungsbereich entscheiden kann, daß dafür eine Stelle im pflegerischen Bereich geschaffen wird (P 5/68). Gleichzeitig verneinte er jedoch die praktische Durchführbarkeit einer solchen Verschiebung, weil sie im PLK „die am schlechtesten ausgestattete Verwaltung“ hätten. Weiter erklärte er dazu: „Wenn die Verwaltung schlecht ist, kriegen wir keinen guten Pflegesatz. Also die kann man auch nicht beliebig vermindern.“ (P 5/69)

Auf den Vorhalt, daß aber der Grundsatz bleibe, daß die Krankenhausleitung die Möglichkeit solcher Austausche hat, erklärte Dr. Middelhoff: „Wir überlegen jedesmal: Was ist dringlicher? Wo ist das größte Problem? . . . Wenn Sie zum Beispiel die Pflegerbesetzung der Station sehen und wir sehen, auf 30 Stationen müßte ein Pfleger mehr sein in einer Schicht – ich könnte Ihnen die genauen Zahlen sagen – dann müßten wir praktisch 70 Pfleger einstellen. . . Da müßte die Kasse 4 Millionen DM mehr zahlen.“

Übereinstimmend kam zum Ausdruck, was der Ärztliche Direktor des PLK Emmendingen, Dr. Krzepinski, so formulierte: „. . . Nur hängt das natürlich davon ab auch, wie groß das Budget halt ist. Wenn ich zu wenig habe, kann ich zu wenig verteilen. Und nach unserer Meinung sind wir da eben noch sehr knapp dran.“ (P 3/127)

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Die CDU-Mitglieder des Untersuchungsausschusses akzeptierten lediglich den ersten Absatz des Änderungsantrages. Die SPD-Mitglieder halten die übrigen Zitate für unverzichtbar, um zu verdeutlichen, daß die PLKs im Rahmen ihrer Autonomie keine personellen Spielräume haben.

Änderungsantrag Nr. 79

des Abg. **Bebber SPD**

zum 2. Teil II. 1. c – Seite 97

Das Fazit wird um folgenden Satz ergänzt: Der personelle Mangel bei den PLK ist derart groß, daß er im Rahmen der Autonomie von den PLK durch Personalumschichtungen nicht behoben werden kann.

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die SPD-Mitglieder des Untersuchungsausschusses halten diese Feststellungen für unverzichtbar.

Hinweis: vgl. oben S. 97

Änderungsantrag Nr. 81

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 1. e – Seite 99

Ist nach dem Zitat Dr. Müller beginnend mit „Namhafte Forensiker ...“ folgender Text einzusetzen:

Am drückendsten für alle Einrichtungen der forensischen Psychiatrie in Baden-Württemberg ist nach Auffassung von Dr. Baljer das Personalproblem. Aufgrund des Mangels an Ärzten und anderem akademischen Personal liege die forensische Psychiatrie „doch immer noch unter dem Zustand in der Allgemeinpsychiatrie“ (P 6/5). Weiter beklagt der den Mangel an Sozialarbeitern und an Pflegepersonal sowie den eklatanten Mangel an Co-Therapeuten. Er nennt auch das Beispiel beim PLK Wiesloch, wonach nur eine einzige Stelle eines Arbeitserziehers ausgewiesen sei; der Mangel werde dadurch behoben, daß entsprechend vorgebildetes Pflegepersonal die Aufgaben der Arbeitserzieher übernehmen. Dabei weist er ausdrücklich darauf hin, daß dieses Pflegepersonal dann auf den Krankenstationen fehlt (P 6/5–6).

Als allgemein gültig hat Dr. Baljer dargestellt, die Rückfallgefahr sei bei den Patienten um so geringer, je kürzer die Behandlungsdauer und je besser die Behandlung sei (P 6/8). Er erklärte weiter, er habe zu diesem Thema im Auftrag des Sozialministeriums einmal eine kleine Studie verfaßt und darin nachweisen können, daß mit der Verbesserung der personellen und räumlichen Ausstattung im PLK Weißenau auch gleichzeitig die Unterbringungsdauern wesentlich zurückgegangen seien, nämlich um ein ganzes Jahr. Dies sei der Fall gewesen, obwohl die Verweildauer in Weißenau schon immer „sehr, sehr gering“ war. Die Rückfallquote sei nicht gestiegen, sondern gleich hoch bzw. leicht geringer geworden und habe bei 10 bis 15 % gelegen (P 6/10).

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die vollständigen Zitate sind zur Verdeutlichung der Situation im Maßregelvollzug unverzichtbar.

Änderungsantrag Nr. 83

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. e – Seite 100

Nach Absatz zwei auf Seite 100 des Berichts ist folgender Absatz neu einzufügen:

„Das Sozialministerium ist selbst der Auffassung, daß der Maßregelvollzug personell ausgebaut werden muß. Außerdem erhält das Ministerium eine längerfristige Konzeption für erforderlich (Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987, S. 67).

Für zuständig für eine solche längerfristige Konzeption hält das Justizministerium das Sozialministerium einschließlich der PLK (P 6/52).

