



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

An abstract graphic featuring several stylized hands in shades of orange and light blue, reaching upwards and outwards, creating a sense of support and care. The hands are layered, with some appearing in the foreground and others in the background.

PSYCHIATRIE BAROMETER

Umfrage 2019/2020

INHALT

SEITE	KAPITEL
5	1 EINLEITUNG
6	2 WIRTSCHAFTLICHE LAGE
6	2.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation
7	2.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen
8	3 STELLENBESETZUNGSPROBLEME UND FACHKRÄFTEMANGEL
9	3.1 Ärztlicher Dienst
10	3.2 Pflegedienst
11	3.3 Sonstige Berufsgruppen
12	4 PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK-RICHTLINIE (PPP-RL)
13	4.1 Zulassungen nach § 108 SGB V
14	4.2 Änderungen/Maßnahmen zur Umsetzung der PPP-RL
20	4.3 Mehrkosten
21	4.4 Einschätzung
24	4.5 Erwartete Umsetzbarkeit der Personalmindestvorgaben
27	5 QUALITÄTSMANAGEMENT
27	5.1 Qualitätsstrategie
29	5.2 Qualitätsziele
30	5.3 Instrumente des Qualitätsmanagements
34	5.4 Qualitätsbewertungen

SEITE	KAPITEL
36	6 FIXIERUNGEN
37	6.1 Praxistauglichkeit und Umsetzbarkeit des Urteils des Bundesverfassungsgerichts
39	6.2 Eins-zu-Eins-Betreuung
40	6.3 Umsetzbarkeit des Richtervorbehalts
45	7 STATIONSÄQUIVALENTE BEHANDLUNG
46	7.1 Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung
47	7.2 Vergütung der stationsäquivalenten Behandlung
48	7.3 Behandelte Patienten
50	7.4 Zusammensetzung des Behandlungsteams
51	7.5 Festlegung von Ausschlusskriterien
52	7.6 Probleme im Zusammenhang mit der Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung
53	7.7 Gründe für die Nicht-Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung
54	7.8 Beauftragung von anderen Leistungsanbietern
56	8 TAGESKLINIKEN
57	8.1 Tagesklinische Plätze und Auslastung
58	8.2 Patienten in den Tageskliniken
61	8.3 Öffnungszeiten der Tageskliniken
62	8.4 Umsetzung von innovativen Konzepten in den Tageskliniken
65	LITERATURVERZEICHNIS



Dr. Karl Blum



Dr. Sabine Löffert



Dr. Matthias Offermanns



Dr. Petra Steffen

Düsseldorf, im Oktober 2020

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon 02 11. 4 70 51 - 17

Fax 02 11. 4 70 51 - 67

E-Mail karl.blum@dki.de

www.dki.de

1 EINLEITUNG

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das **Jahr 2019/2020 die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers** vor, einem Informations- und Analysetool für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Beim PSYCHIATRIE-Barometer handelt es sich um eine jährliche Repräsentativbefragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu aktuellen Fragestellungen in diesem Versorgungsbereich.

Das PSYCHIATRIE Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt. Das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK). Die jährlichen Ausgaben des PSYCHIATRIE Barometers sind als Download auf der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2019/2020 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von Januar bis März 2020 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 95 Einrichtungen.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten oder mit ausschließlich psychosomatischen Betten sowie Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten oder psychosomatischen Betten werden nachfolgend als **psychiatrische Fachkrankenhäuser** oder **Einrichtungspychiatrien** bezeichnet.

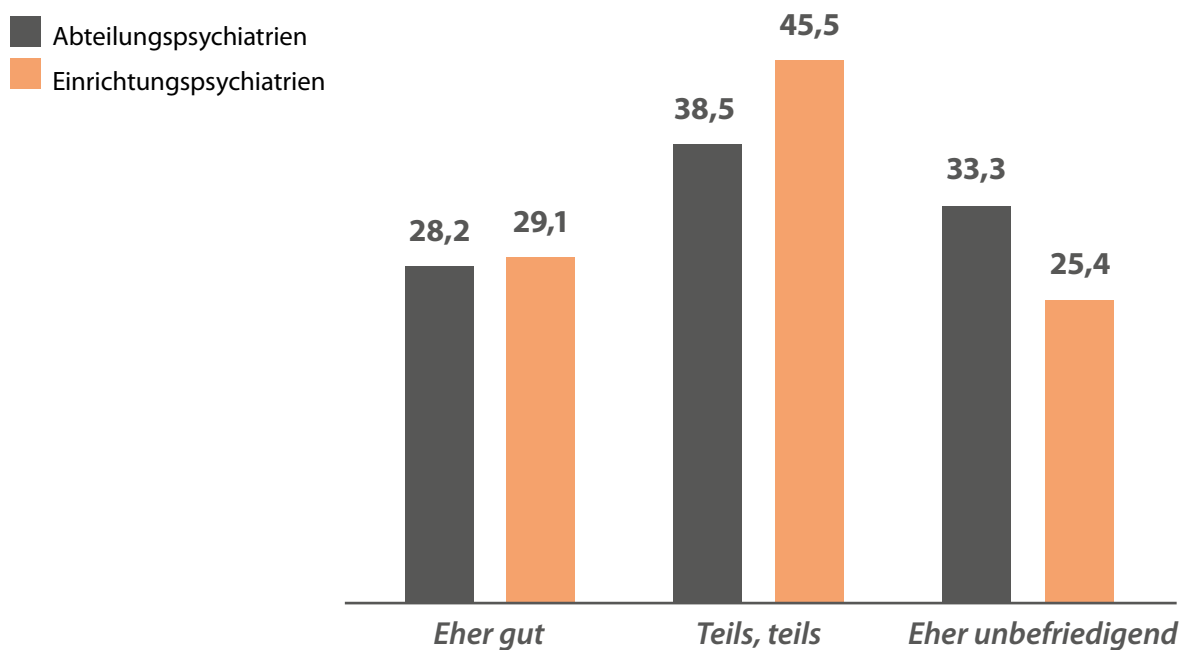
Ihnen werden die **Allgemeinkrankenhäuser** gegenübergestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachabteilungen vorhalten (nachfolgend auch: **Abteilungspychiatrien**). Die psychiatrischen Betten bzw. Fachabteilungen umfassen ggf. auch Betten bzw. Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2 WIRTSCHAFTLICHE LAGE

2.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zu Jahresbeginn 2020 beurteilen.¹ Bei den Allgemeinkrankenhäusern sollten sich die Angaben ausdrücklich nur auf die psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen beziehen, bei den psychiatrischen oder psychosomatischen Fachkrankenhäusern auf das Haus als Ganzes. Abb. 1 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Krankenhaustypen.

Abb. 1 Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

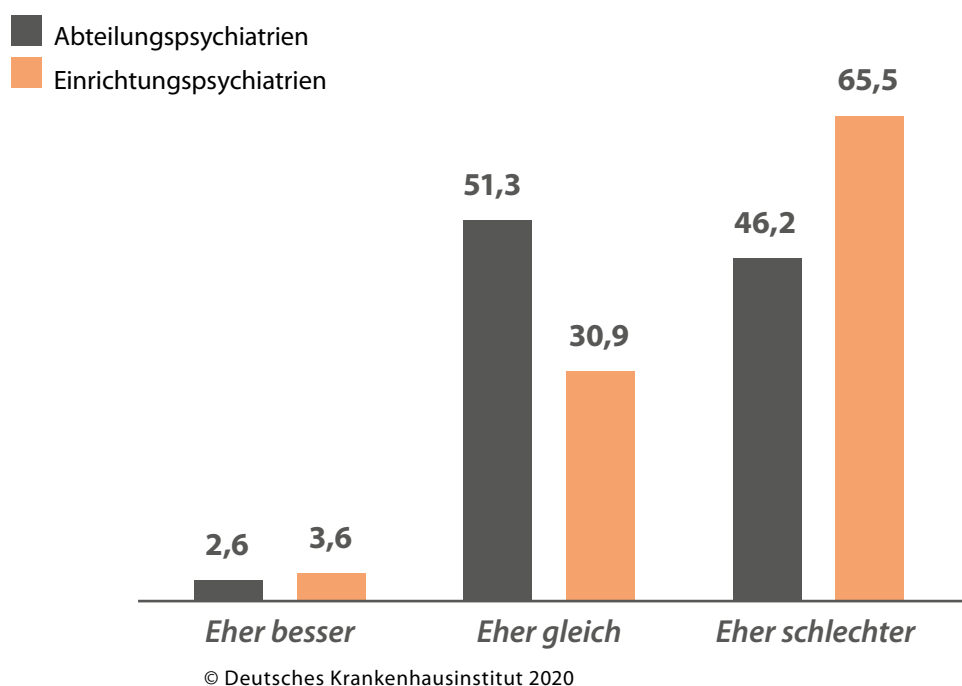
¹ Die durch die COVID-19-Pandemie bedingten Folgen für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser spielten zu diesem Zeitpunkt somit noch keine Rolle.

Jeweils rund 30 % der Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien schätzten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut bzw. als eher unbefriedigend ein. Die übrigen Einrichtungen sind in dieser Hinsicht unentschieden. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Geschäftsklima in der Psychiatrie damit verschlechtert, insbesondere in den Einrichtungspsychiatrien. Seinerzeit beurteilten noch 11 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und 23 % der psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ihre wirtschaftliche Lage als unbefriedigend.

2.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Schließlich sollten sich die Befragten auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2020 äußern (**Abb. 2**). Demnach erwarten für 2020 deutlich mehr psychiatrischen Fachkrankenhäuser (66 %) als Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (46 %) eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. Nur jeweils wenige Einrichtungen bei beiden Krankentypen erwarten eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation.²

Abb. 2 Erwartungen für das nächste Kalenderjahr
(Krankenhäuser in %)



² Auch bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen für dieses Jahr spielte die COVID-19-Pandemie noch keine Rolle, so dass die Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig sind.

A photograph of a hospital hallway. In the foreground, two female nurses in white uniforms are walking away from the camera. In the middle ground, a male doctor in blue scrubs is pushing a gurney with a patient on it. Another person is sitting in a wheelchair in the background. The hallway is bright with large windows on the right side.

3 STELLENBESETZUNGS- PROBLEME UND FACHKRÄFTEMANGEL

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden auch in der Psychiatrie eine zentrale Herausforderung für die stationäre Versorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie Stellenbesetzungsprobleme bei ausgewählten Berufsgruppen und Diensten in der Psychiatrie haben.

Der Fachkräftemangel wird im PSYCHIATRIE Barometer also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen.

3.1 Ärztlicher Dienst

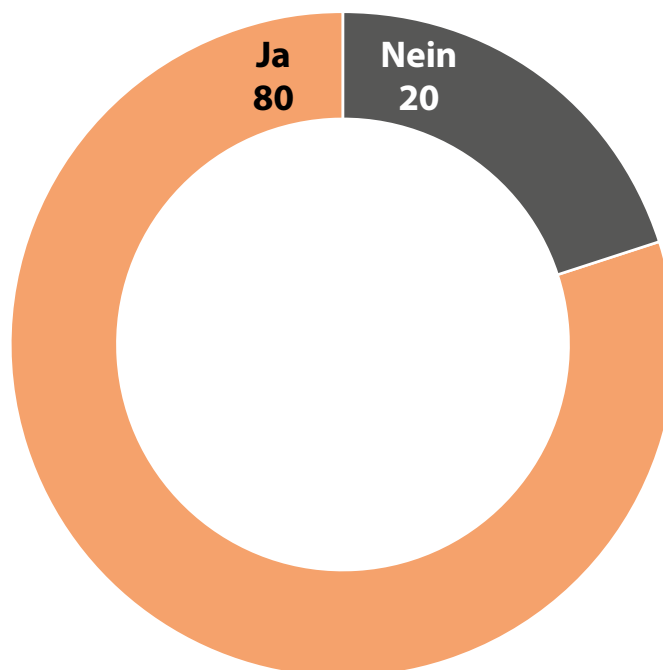
Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst der befragten Einrichtungen dargestellt. Die Häuser wurden gefragt, ob sie zum Befragungszeitpunkt Probleme hatten, offene Stellen in verschiedenen Berufsgruppen zu besetzen. Hierbei sollten nur Vollkräfte in der voll- und teilstationären Versorgung berücksichtigt werden.

Auf eine weitere Unterteilung nach Krankenhaustyp (Einrichtungs- versus Abteilungspsychiatrien) wird wegen der teilweise kleinen Fallzahlen verzichtet.

Der größte Teil der Kliniken (80 %) hat zum Befragungszeitpunkt Probleme bei der Besetzung von Arztstellen in der Psychiatrie und Psychotherapie, in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und/ oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie (**Abb. 3**).

Die Krankenhäuser oder Abteilungen mit Personal-mangel im Ärztlichen Dienst konnten im Mittel jeweils ungefähr vier Vollkraftstellen nicht besetzen. Die Stellen waren im Schnitt rund 22 Wochen und damit fünfeinhalb Monate unbesetzt. Arztstellen in der Psychosomatik waren etwas länger vakant als Arztstellen in der Psychiatrie.

Abb. 3 Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung)? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

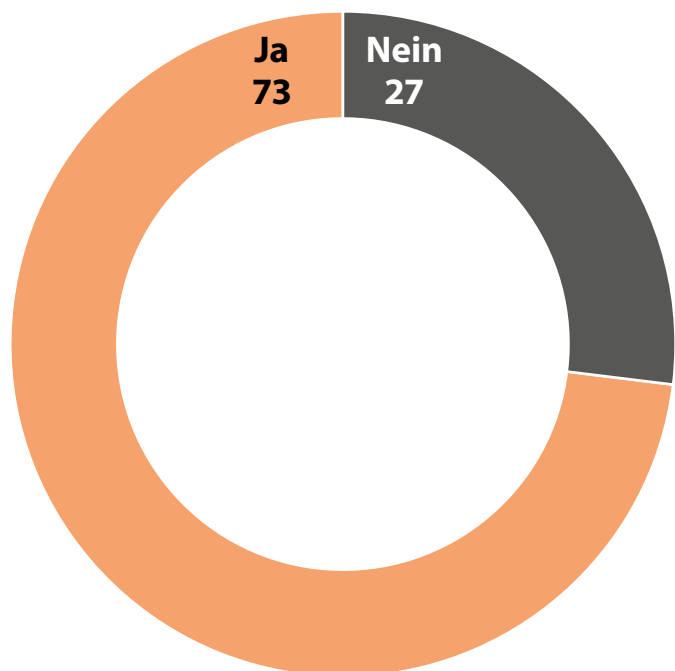


Abb. 4 Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung)? (Krankenhäuser in %)

3.2 Pflegedienst

Analog zum Ärztlichen Dienst wurde auch für den Pflegedienst nach Stellenbesetzungsproblemen und der Anzahl der offenen Stellen gefragt. 73% der Krankenhäuser und Abteilungen haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst in der Psychiatrie, in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und/oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie zu besetzen (**Abb. 4**).

Im Mittel sind in den entsprechenden Bereichen im Pflegedienst insgesamt rund zehn Stellen unbesetzt. Über alle erfassten Fachbereiche sind offene Stellen im Pflegedienst im Mittel 15 Wochen und damit knapp vier Monate unbesetzt.



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

3.3 Sonstige Berufsgruppen

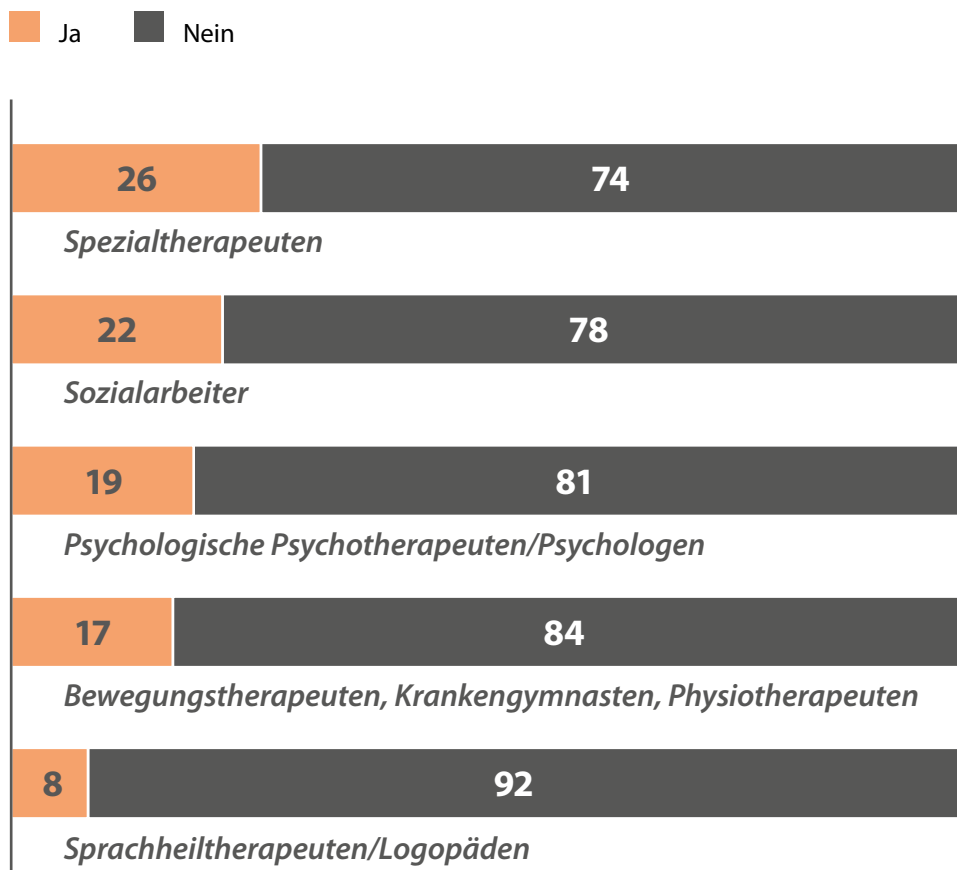
Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst und zum Pflegedienst fallen die Stellenbesetzungsprobleme in den anderen patientennahen Berufen im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatik merklich niedriger aus.

So haben 26 % der Befragten Probleme, offene Stellen für Spezialtherapeuten, wie Ergotherapeuten, künstlerische Therapeuten, zu besetzen. Bei den Sozialarbeitern liegt der Anteil der Einrichtungen mit Stellenvakanzen bei 22 %, bei den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten

und Psychologen bei 19 %. Offene Stellen bei Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten können 17 % und bei Sprachheiltherapeuten und Logopäden 8 % der Häuser nicht direkt neu besetzen (**Abb. 5**).

In den, wenngleich wenigen betroffenen Bereichen, sind überwiegend jeweils ein bis zwei Vollkraftstellen unbesetzt. Bei den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen liegt dies mit im Schnitt knapp vier Stellen etwas höher.

Abb. 5 Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen in sonstigen Berufsgruppen zu besetzen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung)? (Krankenhäuser in %)



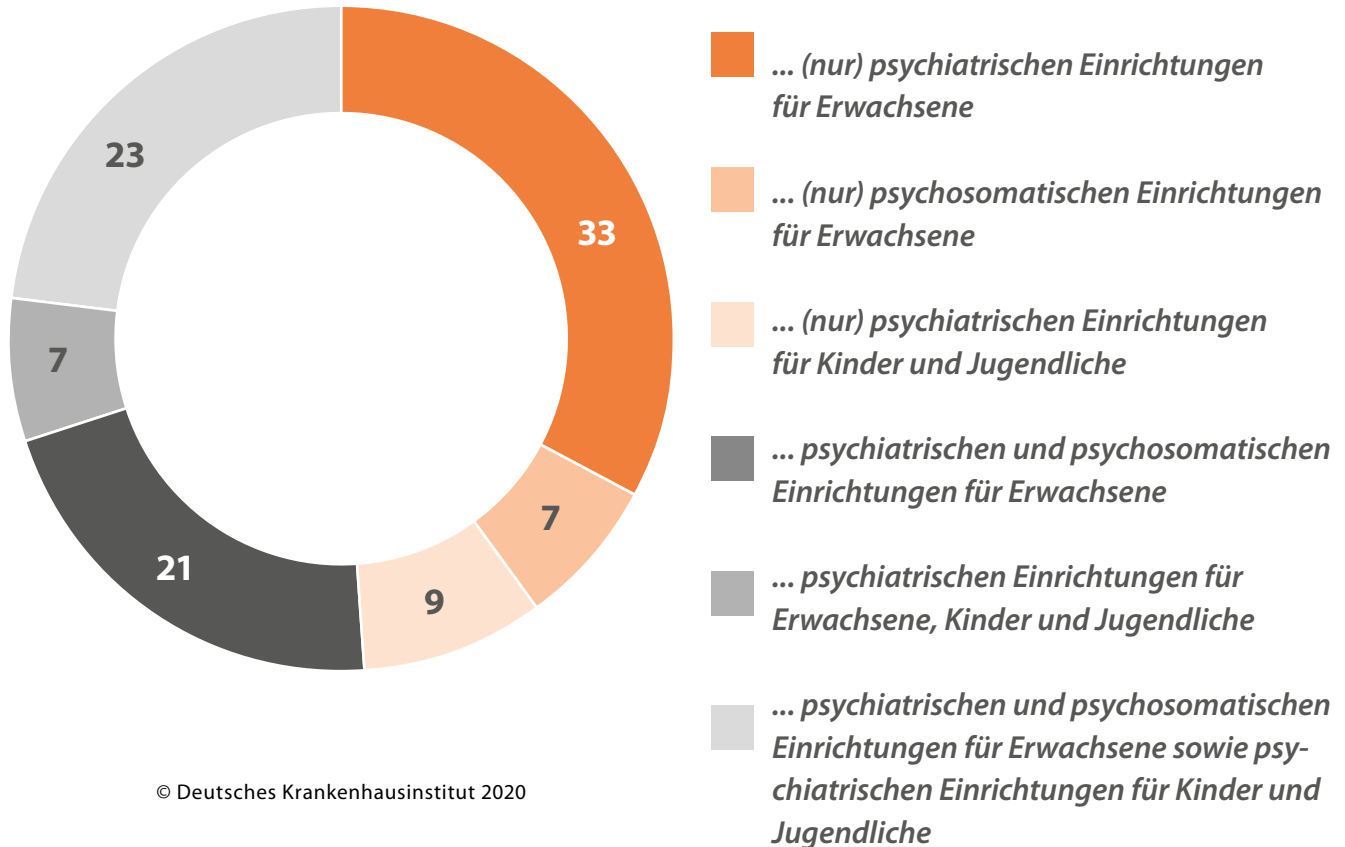
4 PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHO- SOMATIK-RICHTLINIE (PPP-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. September 2019 die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) beschlossen. Dazu wurden verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festgelegt. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen und möglichst evidenzbasiert sein. Die PPP-RL ist zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten, wobei im ersten Jahr keine finanziellen Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zum Tragen kommen.

Aufgrund der hohen Belastungen und Anforderungen an die Gesundheitsversorgung durch die COVID-19-Pandemie wurden die Nachweispflichten der PPP-RL mit Beschluss vom 27. März 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung vor der COVID-19-Pandemie gestartet wurde und ein Großteil der Fragebögen auch vor dieser Zeit einging. Ein kleiner Teil der Häuser hat die Fragebögen jedoch erst im Zuge der Pandemie ausgefüllt.

Abb. 6 Sind Sie ein Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit...
(Krankenhäuser in %)



4.1 Zulassungen nach § 108 SGB V

Die Krankenhäuser wurden zunächst gebeten, anzugeben, ob sie im Sinne von § 108 SGB V ein Krankenhaus mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene bzw. mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche sind. Es war möglich, mehrere bzw. alle Antwortkategorien zu wählen. Dargestellt ist, welche Zulassungen die befragten Häuser jeweils haben.

Ein Drittel der Krankenhäuser ist in diesem Sinne ein Krankenhaus mit ausschließlich psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene. Knapp ein

Viertel hat Zulassungen für alle drei erfragten Bereiche und ist entsprechend ein Krankenhaus mit sowohl psychiatrischen als auch psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche.

21 % der befragten Häuser sind ein Krankenhaus mit sowohl psychiatrischen als auch psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene. 9% der Kliniken sind im Sinne von § 108 SGB V ein Krankenhaus mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (**Abb. 6**).

4.2 Änderungen / Maßnahmen zur Umsetzung der PPP-RL

Um den Mindestvorgaben zur Personalausstattung der PPP-RL gerecht werden zu können, ergreifen die Häuser verschiedene Maßnahmen. Es wurde erfragt, ob die Kliniken zum Befragungszeitpunkt in einem oder mehreren Bereichen schon Änderungen umgesetzt oder (konkret) geplant haben, um die Personalmindestvorgaben zu erfüllen.



Die Ergebnisse werden differenziert nach Maßnahmen zur Personalaufstockung bzw. -reduktion, zu Personalorganisation, zu organisatorischen Anpassungen und zur Anrechnung von Fachkräften dargestellt.

Die Krankenhäuser sehen vielfach Personalaufstockungen vor, während Personalreduktionen im ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Bereich in etwa 83 % der Häuser jeweils nicht geplant sind.