Zeuge Dr. Baljer hält eine längerfristige Konzeption für erforderlich, nach seiner Ansicht als Praktiker müßte man aber „erstmal die größten Lücken stopfen“ (P/19).

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung zu den Änderungsanträgen 83 und 84:

Zur Darstellung der allgemeinen Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug sind die Ergänzungen gemäß den Anträgen Nr. 83 und 84 notwendig.

Änderungsantrag Nr. 84

des Abg. Bebber SPD

zum zweiten Teil, II. 1. e – Seite 100

Im Anschluß an den auf Seite 100 nach dem zweiten Absatz eingefügten neuen Absatz wird noch zusätzlich folgender Absatz hinzugefügt:

„Als allgemeines Problem des Maßregelvollzugs hat der Zeuge Dr. Baljer folgendes dargelegt:

„Es müßten mehr und bessere Nachsorgeeinrichtungen geschaffen werden – nach dem Maßregelvollzug. Ein Großteil unserer Patienten könnte heute entlassen werden, wenn wir entsprechende Nachsorgeeinrichtungen hätten ...“ (P 6/13–14).

Als Alternative zu solchen Nachsorgeeinrichtungen nannte Dr. Baljer, daß den Maßregelvollzugseinrichtungen das Recht eingeräumt werden könnte, selbst Wohngruppen oder Übergangswohnheime zu schaffen und dort dann weiterhin gezielt die Patienten auf die Entlassung vorzubereiten (P 6/14).“

09. 11. 87

Bebber SPD

Änderungsantrag Nr. 85

des Abg. Bebbler SPD

zum zweiten Teil, II. 1. – Seiten 100/101

Beim Abschnitt Personalbedarf auf Seiten 100/101 wird folgender Absatz angefügt:

„Der Personalbedarf wird bei den Einrichtungen, die Dr. Baljer als beispielhaft in anderem Zusammenhang angeführt hat, anders gedeckt als bei den PLK in Baden-Württemberg. So hat der Pflegeleiter beim PLK Emmendingen, Herr Sauer, erklärt, auf die 70 forensischen Betten beim PLK Emmendingen entfielen 39 Pflegepersonal, 3 Ärzte, 1 Psychologe und 1 Bereichsarzt (P 6/41 und 6/46).

Demgegenüber – so der Zeuge Sauer – entfielen in Düren auf 120 Betten 115 Pflegepersonal, 6 Ärzte, 5 Psychologen, Soziologen und Diplompädagogen, 2 Lehrer, 4 Sozialarbeiter, 13 Beschäftigungs-, Sport-, Musik-Therapeuten (P 6/45).“

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Die bessere Ausstattung des Maßregelvollzugs in manchen Bundesländern wird zumindest aus den hohen Pflegesätzen in den PLKs Nordrhein-Westfalen verdeutlicht (s. Anlage).

Nach dem Wirtschaftsplan 1986 für die Rheinischen Landeskliniken des Landes Nordrhein-Westfalen

	allgemeine Pflugesätze	Maßregelvollzug	Durchschnittliche Belegung 1986	Gesamtpersonal	Relation Personal/Patient	Therapeut. Personal	Relation Personal/Patient
Baden-Württemberg (Zahlen lt. Stellungnahme des SoMin. v. 10. 8. 87)	165,92 DM	200,00 DM	5 966	5 110	1 : 1,17	3 418	1 : 1,74
Rheinisches LK Bedburg Hau	142,25 DM	316,07 DM	1 630	1 578	1 : 1,03	1 005	1 : 1,62
Rheinisches LK Barn	242,25 DM	316,07 DM	847	1 150,25	1 : 0,74	710,25	1 : 1,19
Rheinisches LK Düren	173,93 DM	381,82 DM	564	724,83	1 : 0,78	456,33	1 : 1,24
Rheinisches LK Düsseldorf	174,60 DM	255,20 DM	875	890,5	1 : 0,98	537,5	1 : 1,63
Rheinisches LK Essen	277,95 DM	-	218	310	1 : 0,70	226	1 : 0,96
Rheinisches LK Köln	206,15 DM	-	420	538,5	1 : 0,78	326	1 : 1,29
Rheinisches LK Langenfeld	165,80 DM	252,20 DM	730	724	1 : 1,01	434	1 : 1,68
Rheinisches LK Mönchengladbach	201,95 DM	-	181	177	1 : 1,02	111	1 : 1,63
Rheinisches LK Viersen	204,25 DM	327,50 DM	1 000	1 169	1 : 0,86	745	1 : 1,34
	Durchschnittl.	Durchschnittl.	Durchschnittl.	Gesamt	Durchschnittl.	Gesamt	Durchschnittl.
Rheinische Landeskliniken	198,79 DM	298,41 DM	6 465	7 262,08	1 : 0,89	4 551,08	1 : 1,42

Lag dem Untersuchungsausschuß nicht vor

Änderungsantrag Nr. 95

des Abg. Bebbler SPD

zum zweiten Teil, II. 1. e hh — Seite 107

Die letzten vier Absätze unter hh) Ergebnis erhalten folgende Fassung:

Die personelle Ausstattung reicht nicht aus.