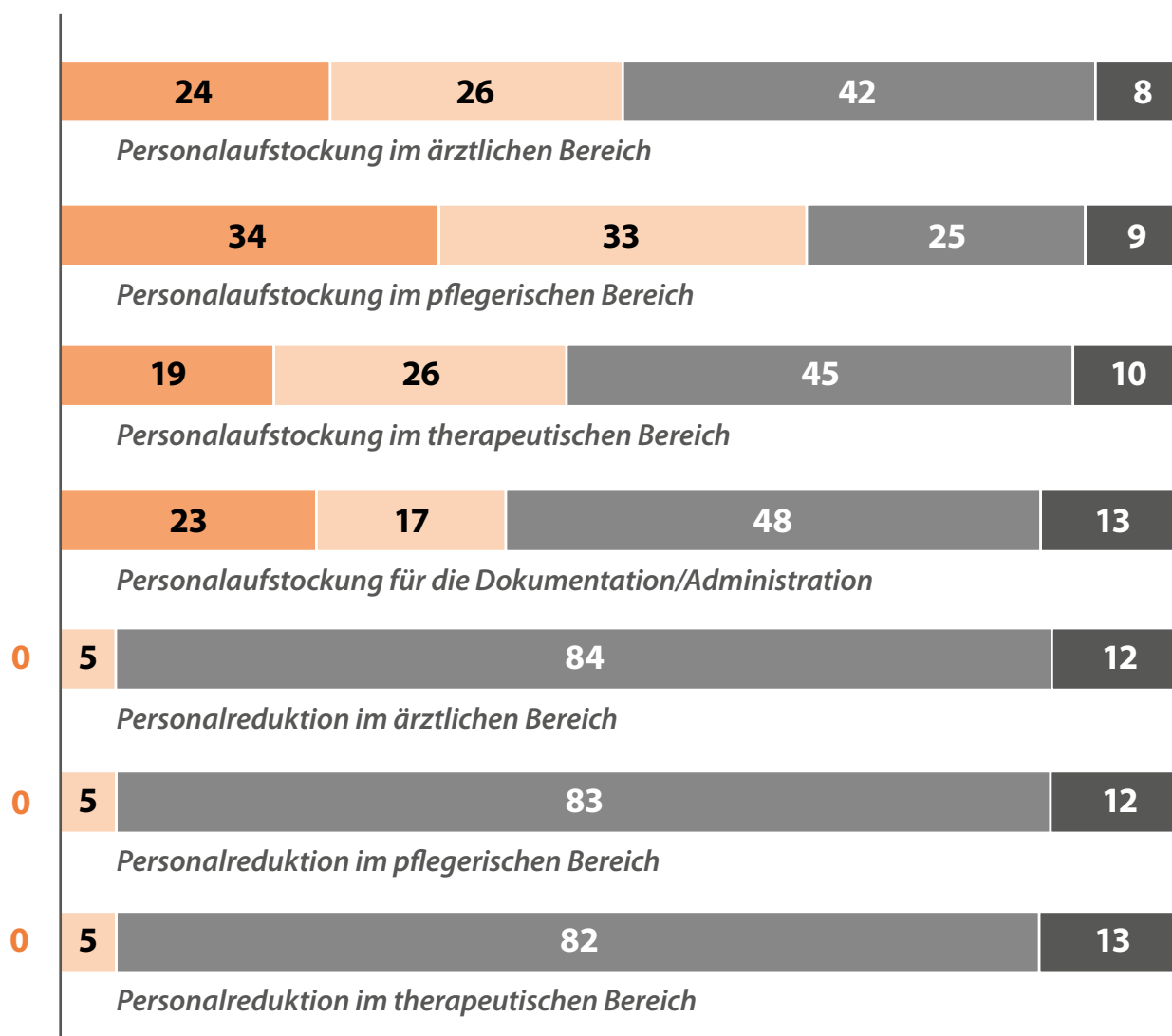
Personalaufstockungen sind vor allem im pflegerischen und ärztlichen Bereich vorgesehen, um den Vorgaben der PPP-RL Rechnung tragen zu können. Etwa jeweils ein Drittel der Krankenhäuser hat eine Aufstockung von Pflegekräften bereits konkret geplant oder umgesetzt bzw. zumindest angedacht. Ein Viertel der Häuser plant, keine weiteren Pflegekräfte einzustellen und die Umsetzung der Personalmindestvorgaben mit dem bereits angestellten pflegerischen Personal zu realisieren. Im ärztlichen Bereich denkt je ein Viertel der Häuser über den Ausbau des Personals nach bzw. hat diesen schon umgesetzt. 42 % der Kliniken sehen keine Aufstockung beim ärztlichen Personal vor.

Knapp die Hälfte der Häuser plant bereits mehr oder weniger konkret, Personal im therapeutischen Bereich aufzustocken bzw. hat dies ggf. schon realisiert. Etwas weniger als ein Viertel der Kliniken hat mindestens bereits konkrete Pläne, zur Umsetzung der PPP-RL Stellen für die Dokumentation und Administration zu schaffen. Weitere 17 % halten dies zukünftig für notwendig, ohne bereits Planungen aufgenommen zu haben (**Abb. 7**).

Inwieweit eine Umsetzung der Personalaufstockungspläne im pflegerischen und ärztlichen Bereich schnell und gut möglich ist, scheint vor dem Hintergrund des beschriebenen Fachkräftemangels fraglich oder schwierig.

Abb. 7 - Personalaufstockung/-reduktion - Haben Sie in einem oder mehreren Bereichen die folgenden Änderungen bereits umgesetzt oder (konkret) geplant, um die Personalmindestvorgaben der PPP-RL einzuhalten? (Krankenhäuser in %)

■ Ja, konkret geplant oder umgesetzt ■ Nein, keine Änderungen geplant
■ Ja, angedacht, aber noch keine konkreten Planungen ■ Noch nicht darüber nachgedacht



Um den Anforderungen der PPP-RL gerecht zu werden, können weitere personelle Maßnahmen, die vor allem organisatorische Aspekte im Fokus haben, erforderlich sein. Die Kliniken planen, den Personalmindestvorgaben vor allem über die Einführung bzw. den Ausbau von Personalpools, die tagesaktuelle Steuerung der Personalbesetzung bzw. durch kurzfristige Änderungen von Dienstplänen gerecht zu werden.

Ungefähr die Hälfte der Häuser hat die genannten Maßnahmen kurz nach Inkrafttreten der PPP-RL entweder schon umgesetzt oder mit Planungen begonnen. Unter dieser Gruppe ist der Anteil der Häuser, die schon mit der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen begonnen hat, etwas geringer als derjenigen, die sich in der Planungsphase befinden. So hat etwas weniger als je ein Fünftel der Häuser bereits konkrete Pläne, je gut ein weiteres Drittel sieht hier Änderungsbedarf, ohne diesen bisher näher konkretisiert zu haben.

Änderungen der Schichteinteilung oder Dienst- bzw. Schichtzeiten sowie eine Verlagerung des Personals aus anderen Abteilungen sind in rund 40 % der Häuser angedacht, ohne meist schon konkret geplant zu sein.

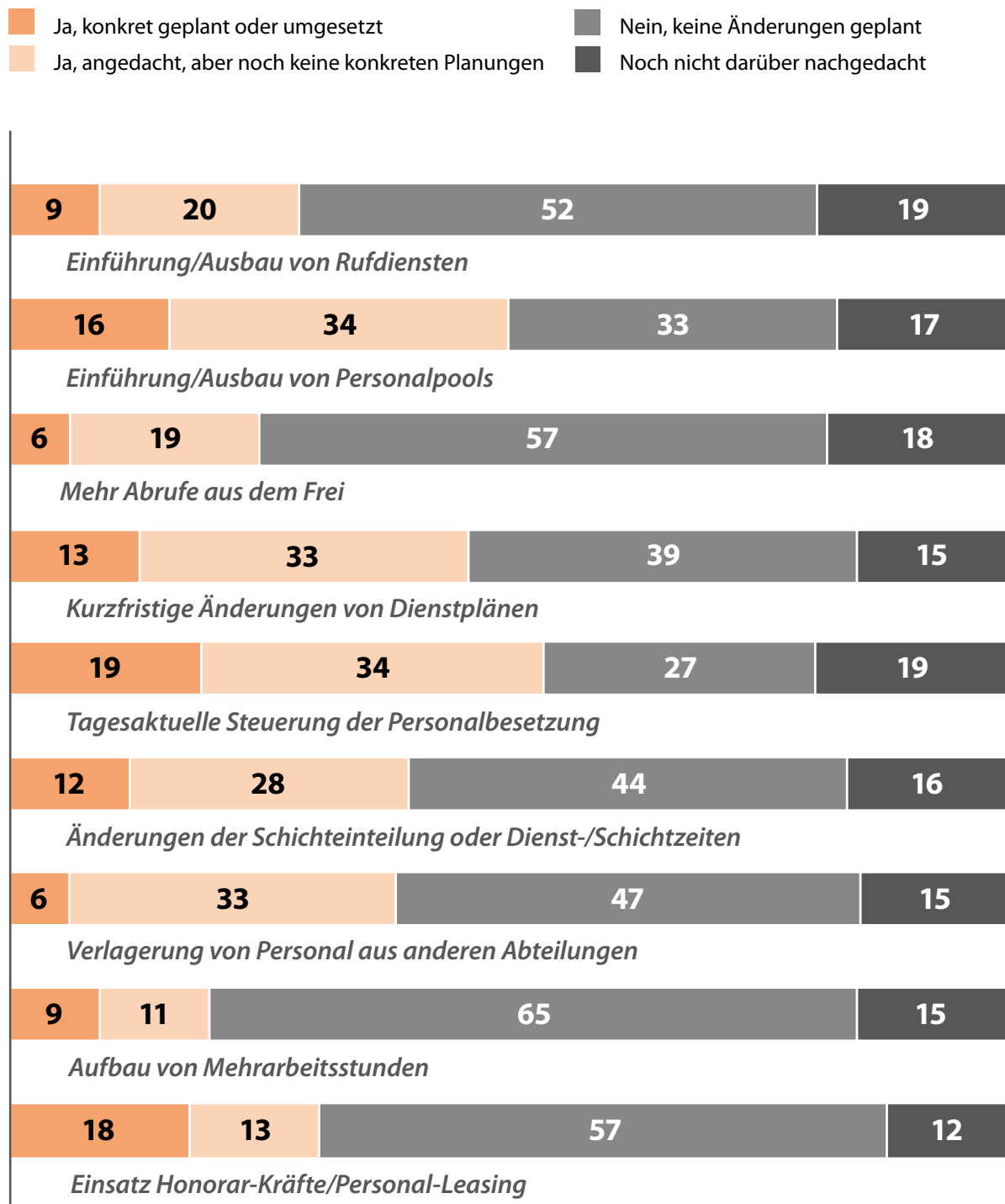
Je etwa ein Fünftel der Kliniken denkt über die Einführung bzw. den Ausbau von Rufdiensten oder mehr Abrufen aus dem Frei, d. h. ein Einspringen der Kräfte in der eigentlich freien Zeit, nach. In mehr als der Hälfte der Häuser sind hier keine Änderungen geplant.

Der Einsatz von Honorar-Kräften oder Personal-Leasing ist in 18 % der Kliniken konkret geplant oder bereits umgesetzt, um den Personalmindestvorgaben der PPP-RL gerecht zu werden. Weitere 13 % haben hier noch keine konkreten Pläne, für etwas mehr als die Hälfte stellt dies keine Maßnahme dar, um die Personalmindestvorgaben erfüllen zu können.

Ein Aufbau von Mehrarbeitsstunden ist in knapp zwei Dritteln der Häuser nicht geplant (**Abb. 8**).

Um die Personalmindestvorgaben der PPP-RL umsetzen zu können, können die Häuser auch organisatorische Veränderungen vornehmen. Eine Aufgabe oder Schließung von Tageskliniken sowie Bettensperrungen wird von dem größten Teil der Kliniken zum Befragungszeitpunkt nicht vorgesehen. Ungefähr drei Viertel der Kliniken planen keine entsprechenden Maßnahmen.

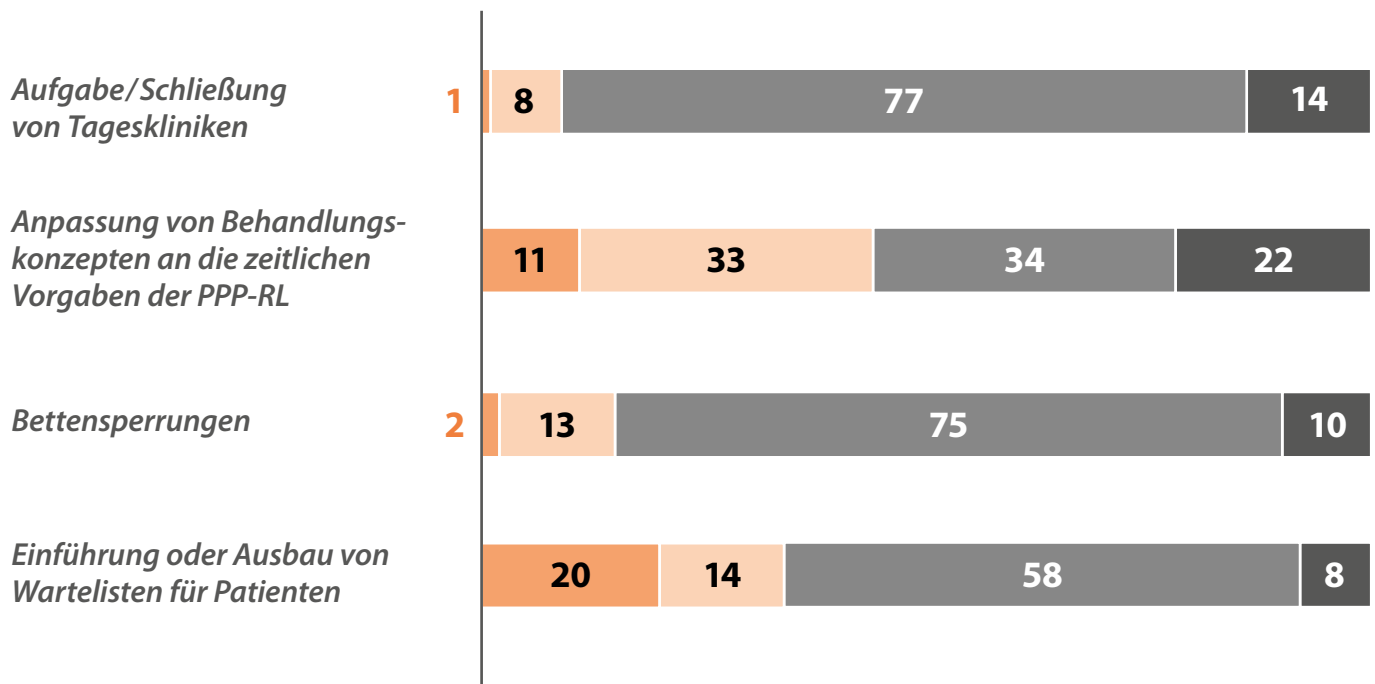
Abb. 8 - Personalorganisation - Haben Sie in einem oder mehreren Bereichen die folgenden Änderungen bereits umgesetzt oder (konkret) geplant, um die Personalmindestvorgaben der PPP-RL einzuhalten? (Krankenhäuser in %)



Die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten für Patienten ist in mehr als der Hälfte der Häuser nicht angedacht. Gleichwohl hat ein Fünftel der Klinken bereits konkrete erste Schritte in diese Richtung unternommen, 14% sehen dies als Option an, den Vorgaben gerecht werden zu können.