Das Sozialministerium hat Mitte 1985 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, deren Aufgabe es war, ein Personalkonzept für den Bereich des Maßregelvollzugs als Grundlage für landeseinheitliche Personalschlüssel zu erarbeiten. Dies sollte das längerfristige Konzept sein. (Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987, Seite 3/4).

Das Sozialministerium hat sodann sein längerfristiges Konzept mit Schreiben vom 6. Dezember 1985 dem Justizministerium übermittelt. Nach diesem Konzept wird eine Personalbesetzung zugrundegelegt, „die in einer nur langfristig erreichbaren Endstufe jährlich zusätzlich 12,5 Millionen DM kosten würde (Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987, Seite 5).

In dem Schreiben des Sozialministeriums vom 6. Dezember 1985 sind die genauen Personalschlüssel für den Ärztlichen Dienst, die Sonderdienste, den Pflegedienst, die Verwaltung festgelegt (Schreiben vom 6. Dezember 1985, Seite 3/4). Das Sozialministerium führt als Konsequenz der Verwirklichung dieser Personalschlüssel aus, daß gemessen an den Pflegesätzen für den Maßregelvollzug bei den einzelnen PLK mit einem Gesamtaufwand von rund 31 Millionen DM sich ein Mehraufwand von rund 12 Millionen DM bei einer Realisierung im Jahr 1986 ergeben würde. Unter Berücksichtigung der Gesamthaushaltssituation des Landes ging das Sozialministerium davon aus, daß eine derartige Anhebung der Pflegesätze für den Maßregelvollzugsbereich kurzfristig nicht möglich sein dürfte. Wörtlich aber führt das Sozialministerium aus: „Da andererseits jedoch eine Verbesserung der Personalbesetzung in diesem Bereich nach hiesiger Auffassung unabdingbar ist, schlägt das Sozialministerium vor, die vorstehend genannten Personalbemessungsziffern künftigen Personalvermehrungen für diesen Bereich zugrunde zu legen, die tatsächliche Umsetzung jedoch auf mehrere Jahre zu verteilen.“ (Schreiben des Sozialministeriums vom 6. Dezember 1985, Seite 5). Entgegen dem Vorschlag des Sozialministeriums an das Justizministerium im Schreiben vom 6. Dezember 1985, wonach ein erster Schritt im Jahr 1986 eine Anpassung von etwa 10 % gegenüber den für 1985 festgelegten Pflegesätzen erfolgen sollte, wurde dann in einer Besprechung beider Ministerien am 20. Januar 1986 „neben der allgemeinen Haushaltssteigerung von 4 % ein Zuschlag von 3 % je Jahr für die psychiatrische Krankenanstalt Kirchgrund . . . und ein Zuschlag von 2 % je Jahr für die übrigen PLK“ seitens des Sozialministeriums vorgeschlagen (Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987, Seite 5).

Obwohl das Justizministerium grundsätzlich das Konzept des Sozialministeriums billigte, hat es auf seine Einbindung in die Eckdaten der Mittelfristigen Finanzplanung verwiesen. Im Rahmen der Vorbereitung des Entwurfs des Staatshaushaltsplans 1987/88 hat sich das Sozialministerium Anfang 1986 erneut an das Justizministerium gewandt und auf die Notwendigkeit von Personalverbesserungen im Maßregelvollzug hingewiesen.

Im Schreiben des Sozialministeriums vom 28. September 1987 heißt es jedoch dann: „Das Justizministerium konnte jedoch in den Planbesprechungen mit dem Finanzministerium neben einem normalen Steigerungssatz einen von ihm beantragten Zuschlag nicht durchsetzen.“

Statt der ursprünglich vom Sozialministerium verlangten Anpassung um etwa 10 % gegenüber den Pflegesätzen 1985 gelang es lediglich, als ersten Schritt acht Stellen für den Pflegedienst für 1987 im Staatshaushalt mit Sperrvermerken auszubringen. Das Sozialministerium bemühte sich seit Anfang 1987 um Aufhebung der Sperrvermerke. Die Sperrvermerke wurden mit Wirkung vom 1. August 1987 dann aufgehoben.

10. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Die geänderte Fassung verdeutlicht die Verantwortlichkeit der Landesregierung für die unhaltbare Situation im Maßregelvollzug. Es bedurfte erst des Untersuchungsausschusses, um dem Parlament die längst vorliegende Konzeption einschließlich der nötigen Personalaufstockung endlich zur Kenntnis zu bringen.

Weder das Justizministerium noch das Sozialministerium haben je das Parlament über die Notwendigkeit der Stellenausweitung gemäß dem Konzept informiert, geschweige denn entsprechende Haushaltsanträge gestellt.

Änderungsantrag Nr. 96

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. f – Seite 107

Objektivierbarkeit des Bedarfs

Der Abschnitt f – Objektivierbarkeit des Bedarfs auf Seite 107 wird ersatzlos gestrichen.

10. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Hier wird im Bericht ein Vorwurf gegen die PLKs erhoben, die eigentlich das Sozialministerium als Krankenhausträger trifft. Es obliegt seiner Verantwortung und Fürsorgepflicht, gegenüber dem Personal für notwendige Verhandlungsgrundlagen bei Pflegesatzverhandlungen zu sorgen.

Änderungsantrag Nr. 97

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 1. g – Seite 108

Ergebnis zu Strukturen und Rahmenbedingungen

Der erste Satz des Abschnittes g – Ergebnis – wird wie folgt geändert:

Das Aufbau- und Nachholprogramm des Landes hat Voraussetzungen geschaffen, die die räumliche und organisatorische Abkehr von der Verwahrspsychiatrie ermöglichen und die notwendige Grundlage für eine Behandlungspsychiatrie bilden.

10. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Angesichts notwendiger Maßnahmen von noch 171 Millionen DM ist der Begriff „vorbildlich“ für die Bau- und Einrichtungsmaßnahmen durch das Land überzogen.

Änderungsantrag Nr. 101

des Abg. Bebber SPD

zum 2. Teil II. 3. – Seite 109 ff.

Untersuchungsauftrag Nr. 3

Im 2. Absatz unter Untersuchungsauftrag Nr. 3 wird der letzte Satz beginnend mit „Wie bei den einzelnen ...“ wie folgt geändert:

Wie bei den einzelnen Untersuchungsthemen näher ausgeführt ist, hat die Landesregierung in der dort dargelegten Weise reagiert.

10. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Im Bericht wird der Eindruck erweckt, als habe die Landesregierung die notwendigen Konsequenzen gezogen.

Änderungsantrag Nr. 104

des Abg. Bebbler SPD

zum 2. Teil II. 4. – Seite 110

Der letzte Absatz unter 4. „Untersuchungsthemen“ erhält folgenden Wortlaut:

Im Ergebnis läßt sich feststellen, daß das Sozialministerium auf Vorschläge und Eingaben der Bediensteten sachlich eingegangen ist. Inwieweit wirksame Abhilfe geschaffen wurde, ergibt sich aus den Untersuchungsergebnissen dieses Berichts.

10. 11. 87

Bebbler SPD

B e g r ü n d u n g

Wie sich aus dem Bericht des Sozialministeriums vom 10. August 1987 ergibt, hat die Landesregierung die Beschwerden zwar beantwortet, aber ihnen inhaltlich in keiner Weise abgeholfen (siehe Seite 184–191 des Berichts des Sozialministeriums).

Änderungsantrag Nr. 107

des Abg. Bebber SPD

Seite 114

Der Satz auf Seite 114

„... In diesem Zusammenhang muß außerdem darauf geachtet werden, etwaige Unzulänglichkeiten der erreichten Pflegefallvereinbarung nicht dem gesamten Konzept der räumlichen Trennung anzulasten“

ist zu streichen.

10. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Von den Zeugen wurde mehrmals darauf hingewiesen, daß die räumliche Trennung von Behandlungs- und Pflegefallbereich fachlich zumindest umstritten war und zu einer Verschlechterung der Personalsituation der sogenannten Pflegefälle führte, weil das erforderliche zusätzliche Personal nicht eingestellt wurde.

Änderungsantrag Nr. 120

des Abg. Bebbler SPD

S. 122 – Ende 2. Abschnitt –

Vor dem Beginn des neuen Abschnitts „Haltung des LWV's ist einzufügen:

„Auf die Frage, ob sich die therapeutisch aktivierende Behandlung nach der Trennung von Behandlungs- und Pflegefall verbessert oder verschlechtert hat, antwortete der Zeuge: „Nach der Trennung, muß ich sagen, hat sich die Betreuung und Aktivierung der sogenannten Pflegefälle zumindest nicht verbessert. Ich will nicht sagen, daß sie sich gravierend verschlechtert hat – sie war auch vorher nicht so sehr großartig – aber zumindest nicht verbessert hat.““

10. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Diese Zeugenaussage ist wichtig für eine sachgerechte Darstellung der Situation.

Änderungsantrag Nr. 130

des Abg. **Bebber SPD**

S. 126 (7) – Ergebnis

Das Wort „unbestreitbar“ ist zu ersetzen durch „umstritten“.

10. 11. 87

Bebber SPD

B e g r ü n d u n g

Für die SPD-Mitglieder ist ein Vorteil lediglich bezüglich einer größeren Transparenz in der Pflegesatzberechnung zu erkennen. Organisatorisch und besonders inhaltlich sind durch die Zeugenaussagen erhebliche Nachteile dargestellt worden. Auch die mit Einverständnis der Landeswohlfahrtsverbände nicht voll vollzogene Trennung spricht für die therapeutische Fragwürdigkeit der Trennung.

Es ist unzulässig, wenn im Bericht die Meinung einer sogenannten „Schweigenden Mehrheit“ unterstellt wird, für die es weder in Zeugenaussagen noch in anderen Unterlagen irgendwelche Ansatzpunkte gibt.