Die Anpassung von Behandlungskonzepten im Hinblick auf die Einhaltung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung der PPP-RL ist bei 11 % der Häuser in Umsetzung, für ca. je ein Drittel ist dies grundsätzlich vorstellbar bzw. stellt keine Option dar. (Abb. 9).

Abb. 9 - Organisationsveränderungen - Haben Sie in einem oder mehreren Bereichen die folgenden Änderungen bereits umgesetzt oder (konkret) geplant, um die Personalmindestvorgaben der PPP-RL einzuhalten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

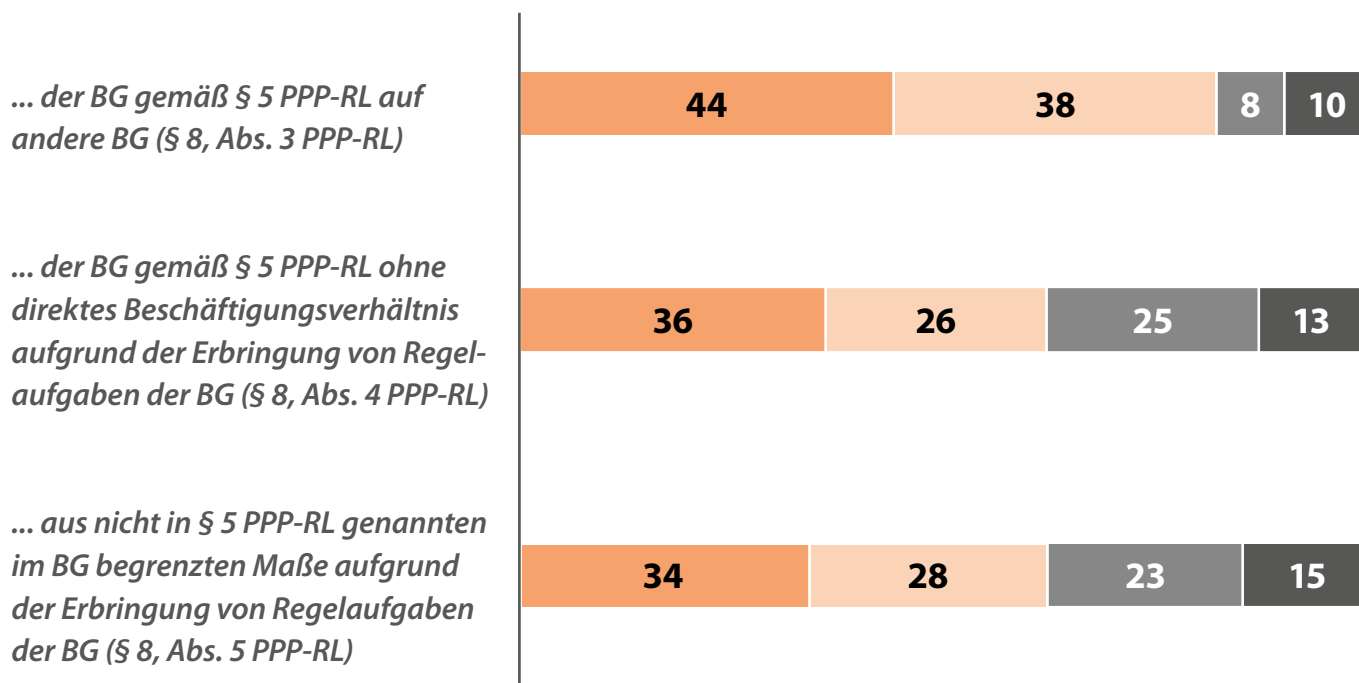
Gefragt nach der Anrechnung von Fachkräften, ist eine Anrechnung von Fachkräften der Berufsgruppen, am häufigsten umgesetzt oder geplant. Nahezu die Hälfte der Häuser hat eine Anrechnung von Fachkräften der Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL auf andere Berufsgruppen gemäß § 8 Abs. 3 PPP-RL bereits umgesetzt oder in konkreter Planung, in weiteren 38 % ist dies angedacht.

In 36 % der Kliniken werden aufgrund der Erbringung von Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis gemäß § 8 Abs. 4 PPP-RL angerechnet oder wird dies konkret geplant. Etwa ein weiteres Viertel der Krankenhäuser hat dies zukünftig angedacht.

Ein vergleichbares Bild zeichnet sich bei der in begrenztem Umfang möglichen Anrechnung von Fachkräften aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen, welche Regelaufgaben der in § 5 genannten Berufsgruppen erbringen (§ 8 Abs. 5 PPP-RL) (Abb. 10).

Abb. 10 - Anrechnung von Fachkräften - Haben Sie in einem oder mehreren Bereichen die folgenden Änderungen bereits umgesetzt oder (konkret) geplant, um die Personalmindestvorgaben der PPP-RL einzuhalten? (Krankenhäuser in %)

- Ja, konkret geplant oder umgesetzt
- Nein, keine Änderungen geplant
- Ja, angedacht, aber noch keine konkreten Planungen
- Noch nicht darüber nachgedacht



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

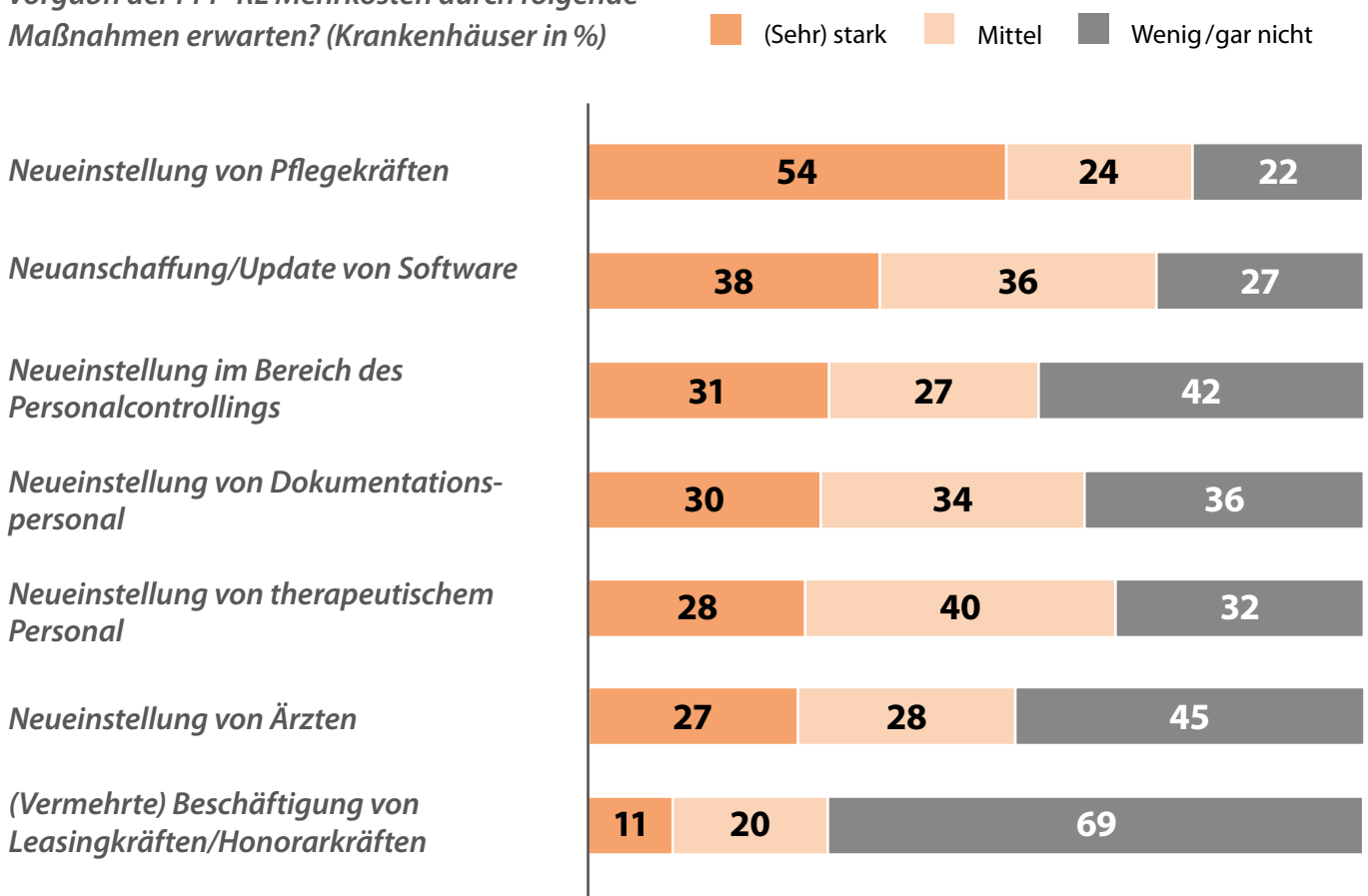
4.3 Mehrkosten

Die Personalmindestvorgaben der PPP-RL zu erfüllen, könnte für die Krankenhäuser mit Mehrkosten verbunden sein. Die Kliniken wurden gefragt, in welchem Maße sie erhöhte Kosten in Bezug auf verschiedene Maßnahmen erwarten.

Die Häuser erwarten vor allem durch die Neueinstellung von Pflegekräften Mehrkosten bei der Umsetzung der PPP-RL. Gut die Hälfte der Häuser geht von (sehr) starken, knapp ein Viertel von mittleren Kostensteigerungen aus. Die Neuanschaffung bzw. das Update von Software ist aus Sicht von gut einem Drittel der Kliniken mit (sehr) starken und für weitere 38 % mit mittleren Mehrkosten verbunden.

Neueinstellungen im Bereich des Personalcontrollings, von Dokumentationspersonal, von therapeutischem Personal oder Ärzten im Zuge der PPP-RL-Umsetzung sind nach Meinung von 27 bis 31 % der Häuser mit (sehr) starken Mehrkosten verbunden. Mit einer Kostenerhöhung im mittleren Bereich durch die entsprechenden Neueinstellungen rechnen dahingegen zwischen 27 und 40 % der Kliniken. Gut zwei Drittel der Kliniken erwarten keine oder geringe Mehrkosten durch die vermehrte Beschäftigung von Leasing- oder Honorarkräften. 20 % der Häuser gehen davon aus, dass die Umsetzung der PPP-RL zu Mehrkosten im mittleren Bereich durch den verstärkten Bedarf an Leihkräften führen wird (**Abb. 11**).

Abb. 11 Geben Sie bitte an, ob Sie in Ihrem Krankenhaus primär aufgrund der Personalmindestvorgabe der PPP-RL Mehrkosten durch folgende Maßnahmen erwarten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020



4.4 Einschätzung

Neue Richtlinien oder Gesetzesvorgaben gehen vor allem vor und zu Beginn der Umsetzung mit verschiedenen Erwartungen einher. Die Kliniken wurden gefragt, inwieweit sie verschiedenen Aussagen zur PPP-RL zustimmen.

Ein sehr großer Teil der Kliniken bemängelt, dass die Zeit nicht ausreichend war, um die PPP-RL umzusetzen bzw. dass mehr Personal für Dokumentation und Bürokratie eingesetzt werden müsse als Personal für psychisch kranke Menschen (88-90 %).