Änderungsantrag Nr. 131

des Abg. Bebbler SPD

S. 126 – letzter Abschnitt, 4. Zeile ist

ab der 4. Zeile nach „werden“ der Rest des Satzes zu streichen und durch die Worte „könnten, wenn ausreichend Personal vorhanden wäre“, zu ersetzen.

Bebber SPD

Begründung

Durch die im Bericht unterstellte Passage „schon bis jetzt eingetretenen nachhaltigen Verbesserungen im Personalbestand“ sind die mit der Trennung verbundenen Nachteile nicht aufgewogen worden, dies könnte höchstens durch eine ausreichende Personalausstattung erfolgen.

Änderungsantrag Nr. 132

des Abg. Bebbler SPD

S. 126 – 2. Abschnitt –

Unter (7) Ergebnis ist der letzte Absatz zu streichen.

Bebber SPD

Begründung

Die SPD-Mitglieder halten die Behauptung im Bericht, daß die erreichten und noch nicht zu erwartenden Verbesserungen im Pflegefallbereich ohne die Trennung nicht oder zumindest erst für später vorstellbar wären, für eine falsche durch keine Beweisunterlagen gedeckte Bewertung.

Änderungsantrag Nr. 134

des Abg. Bebbler SPD

Zweiter Teil, II. 6. b, Seite 129

Der 5. Absatz, beginnend mit: „Der Geschäftsführende . . .“ wird wie folgt neu gefaßt:

„Der geschäftsführende ärztliche Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, erwähnte, daß man versuche, die Verordnung von Psychopharmaka wegen der in der letzten 10 Jahren bemerkten Nebenwirkungen einzuschränken. Der Sachverständige, Professor Dr. Dörner, ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Gütersloh, ist der Ansicht, daß die Anwendung von dämpfenden Psychopharmaka in psychiatrischen Notfällen erlaubt sei und es der ärztlichen Kunst entspricht. Allerdings sei die Anwendung von dämpfenden Psychopharmaka in psychiatrischen Notfällen nur dann erlaubt, wenn andere weniger eingreifende Maßnahmen erwogen und die Möglichkeiten hierzu erschöpft seien. Professor Dörner hat die Nebenwirkungen von Psychopharmaka, und auch die damit möglicherweise im allgemeinen verbundenen fatalen Folgen als allenthalben bekannt vorausgesetzt. Professor Dörner geht davon aus, daß die Anwendung von Psychopharmaka bei verhaltensgestörten Patienten, Menschen, die chronisch oder zumindest langfristig dazu neigen, sich entweder selbst zu schädigen oder aggressiv auf andere Menschen einwirken, in Zukunft eher noch kritischer gesehen wird und auch fragwürdig von der rechtlichen Zulässigkeit her ist. Er verwies dabei auf ein Urteil des Oberlandesgerichtes Hamm, „wonach in solchen Fällen die Anwendung von Psychopharmaka, die nicht zur Behebung eines akuten Notstandes dient, sondern gewissermaßen als langfristige Einflußnahme oder als Ungefährlich-machen in einer ständig bestehenden Gefahr, die von einem Menschen ausgeht, als eine persönlichkeitszerstörende Wirkung bezeichnet werden kann.“ (P 5/167) Diese persönlichkeitszerstörende Wirkung verdeutlicht zusammen mit den von Dr. Häfner geschilderten Nebenwirkungen die Bedenklichkeit der Verabreichung von Psychopharmaka.

Die restlichen Absätze auf dieser Seite zu diesem Thema bis bb) Unverzichtbare Heilmittel werden gestrichen.

06. 11. 87

Bebbler SPD

B e g r ü n d u n g

Im Bericht wird die kritische Aussage der Zeugen zu den Nebenwirkungen von Psychopharmaka verkürzt, entstellend und damit verharmlosend dargestellt.

Änderungsantrag Nr. 136

des Abg. Bebbler SPD

zum zweiten Teil, II. 6. bb, cc, Seite 130

Der zweitletzte Absatz auf dieser Seite wird wie folgt geändert:

„Der geschäftsführende Direktor des PLK Wiesloch, Dr. Middelhoff, gab an, das PLK Wiesloch habe seit 1983 30 Prozent mehr Geld für Psychopharmaka ausgegeben bei nur unwesentlichen Preissteigerungen. Er könne nicht exakt sagen, was das bedeute. In diesem Jahr seien 10 Prozent mehr Zugänge zu verzeichnen gewesen als im Jahr davor. Er führte zur Steigerung der Psychopharmakaverordnung weiter aus: „Vielleicht um 20 Prozent. – Und zwar fällt das völlig aus dem Rahmen der bisherigen langjährigen Beobachtungen. Und ich möchte doch vorsichtig behaupten oder die Hypothese aufstellen, daß das wohl auch damit zusammenhängt, daß man, weil man nicht genügend Personalausstattung hatte, auch wohl mehr zu Psychopharmakagaben greifen mußte, wobei ich wiederum sagen möchte: Nicht nur dämpfende Psychopharmaka.“ (P 5/63)

06. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Die Verkürzungen des Zitats im Bericht verharmlosen die Darstellung des Zeugen, sind mißverständlich und können zu falschen Schlußfolgerungen führen.

Änderungsantrag Nr. 138

des Abg. Bebber SPD

zum zweiten Teil, II. 6. b, ee, Seite 133

Der erste Teil unter ee) kein Vollstopfen der Patienten mit Psychopharmaka wird wie folgt neu gefaßt:

Ganz klar und eindeutig hat sich ein Zusammenhang zwischen ungenügender Personalausstattung und steigendem Verbrauch Psychopharmaka ergeben. Situationsbedingt und mangels Dokumentierfähigkeit konnte aber zahlenmäßig nicht geklärt werden, wie oft, wie lange und mit welcher überschüssigen Dosierung Ärzte aus Personalmangel bedingten und anderen Gründen Patienten Psychopharmaka verschreiben, die bei besserer personeller Ausstattung nicht angezeigt wären. Fortsetzung bei „selbst in diesen Fällen ...“

Der Abschnitt „Darüber hinaus darf angenommen werden ...“ wird gestrichen, da keine Belege vorhanden.

06. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Es wurde eindeutig ein Zusammenhang zwischen Personalmangel und medizinisch nicht erforderlicher Medikamentierung festgestellt. Dazu sagte Dr. Hole folgendes aus: „Es wurden teilweise Dosierungen von Psychopharmaka in einer Höhe appliziert, die rein von der individuellen Indikation her nicht nötig gewesen wären und therapeutisch auch nicht richtig sind, aber notwendig waren wegen der Stationsatmosphäre oder wegen der Handhabung dieser Krisensituationen überhaupt, so würde ich es formulieren.“ (5/31) Dem Begriff „vollgestopft“ wurde von den Zeugen Dr. Hole und Dr. Reimer widersprochen.

Die im Bericht getroffene Annahme, wonach Zeugen, die in Presseberichten geäußerte Auffassung von „vollstopfen der Patienten mit Psychopharmaka“ rundweg ablehnen würden, besitzt keinerlei Beweisgrundlage.

Änderungsantrag Nr. 139

des Abg. Bebbler SPD

zum zweiten Teil, II. 6. c, bb, Seite 135

Der erste Abschnitt wird unter bb) Anwendungen wie folgt geändert:

„Der ärztliche Direktor des PLK Weissenau, Prof. Dr. Hole, zeigte Fälle auf, in denen bei Erregungs- und Aggressionszuständen der Patienten aus Personalmangel fixiert werden mußte, zum Beispiel: „Station 8, akute Aufnahmestation für Frauen: Frau. W., eine chronisch schizophrene Patientin, gerät zwei bis drei Mal pro Woche aufgrund kleinster Anlässe in Erregungszustände, bedroht Mitpatienten mit Gegenständen, heißem Bügeleisen, wird schwer autoaggressiv, zerkratzt sich Finger, schlägt sich Zähne aus. – Solche Erregungszustände können, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, bei ihr durch Gespräche und geringe Medikation coupiert werden. Da aus Personalmangel eine Beobachtung mir jedoch nicht möglich ist, steigert sich die Patientin in die geschilderten schweren Aggressionszustände, muß dann medikamentös sediert und fixiert werden.“
(P 5/6 bis 7)

09. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Dieses Zitat von Professor Hole belegt die Tatsache, daß fachlich nicht anzuerkennende Fixierungen aus Personalmangel erfolgen.

Änderungsantrag Nr. 142

des Abg. Bebber SPD

zum zweiten Teil, II. 6. c, cc, Seite 137

Der dritte Absatz wird wie folgt geändert:

„(2) Zur Erforderlichkeit von Einzelbetreuungen

Prof. Dr. Dörner hält Sitzwachen, die er lieber als Einzelbetreuung bezeichnet, (P 5/169) bei Fixierungen wie zuvor ausgeführt für erforderlich. In dieser Ansicht wurde er auch von Prof. Dr. Hole bestätigt (P 5/25). Auf Frage bestätigte Prof. Dr. Hole allerdings, daß wegen der mangelhaften Personalausstattung eine fachgerechte Isolierung und Fixierung nur noch in Ausnahmefällen möglich ist, obwohl dies de lege artis notwendig wäre. (P 5/25): „Wir können gegenüber früher nur noch in Ausnahmefällen eine kontinuierliche Bezugs- und Betreuungsperson für solche hochgefährdeten Patienten zu den technischen Maßnahmen dazustellen.“

Der restliche Absatz wird gestrichen, da Prof. Dr. Hole teilweise sinnentstellend zitiert worden ist. Denn er hat sich wie oben dargestellt sehr wohl zur Erforderlichkeit von Sitzwachen bzw. Einzelbetreuungen im Zusammenhang mit Fixierungen geäußert. Prof. Dr. Hole hat auch nicht in (P 5/9) ausgesagt, daß Fixierungen gegenüber der Einzelbetreuung das geeignetere Mittel zur Gefahrenabwehr seien, sondern daß Alterspatienten beim Mittagessen vom Stuhl fallen können, weil beim Einzelbetreuungs-personal der allergrößte Engpaß besteht.