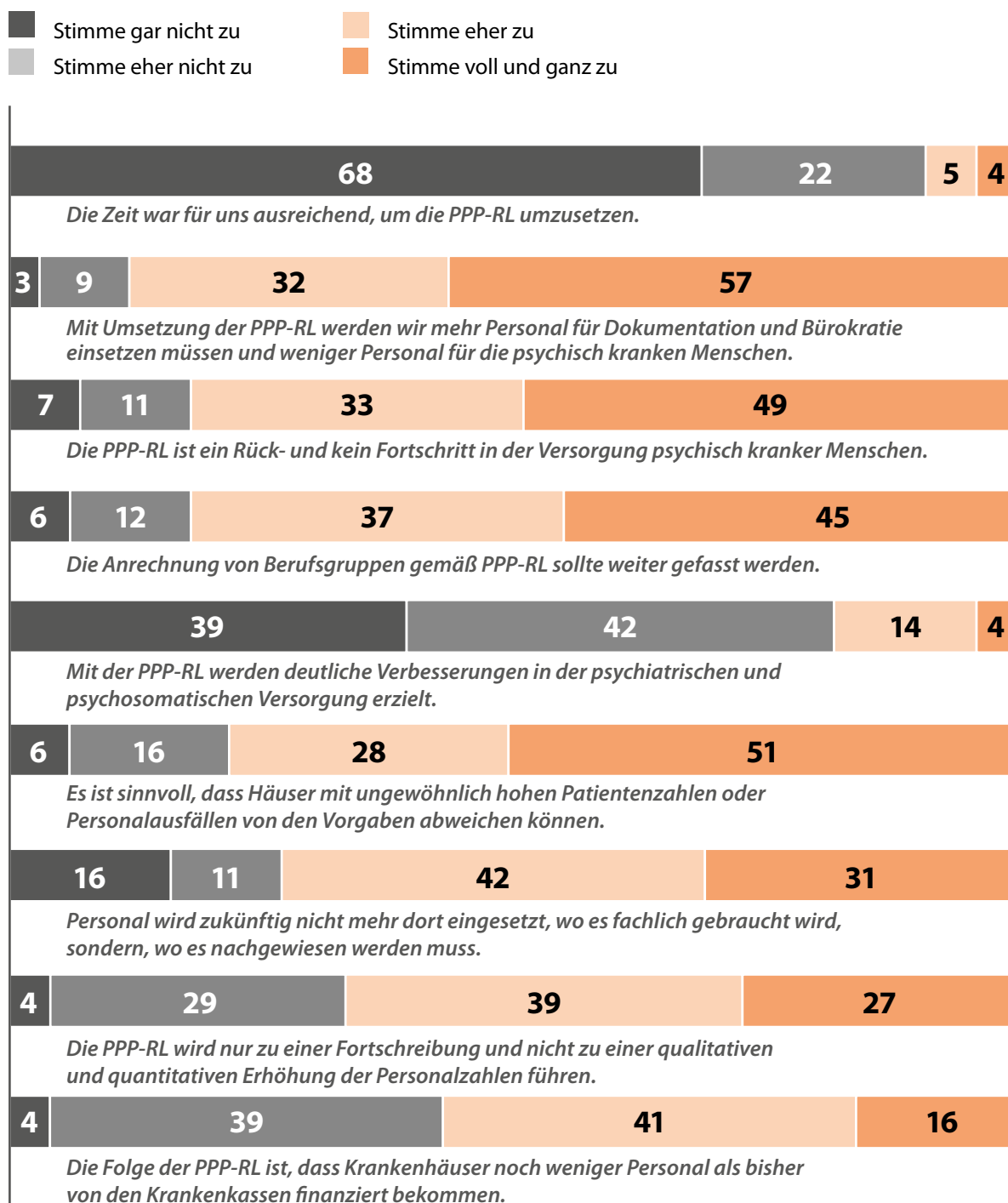
Aus Sicht eines Großteils der Kliniken wird die PPP-RL nur zu einer Fortschreibung und nicht zu einer qualitativen und quantitativen Erhöhung der Personalzahlen führen. Die meisten (je 82 %) wünschen sich eine weiter gefasste Anrechnung von Berufsgruppen gemäß PPP-RL.

79 % der Befragten befürworten, dass es sinnvoll ist, dass Häuser mit ungewöhnlich hohen Patientenzahlen oder Personalausfällen von den Vorgaben abweichen können. Knapp drei Viertel der Kliniken erwarten, dass Personal aufgrund der PPP-RL-Umsetzung zukünftig nicht mehr dort eingesetzt wird, wo es fachlich gebraucht wird, sondern, wo es nachgewiesen werden muss (73 %).

82 % der Kliniken stimmen zu, dass die PPP-RL ein Rück- und kein Fortschritt in der Versorgung psychisch kranker Menschen ist. Mehr als die Hälfte der Kliniken erwartet als Folge der PPP-RL, dass Krankenhäuser noch weniger Personal als bisher von den Krankenkassen finanziert bekommen.

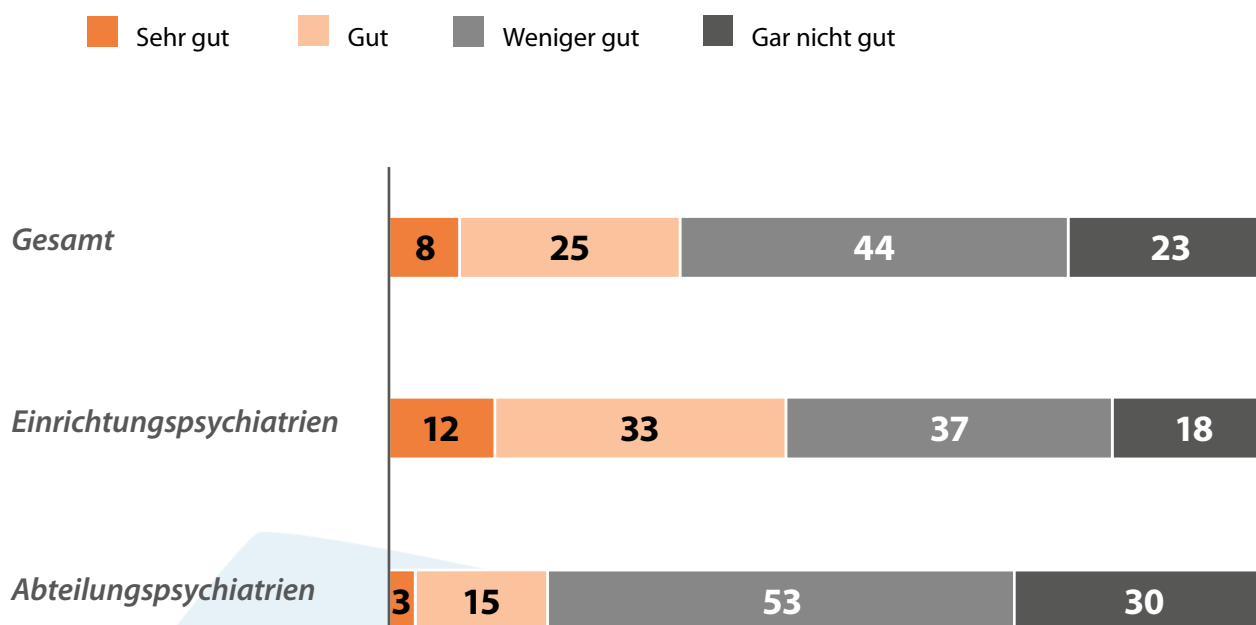
Eine deutliche Verbesserung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung mit der PPP-RL sieht ein Fünftel der Häuser. 80 % der Kliniken stimmen hier nicht zu (**Abb. 12**).

Abb. 12 Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zur PPP-RL zu?
(Krankenhäuser in %)



Gut zwei Drittel der Kliniken fühlten sich nicht gut auf die Umsetzung der PPP-RL ab dem 01.01.2020 vorbereitet. Der Teil der Häuser, der die Vorbereitung bemängelt, ist in den Abteilungspsychiatrien deutlich größer als in den Einrichtungspsychiatrien. Während sich 45 % der Einrichtungspsychiatrien zumindest gut auf die Umsetzung vorbereitet gefühlt haben, lag der entsprechende Anteil in den Abteilungspsychiatrien bei 18% (**Abb. 13**).

Abb. 13 Wie gut fühlen Sie sich auf die Umsetzung der PPP-RL ab dem 01.01.2020 vorbereitet? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

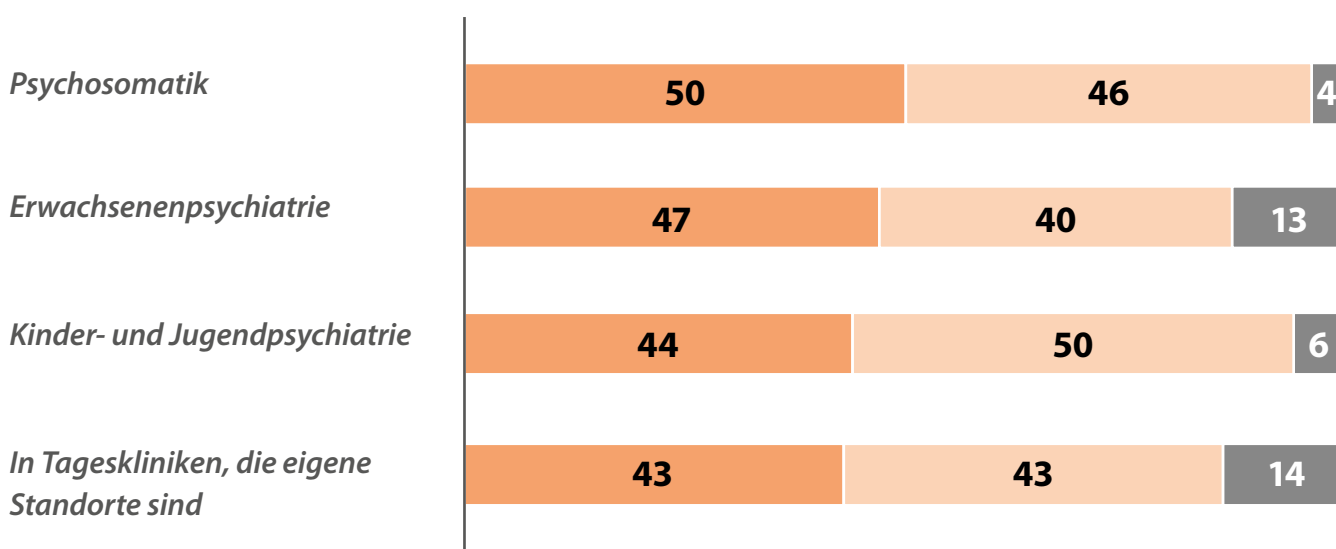
4.5 Erwartete Umsetzbarkeit der Personalmindestvorgaben

Die Personalmindestvorgaben der PPP-RL gelten seit dem 01.01.2020, wobei die Unterschreitung der Mindestvorgaben im ersten Jahr nicht mit finanziellen Konsequenzen einhergeht.

Die Krankenhäuser wurden gebeten, zum Befragungszeitpunkt einzuschätzen, ob sie im ersten Quartal 2020 in der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychosomatik, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Tageskliniken, die eigene Standorte sind, die Personalmindestvorgaben erreichen werden. Bei der Beantwortung der Frage sollten die Häuser auch die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen berücksichtigen.

Abb. 14 Erreichbarkeit der Personalmindestvorgaben nach Bereichen im ersten Quartal 2020. (Krankenhäuser in %)

■ Werden wir überwiegend oder ganz erreichen
 ■ Werden wir teilweise erreichen
 ■ Werden wir nicht erreichen



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Zwischen 9 (Erwachsenenpsychiatrie) und 36 % (Kinder- und Jugendpsychiatrie) der Kliniken konnten bei der Beantwortung der Frage keine Einschätzung abgeben. In der weiteren Darstellung werden nur die Häuser berücksichtigt, die den Erreichungsgrad taxiert haben.

Nur knapp die Hälfte der Kliniken geht davon aus, dass sie die Personalmindestvorgaben in den erfragten Bereichen überwiegend oder ganz umsetzen können wird. Zwischen 40 und 50 % der Häuser erwarten, die Personalmindestvorgaben in den jeweiligen Bereichen nur teilweise erreichen zu können. Der Anteil der Krankenhäuser, die davon ausgehen, die Personalmindestvorgaben nicht erreichen zu können, liegt zwischen 4 und 14 %. Die Anteilswerte sind in der Erwachsenenpsychiatrie sowie in Tageskliniken, die eigene Standorte sind, am höchsten (**Abb. 14**).

Ergänzend zu den Einschätzungen zu den Personalmindestvorgaben nach Bereichen wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie im ersten Quartal 2020 bei verschiedenen Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie die Personalmindestvorgaben erreichen werden. Erneut wurden sie gebeten, die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen bei der Antwort zu berücksichtigen.

Der Anteil der Kliniken, denen keine Einschätzung möglich war, lag bei den einzelnen Berufsgruppen bei 7-8 %. Einzige Ausnahme stellten die Sprachheiltherapeuten bzw. Logopäden dar, bei denen knapp ein Viertel der Häuser keine Beurteilung abgeben konnte oder wollte.

Der überwiegende Teil der Kliniken erwartete zum Befragungszeitpunkt, die Personalmindestvorgaben bei den Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie im ersten Quartal 2020 erreichen zu können. Dies gilt vor allem für therapeutisches Personal.

Skepsis äußern die Kliniken jedoch hinsichtlich der Erreichbarkeit der Mindestvorgaben zu Jahresbeginn 2020 bei den Pflegefachpersonen. Nur 43 % der Kliniken vermuten kaum Probleme und nur ein Drittel denkt, diese zumindest teilweise erfüllen zu können. Knapp ein Viertel der Häuser rechnet jedoch damit, die Personalmindestvorgaben bei den Pflegefachpersonen auch unter Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen nicht erzielen zu können.

Auch bei den Ärzten sind sich die Kliniken vergleichsweise unsicher, was die Umsetzung der Personalmindestvorgaben im ersten Quartal 2020 angeht. Nur etwas mehr als die Hälfte der Kliniken erwartet keine Probleme bei der Erreichung der entsprechenden Personalvorgaben, ein Drittel mutmaßt, diese jedoch nur teilweise zu erreichen. 14 % der Häuser gibt an, diese nicht erreichen zu können.