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die im Bericht erfolgte Darstellung mit verkürzten Zitaten verfälscht die Aussage der Zeugen.

Änderungsantrag Nr. 143

des Abg. **Bebber SPD**

zum zweiten Teil, II. 6. c, cc, Seite 137

4. Absatz

Die Aussage des Dr. Middelhoff wird voll zitiert, wie folgt: „Dr. Middelhoff vom PLK Wiesloch erklärte, wenn der Patient schon isoliert wird und fachgerecht fixiert wird, dann sollte er menschlich, therapeutisch begleitet werden. Das ist das nächste Problem, wenn Sie fragen, ob das sachgerecht gemacht wird. Gehen wir einmal davon aus, daß mechanische und all die technischen Einzelheiten fachgerecht gemacht werden und nur so massiv oder nur so eingreifend wie nötig, dann sollte es möglich sein, daß bei jedem Patienten, der eine solche freiheitseinschränkende Maßnahme erfährt, daß der vom Personal begleitet wird.“ (P 5/58)

06. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Die Verkürzung des Zitats verfälscht die Aussage des Dr. Middelhoff.

Änderungsantrag Nr. 144

des Abg. Bebber SPD

zum zweiten Teil, II. 6. c, cc, Seite 138

Der 2. Absatz, beginnend mit „Eine differenzierende ...“ wird gestrichen, da die Aussagen der Zeugen bzw. Sachverständigen nicht inhaltlich vergleichbar sind.

06. 11. 87

Bebber SPD

Änderungsantrag Nr. 145

des Abg. Bebber SPD

zum zweiten Teil, II. 6. c, cc, Seite 138

Im 3. Absatz wird der letzte Satz beginnend mit: „Weitere Hinweise“ gestrichen, da er sinnetstellend wirkt, weil er keine positive Aussage des Briefes des Dr. Linden darstellt.

09. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Professor Linden äußerte sich in seinem Schreiben lediglich darüber, aus welchen Gründen Fixierungen in Einzelfällen notwendig sind.

Die Durchführung von Fixierungen, also auch die Frage der Einzelbetreuung von fixierten Patienten, war nicht Gegenstand des Schreibens. Somit entbehrt der im Bericht gezogene Schluß jeder Grundlage.

Hinweis: vgl. oben S. 138

Änderungsantrag Nr. 147

des Abg. Bebbler SPD

zum zweiten Teil, II. 6. c, ff, Seite 143

Der 7. Absatz auf Seite 143 der Definitionsversuch über moderne Strukturen wird gestrichen. Was Dr. Middelhoff unter modernen Strukturen versteht, ergibt sich eindeutig aus P 5/54 – 55. Er versteht darunter die Strukturänderung im PLK Wiesloch im Jahr 1985, das heißt Bezug eines neuen klinischen Zentrums mit 240 modernen Betten, Zweibettzimmer, gemischtgeschlechtliche Stationen, Erhöhung der Stationszahl um 5 von 39 Stationen auf 44, und gleichzeitige Verkleinerung der Stationen von 36 auf 29 Patienten pro Station.

06. 11. 87

Bebbler SPD

Begründung

Der Deutungsversuch im Bericht über „Moderne Strukturen“ ist falsch. Dr. Middelhoff hat im Protokoll 5/54–55 eindeutig erklärt, was er unter modernen Strukturen versteht.

Änderungsantrag Nr. 148

des Abg. Bebber SPD

zum zweiten Teil, II. 6. v, ff., Seite 144

Im ersten Absatz wird der Halbsatz: „... andererseits aber nicht die Wertung getroffen oder auch nur anklingen lassen, eine fachgerechte Isolierung oder Fixierung sei in Frage gestellt.“ – gestrichen, weil Professor Linden zu dieser Aussage des Satzes überhaupt nicht gefragt worden ist und es somit eine entstellende Wertung darstellt.

06. 11. 87

Bebber SPD

Begründung

Im Bericht wird zum zweiten Mal versucht, Professor Linden eine Aussage zu unterstellen, für die sein Schreiben keinerlei Anlaß bietet.

Hinweis: vgl. oben S. 144

Abkürzungsverzeichnis und Fundstellennachweis

aaO – am angegebenen Ort

AG/BSHG – Gesetz zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes vom 23. April 1963 (GBl. S. 33, ber. S. 54), zuletzt geändert durch Artikel 30 Nr. 3 VwVfG AnpG vom 4. Juli 1983 (GBl. S. 265)

AVG – Angestelltenversicherungsgesetz vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Mai 1924 (RGBl. I S. 563; BGBl. III 821–1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Mai 1986 (BGBl. I S. 721 – Wirtschaftskriminalität)

Aufbau- und Nachholprogramm des Landes – Antrag des Sozialpolitischen Ausschusses in Beilage 1316 zu den Sitzungsprotokollen der Verfassengebenden Landesversammlung von Baden-Württemberg; „mit überwiegender Mehrheit angenommen“ in der 2. Sitzung der 1. Wahlperiode des Landtags von Baden-Württemberg am 25. November 1953, Seite 29; Antwort des Staatsministeriums, Beilage 2055 vom 14. Dezember 1955; Entschließung des Sozialpolitischen Ausschusses zu dieser Antwort des Staatsministeriums, Beilage 2247, ausgegeben am 1. Februar 1956; Landtagsbeschluß vom 1. Februar 1956 zur Entschließung des Sozialpolitischen Ausschusses in Beilage 2247, Seite 4421 bis 4423

BPfIV – Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666)

BSHG – Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Januar 1987 (BGBl. I S. 401, ber. S. 494)

DKG 1985 – Empfehlung zur Personalbedarfsermittlung in Pflegedienst und Psychiatrie, Stand: 10. Dezember 1985, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, mit Einleitung von Dr. Klaus Prößdorf, Hauptgeschäftsführer der DKG, und mit dem Konzept über „Verfahren und Anhaltswerte für die Personalbedarfsermittlung in Psychiatrischen Krankenhäusern und Psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern“, beschlossen vom Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft in seiner 139. Sitzung am 10. Dezember 1985; zitiert nach der Anlage 5 zur Stellungnahme des Sozialministeriums vom 10. August 1987

GO – Gemeindeordnung (in der Fassung vom 3. Oktober 1983, GBl. S. 578, ber. S. 720; zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 1984, GBl. S. 675)

JB – Jahresberichte der einzelnen PLK nach Ort und Jahr

KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972 des Bundes (BGBl. I S. 1009) in der Fassung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I S. 33)

KLN – Kosten- und Leistungsnachweis, als Anlage 1 zu § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung, BGBl. 1985 I S. 1674 ff.)

Krankenhausbedarfsplan Stufe II (Staatsanzeiger Nr. 28 vom 9. April 1983)

Kriterienkatalog – Kriterien zur Abgrenzung „Behandlungsfall/Pflegefall“ in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern vom 19. Mai 1984, herausgegeben vom Sozialministerium

LKHG – Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg vom 15. Dezember 1986 (GBl. S. 425)

LHO – Landshaushaltsordnung für Baden-Württemberg vom 19. Oktober 1971 (GBl. S. 428), zuletzt geändert durch Artikel 35 Anpassungs-Verordnung vom 19. März 1985 (GBl. S. 71)

LVG – Landesverwaltungsgesetz in der Fassung vom 2. Januar 1984 (GBl. S. 101)

P – Protokoll einer Sitzung des Untersuchungsausschusses mit Sitzungsnummer und Seite

Pflegesatzvereinbarung – Vereinbarung zur Regelung der Pflegesätze für Pflegefälle in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Baden-Württemberg vom Juli 1985

RVO – Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 770; BGBl. III 820–1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 481 – Bundesärzteordnung)

Sonderausbauprogramm 1974 – Antrag der Fraktion der CDU, Drucksache 6/1812, vom 28. Februar 1973, über die Aufstellung eines Sonderausbauprogramms für die PLK; Stellungnahme des Finanzministeriums, Drucksache 6/2163, ausgegeben am 6. April 1973; Antrag des Finanzausschusses Nr. 4, Drucksache 6/3120, ausgegeben am 31. August 1973, Landtagsbeschluß in der 35. Sitzung vom 28. September 1973, Tagesordnungspunkt 10, Seite 2065;

Sozialministerium – Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung

Stellungnahme SM – des Sozialministeriums vom 10. August 1987 zum Auftrag des Untersuchungsausschusses; diesem Bericht als Anlage 1 beigelegt

StGB – Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945)

Strafvollstreckungsordnung vom 15. Februar 1956 (letzte Änderung in: Die Justiz 1980, S. 43)

StVollzG – Strafvollzugsgesetz vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, ber. S. 2088), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Februar 1985 (BGBl. I S. 461)

Suchtvereinbarung – Empfehlungsvereinbarung zwischen Bundesverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger vom 20. November 1978 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

UBG – Unterbringungsgesetz vom 11. April 1983 (GBl. S. 133), geändert durch Gesetz vom 10. Dezember 1984 (GBl. S. 668)

vgl – vergleiche

Vollstreckungsplan für das Land Baden-Württemberg, eine Ausführungsvorschrift des Justizministeriums vom 23. Dezember 1976 (Die Justiz 1977, S. 52), zuletzt geändert durch Ausführungsvorschrift des Justizministeriums vom 12. Februar 1987 (4431-IV/331)

Voraussetzungen Entwöhnungsbehandlung – „Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken“ (Anlage zur Suchtvereinbarung)

Wirtschaftlichkeitsrichtlinien – Richtlinien für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung der Krankenhäuser (GABl. Nr. 27 vom 31. August 1984 S. 705 ff.) des Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie

WohlfVerbändeG – Gesetz über die Landeswohlfahrtsverbände vom 23. April 1963 (GBl. S. 35), zuletzt geändert durch Artikel 23 Anp-VO vom 19. März 1985 (GBl. S. 71)