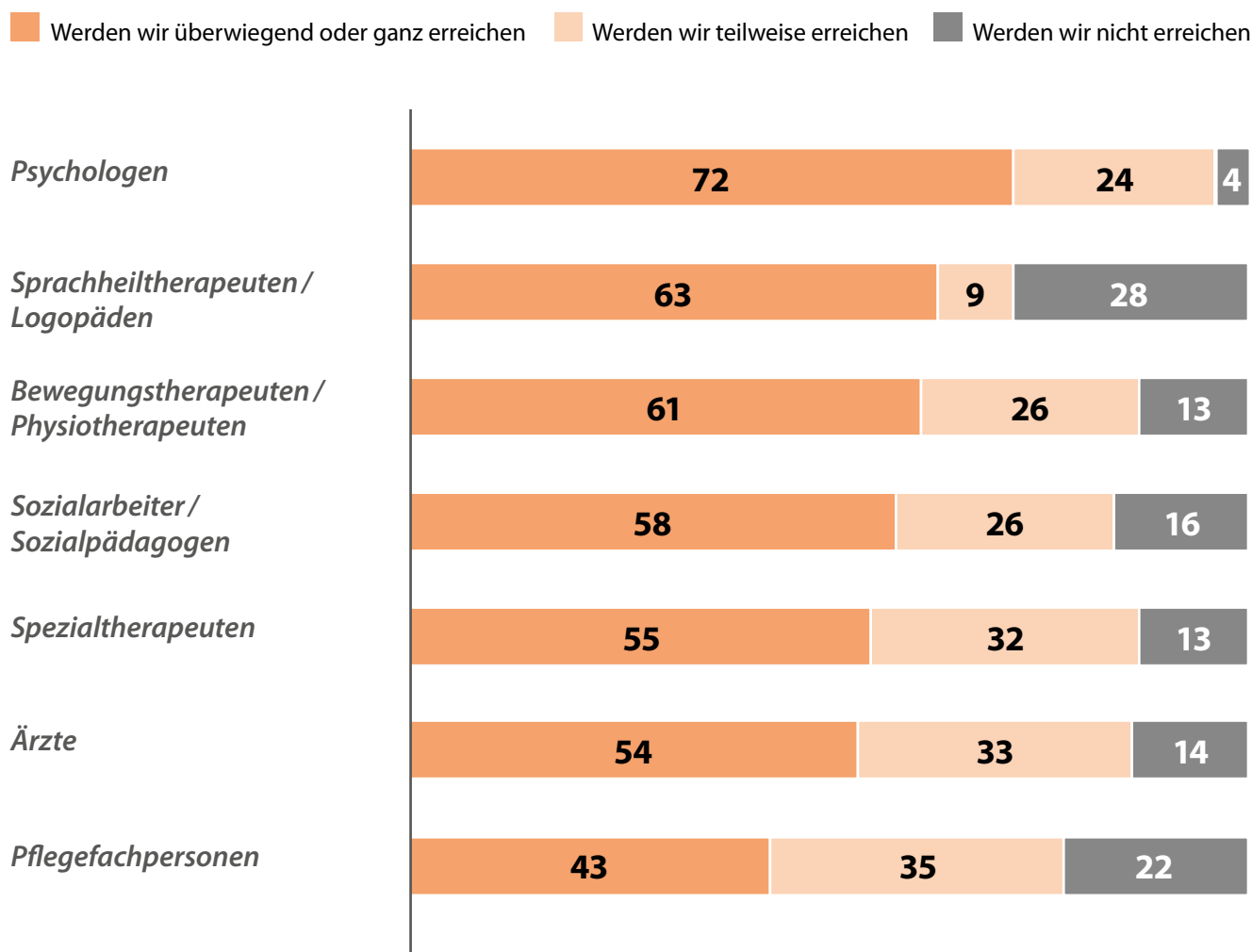
Beim therapeutischen Personal sehen die Kliniken die geringsten Probleme der Vorgabenerfüllung bei den Psychologen. So rechnet knapp drei Viertel der Häuser damit, die Personalmindestvorgaben überwiegend oder ganz zu erreichen. Je gut 60 % der Kliniken schätzt dies entsprechend bei den Sprachheiltherapeuten bzw. Logopäden³ und den Bewegungstherapeuten bzw. Physiotherapeuten ein.

³ Bei den Sprachheiltherapeuten bzw. Logopäden machte nur ein Drittel der Krankenhäuser Angaben zur Erreichbarkeit der Personalmindestvorgaben.

Gleichwohl mutmaßt auch gut ein Viertel der Häuser, die Personalmindestvorgaben bei den Sprachheiltherapeuten bzw. Logopäden nicht erzielen zu können.

Über die Hälfte der Kliniken erwartet im 1. Quartal 2020 eine überwiegende oder komplette Erreichung der Personalmindestvorgaben bei den Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagogen sowie den Spezialtherapeuten. Jedoch gut ein Zehntel rechnet nicht damit, die Personalmindestvorgaben auch bei Anrechnung der Berufsgruppen und Ausnahmetatbestände erreichen zu können. (**Abb. 15**).

Abb. 15 Erreichbarkeit der Personalmindestvorgaben nach Bereichen im ersten Quartal 2020 bei den folgenden Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie. (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

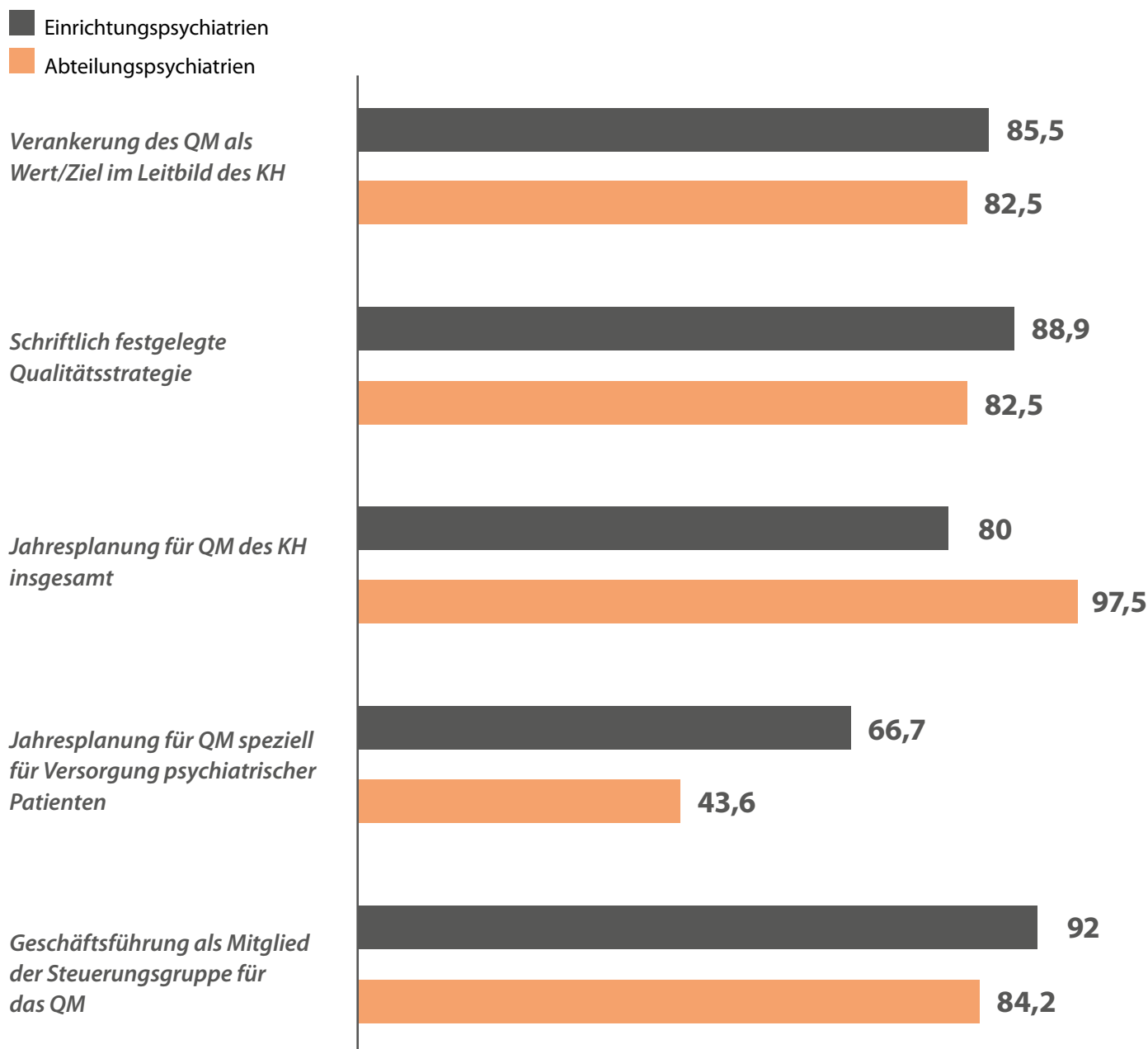
5 QUALITÄTSMANAGEMENT

5.1 Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement bzw. die Umsetzung zielgerichteter Maßnahmen des Qualitätsmanagements erfordern eine entsprechende strategische Ausrichtung. Deswegen sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit das Qualitätsmanagement Teil der Unternehmensstrategie, des Leitbildes oder der jährlichen Planung ist. Die diesbezüglichen Häufigkeitsverteilungen können der **Abb. 16** entnommen werden.

Demnach ist das Qualitätsmanagement in den Psychiatrien eindeutig von strategischer Relevanz. In den meisten Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien ist das Qualitätsmanagement ausdrücklich als Wert oder Ziel im Leitbild verankert und eine Qualitätsstrategie schriftlich festgelegt.



Abb. 16 Qualitätsstrategie (Krankenhäuser in %)

© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Auch eine Jahresplanung für das Qualitätsmanagement des Krankenhauses insgesamt ist in den meisten Häusern Standard. Weniger verbreitet ist eine spezifische Jahresplanung für das Qualitätsmanagement zur Versorgung psychiatrischer oder psychosomatischer Patienten. 67 % (Einrichtungspychiatrien) bzw. 44 % (Abteilungspsychiatrien) führten hier entsprechende Planungen an.

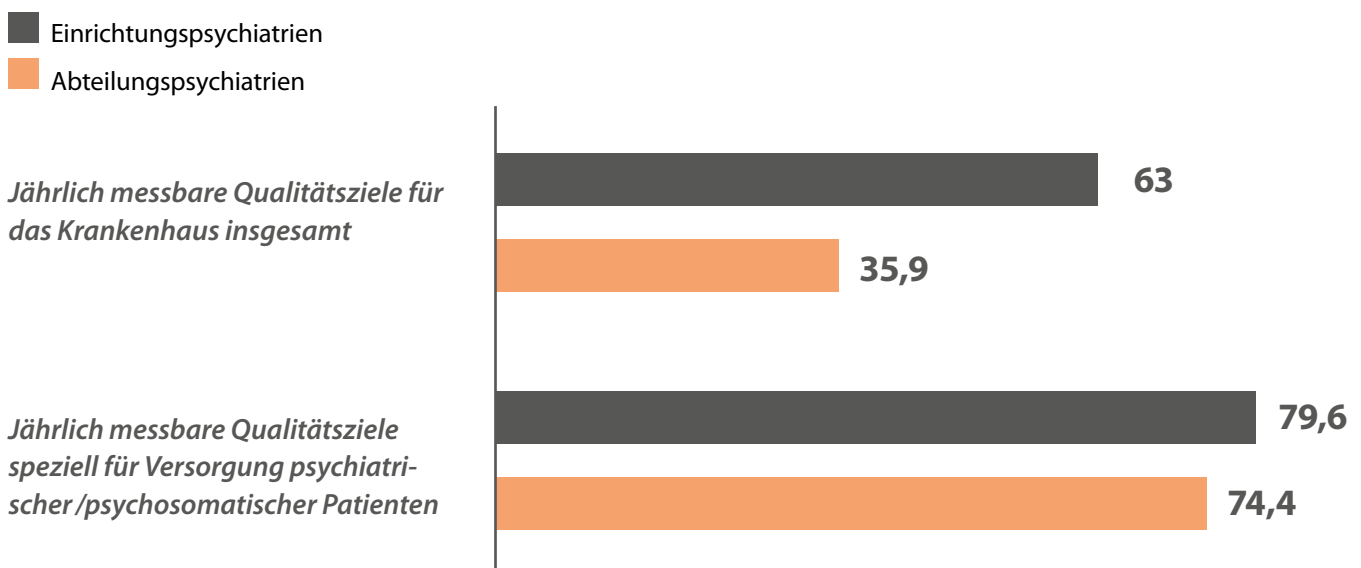
Die strategische Relevanz des Qualitätsmanagements lässt sich auch an der Einbindung der Geschäftsführung ablesen, etwa im Rahmen einer (projektübergreifenden) Steuerungsgruppe für das Qualitätsmanagement. In jeweils rund 90 % der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien ist die Geschäftsführung Mitglied einer solchen Steuerungsgruppe.

5.2 Qualitätsziele

Die Frage, ob und wie weit das Qualitätsmanagement in der Krankenhausorganisation systematisch umgesetzt ist, lässt sich auch daran ablesen, dass es Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist. Eine hohe Systematik bei diesem Thema wird demnach durch eine strukturierte Planung, Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen und Projekten des Qualitätsmanagements erzielt. Somit kann überprüft werden, inwieweit die strategischen und operativen Ziele einschlägiger Maßnahmen auch tatsächlich erreicht wurden.

Ausgangspunkt des Prozesses bildet die Festlegung verbindlicher Ziele, sei es für das Krankenhaus insgesamt, sei es speziell für die Versorgung psychiatrischer oder psychosomatischer Patienten. Jeweils rund drei Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien formulieren demnach jährlich messbare Qualitätsziele für das Krankenhaus insgesamt. Jährlich messbare Qualitätsziele zur Versorgung psychiatrischer oder psychosomatischer Patienten legen 63 % der Einrichtungspsychiatrien und 36 % der Abteilungspsychiatrien fest (**Abb. 17**).

Abb. 17 Qualitätsziele (Krankenhäuser in %)

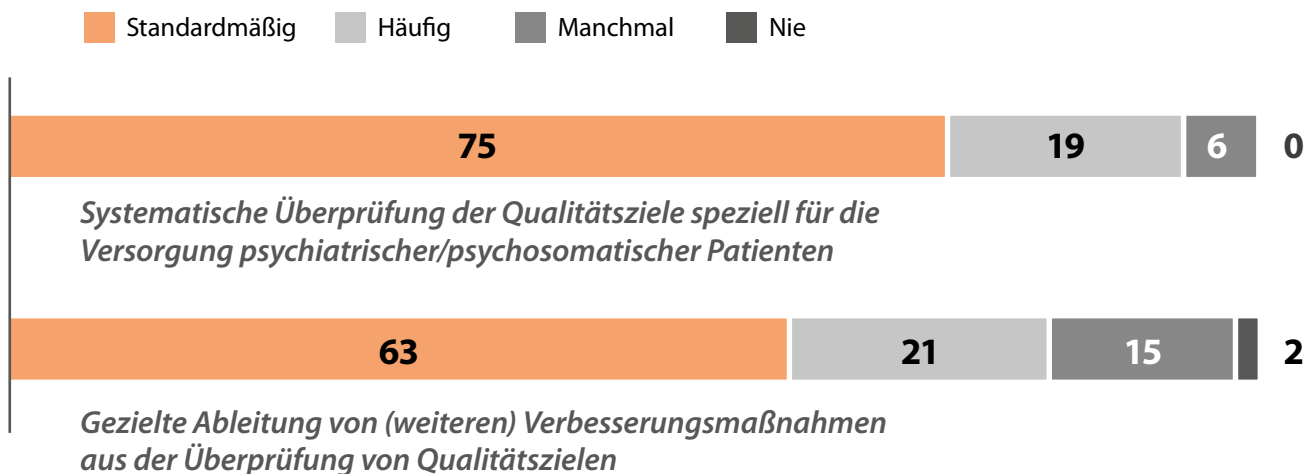


© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Befragungsteilnehmer mit einer spezifischen Zielplanung sollten angeben, inwieweit sie Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist. In fast allen entsprechenden Häusern findet eine systematische Überprüfung der Erreichung von Qualitätszielen speziell für die Versorgung psychiatrischer oder psychosomatischer Patienten standardmäßig (75 %) oder häufig (19 %) statt.

Mit Blick auf die Ableitung gezielter Verbesserungsmaßnahmen aus der Überprüfung resultierten vergleichbare Ergebnisse (**Abb. 18**).

Abb. 18 Überprüfung der Qualitätsziele (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

5.3 Instrumente des Qualitätsmanagements

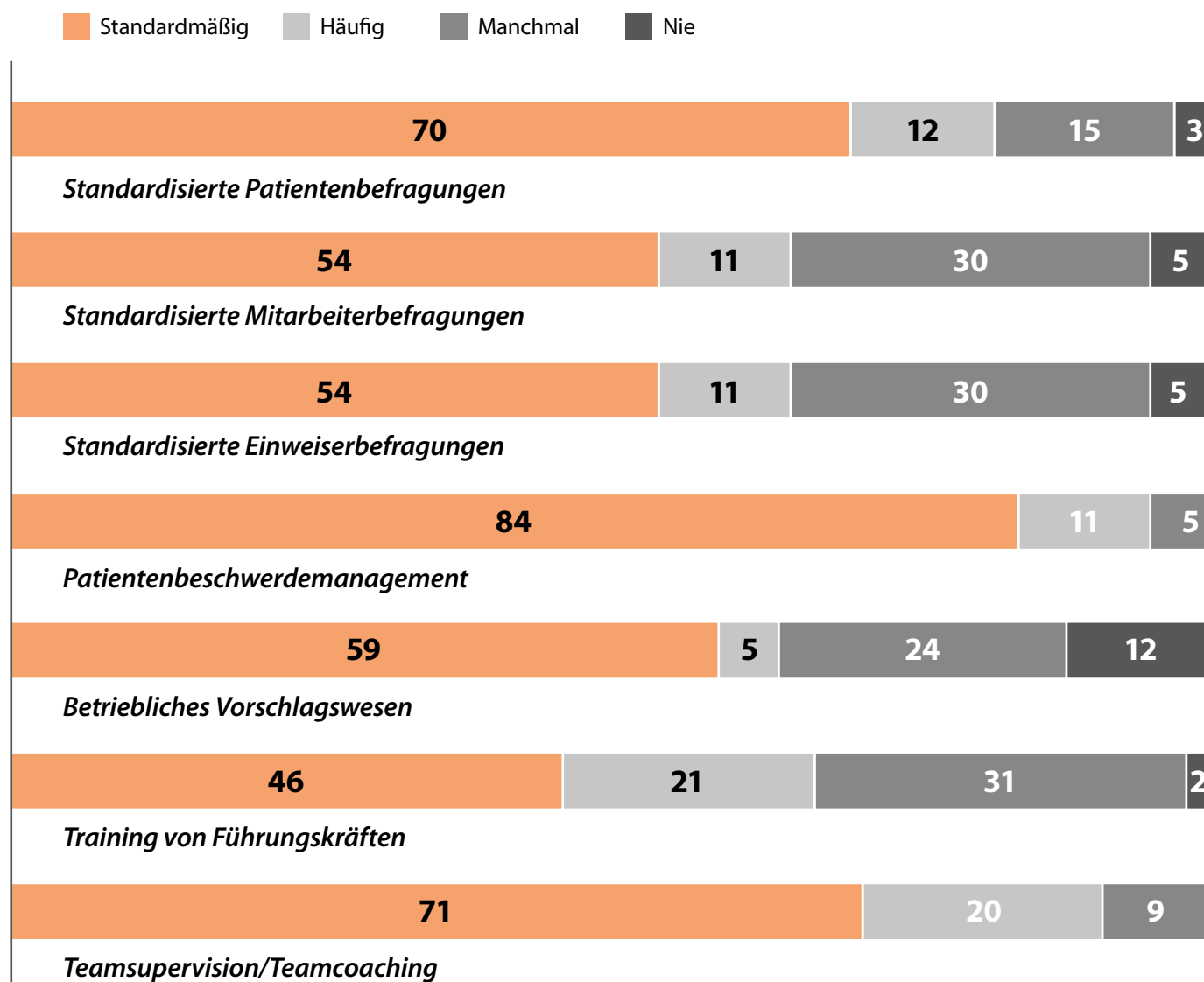
Der Umsetzungsstand des Qualitätsmanagements lässt sich auch daran messen, inwieweit einschlägige Maßnahmen und Instrumente des Qualitätsmanagements im Krankenhaus Anwendung finden. Dabei handelt es sich weniger um spezifische Verbesserungsmaßnahmen für bestimmte Qualitätsprobleme, als um Werkzeuge, die problemunabhängig oder -übergreifend zur Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnisse der stationären Versorgung genutzt werden können.

Über Art und Häufigkeit von exemplarisch ausgewählten Instrumenten des Qualitätsmanagements informieren **Abb. 19 und 20**. Die Erhebungsergebnisse belegen insgesamt einen sehr hohen Verbreitungsgrad dieser Instrumente.

Bei den patientenorientierten Maßnahmen haben demnach das Patientenbeschwerdemanagement und standardisierte Patientenbefragungen die

größte Verbreitung, bei den mitarbeiterorientierten Maßnahmen sind es die Teamsupervision bzw. das Teamcoaching, standardisierte Mitarbeiterbefragungen, das Training von Führungskräften zur Führungskräfteentwicklung und das betriebliche Vorschlagswesen, also ein strukturiertes Vorgehen zur Erfassung und Umsetzung von Vorschlägen und Ideen der Mitarbeiter zu Qualitätsverbesserungen (**Abb. 19**).

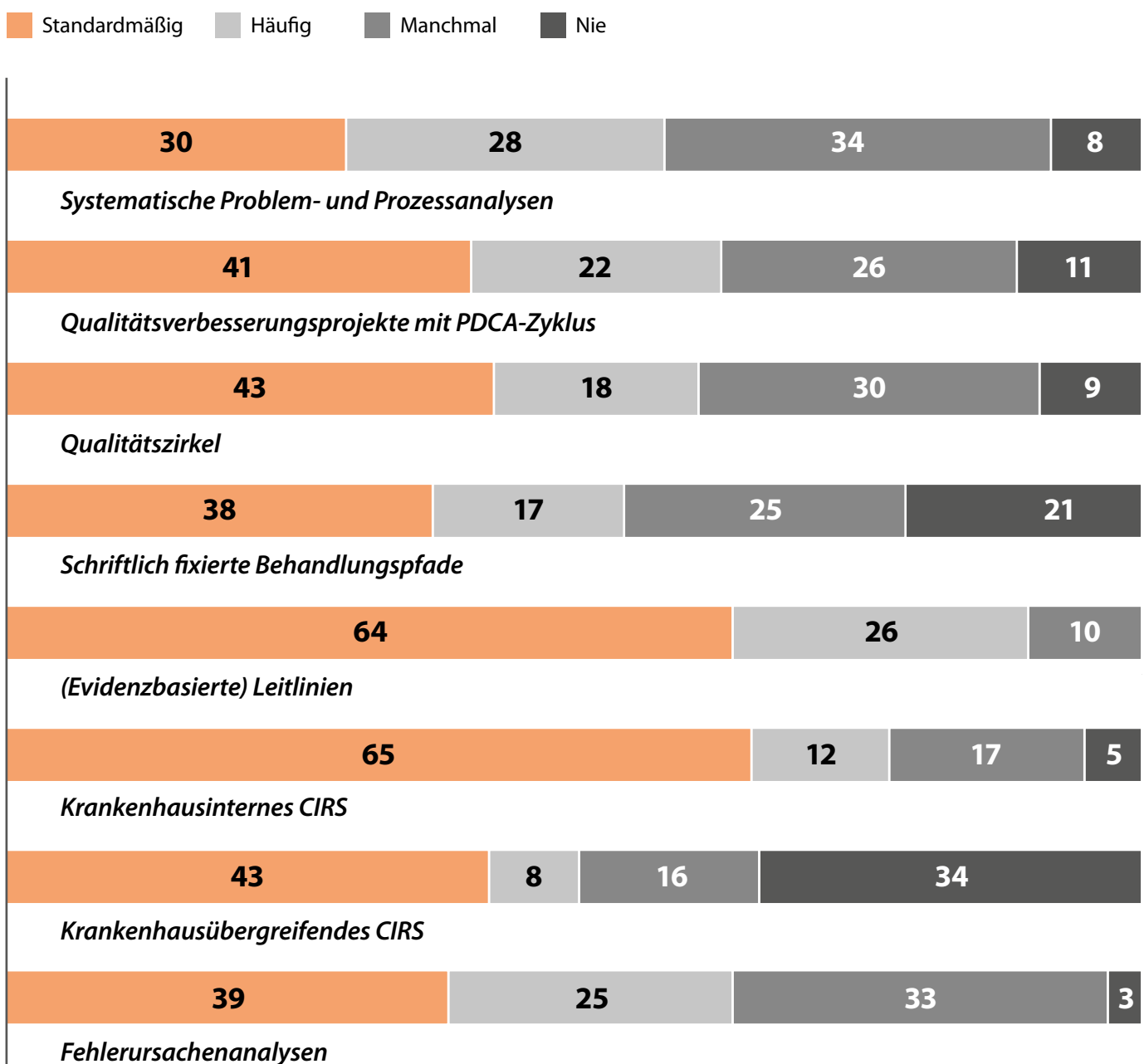
Abb. 19 Patienten- und mitarbeiterorientierte Instrumente des Qualitätsmanagements (Krankenhäuser in %)



Unter den organisatorischen Instrumenten des Qualitätsmanagements kommen insbesondere evidenzbasierte Leitlinien flächendeckend und regelmäßig zum Einsatz. Das klinische Risikomanagement ist über ein internes Critical Incident Reporting System (CIRS) bzw. ein krankenhausübergreifendes CIRS sowie über Fehlerursachenanalysen etabliert.

Auch weitere Standardinstrumente des Qualitätsmanagements, wie Behandlungspfade (Clinical Pathways), systematische Problem- und Prozessanalysen, Qualitätszirkel bzw. Qualitätsverbesserungsprojekte nach dem PDCA-Zyklus für spezifische Fragestellungen und Probleme, finden mehr oder weniger breite Anwendung (**Abb. 20**).

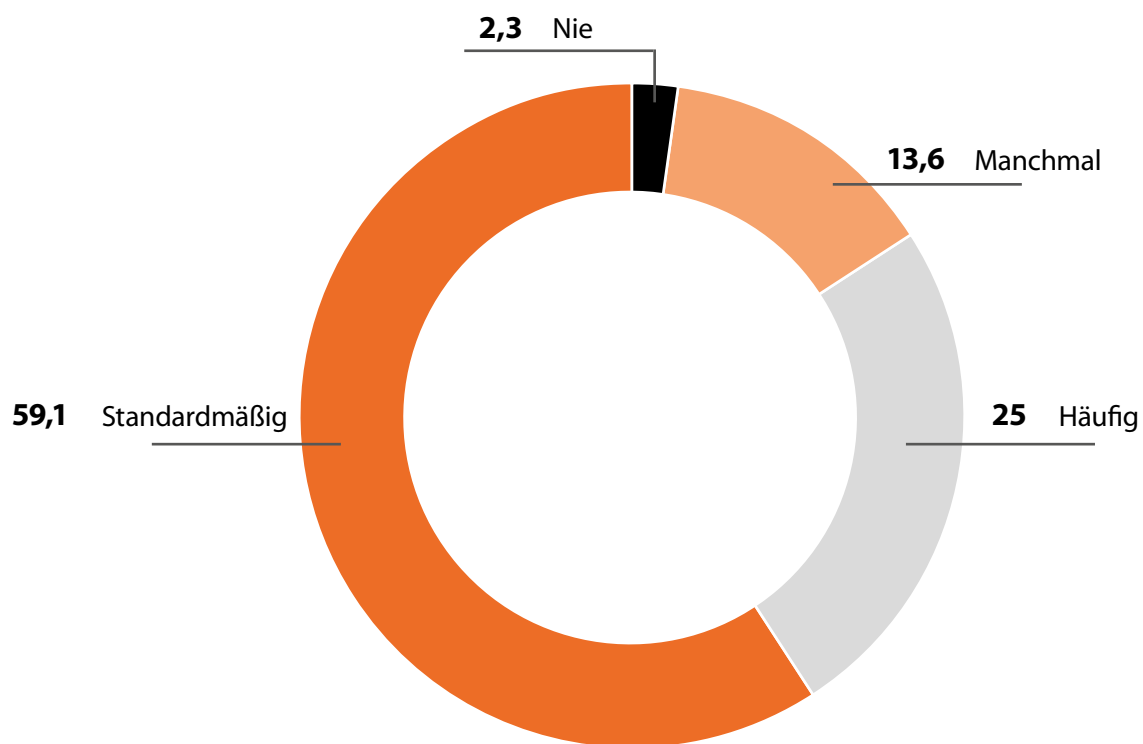
Abb. 20 Organisatorische Instrumente des Qualitätsmanagements (Krankenhäuser in %)



Das Qualitätsmanagement ist grundsätzlich auf einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund wurden die teilnehmenden Krankenhäuser befragt, inwieweit sie ihre Maßnahmen und Instrumente des Qualitätsmanagements systematisch überprüfen. Dies

ist, den Selbsteinschätzungen der Befragungsteilnehmer zufolge, überwiegend der Fall. 84 % der psychiatrischen Einrichtungen gaben an, dass sie ihre Maßnahmen und Instrumente des Qualitätsmanagements standardmäßig (59 %) oder häufig überprüfen (**Abb. 21**).

Abb. 21 Systematische Überprüfung von Maßnahmen/Instrumenten des QM? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

5.4 Qualitätsbewertungen

Qualitätsbewertungen bezeichnen interne oder externe Bewertungen der Qualität bzw. des Qualitätsmanagements einer Einrichtung gemäß einem standardisierten Vorgehen.

Bei den freiwilligen Verfahren der Qualitätsbewertung sind insbesondere vier zentrale Ansätze zu unterscheiden: allgemeine und krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren, Exzellenz-Modelle und peer reviews.

Mit dem Verfahren zur Kooperation für Qualität und Transparenz (KTQ) hat sich mittlerweile ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren etabliert. Das in Deutschland vorherrschende allgemeine Zertifizierungsverfahren bildet die Zertifizierung nach der DIN ISO.

Exzellenz-Modelle sind ganzheitliche Ansätze zur Beschreibung und Erreichung einer hervorragenden Unternehmensorganisation. Hier ist das Modell der European Foundation of Quality Management (EFQM) der vorherrschende Ansatz.

Bei den peer reviews handelt es sich um externe Audits durch Fachkollegen aus anderen Einrichtungen. Im Unterschied zu den Zertifizierungsverfahren steht hier weniger die Qualitätsprüfung als die fachliche Beratung im Mittelpunkt.

Abb. 22 zeigt, welche Qualitätsbewertungen in den psychiatrischen Einrichtungen insgesamt seit dem Jahr 2017 durchgeführt worden sind. Auffallend ist bei allen erfassten Verfahren der hohe Anteil an fehlenden Werten.



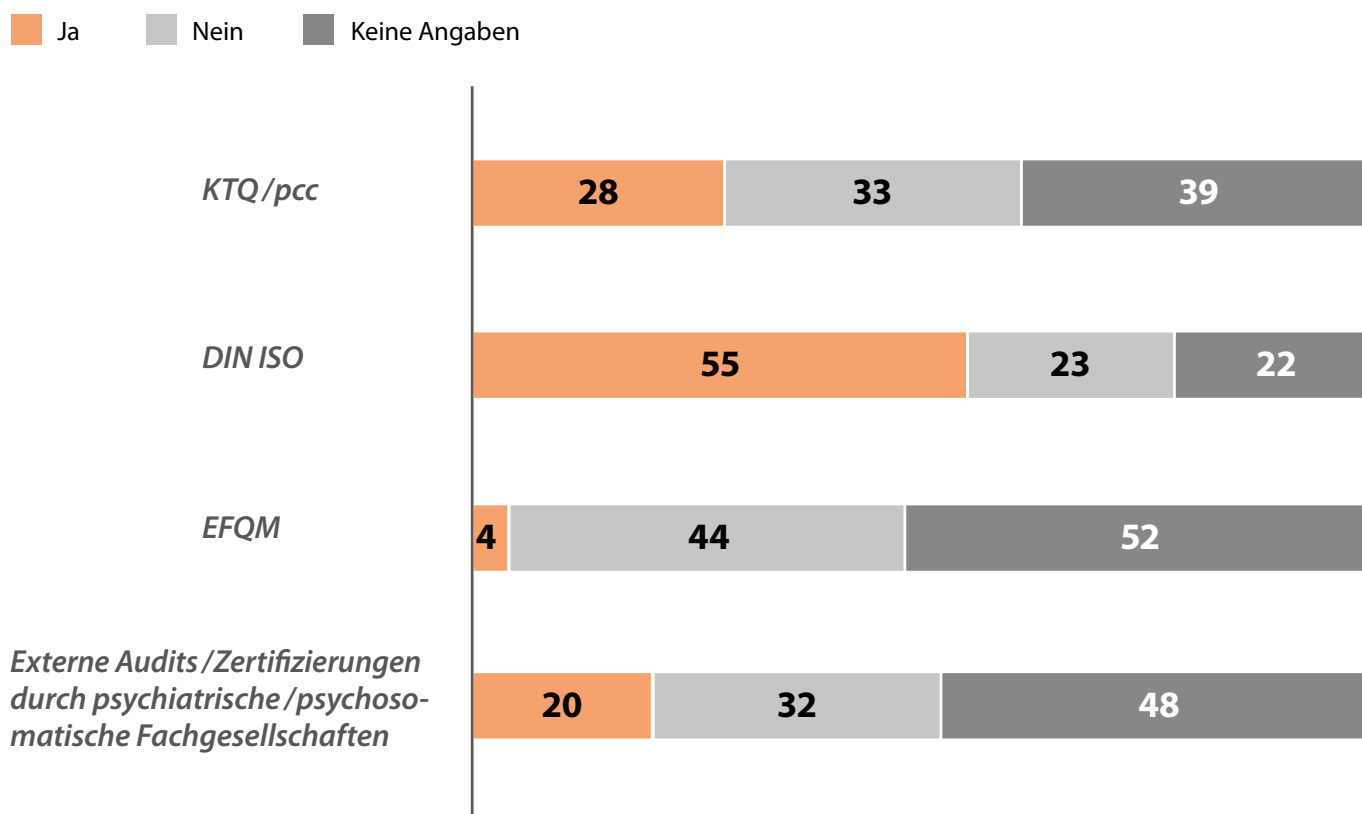
Ggf. signalisiert dies eine schwindende Bedeutung dieser Bewertungsverfahren, wenn ihre Verbreitung intern nicht durchgängig bekannt ist.

In den psychiatrischen Einrichtungen sind Qualitätsbewertungen bzw. Zertifizierungen nach der DIN ISO, relativ gesehen, am weitesten verbreitet. In etwa jeder zweiten psychiatrischen Einrichtung (55 %) kommen sie zum Einsatz.⁴

Etwa jede dritte psychiatrische Einrichtung (28 %) hatte seit dem Jahr 2017 eine Zertifizierung nach KTQ/pcc. Verglichen damit spielt eine Selbst- oder Fremdbewertung nach dem EFQM-Modell keine Rolle in der Psychiatrie. Nur 4 % der Befragungsteilnehmer nutzen diesen Ansatz.

Weiter verbreitet sind externe Audits oder Zertifizierungen durch Fachgesellschaften. In jeder fünften psychiatrischen Einrichtung werden entsprechende peer reviews durch Fachkollegen durchgeführt.

Abb. 22 Qualitätsbewertungen seit 2017
(Psychiatrische Einrichtungen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

⁴ Im Unterschied etwa zur KTQ-Zertifizierung ist bei der DIN ISO-Zertifizierung allerdings eine Beschränkung auf ausgewählte Betriebsbereiche möglich (z. B. Labor, Radiologie). Deswegen können sich die Antworten hier auch auf Teilzertifizierungen einzelner Krankenhausbereiche beziehen.

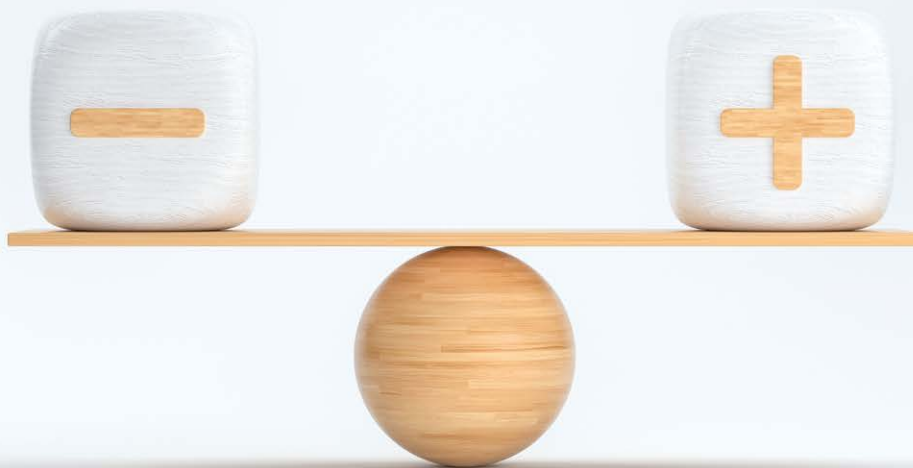
6 FIXIERUNGEN

Fixierungen stellen die ultima ratio in der psychiatrischen Behandlung dar. Aufgrund der damit verbundenen freiheitsentziehenden Maßnahmen werden hohe Anforderungen an die Anordnung und Durchführung solcher Maßnahmen gestellt.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat sich im Rahmen seines Urteils vom 24. Juli 2018 (Az.: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) mit den Anforderungen an die 5-Punkt- / 7-Punkt-Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung auseinandergesetzt. Wesentliche Aussagen sind: *„Die Fixierung eines Patienten stellt einen Eingriff in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 GG) dar ... Sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung von nicht nur kurzfristiger Dauer handelt es sich um eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG ...“*

Daraus folgt dann: *„Aufgrund ihrer besonderen Eingriffsintensität ist die nicht nur kurzfristige Fixierung sämtlicher Gliedmaßen auch im Rahmen eines bereits bestehenden Freiheitsentziehungsverhältnisses als eigenständige Freiheitsentziehung zu qualifizieren, die den Richtervorbehalt des Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG abermals auslöst.“* Im Urteil wurden damit die nicht nur kurzzeitigen Fixierungen sowie – daraus folgend – andere freiheitsentziehenden Maßnahmen an einen Richtervorbehalt gebunden: *„Gemäß Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG hat über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung nur der Richter zu entscheiden. Zu dem Begriff ‚Entscheidung‘ gehört, dass der Richter in vollem Umfang die Verantwortung für die Maßnahme übernimmt.“*

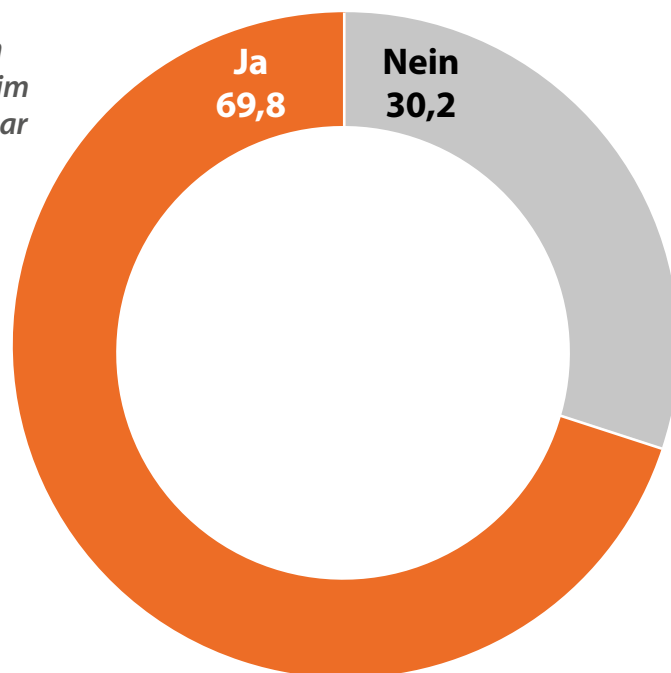
Im Rahmen des PSYCHIatrie Barometers sollten die Krankenhäuser Auskunft darüber geben, wie sie mit den durch das Bundesverfassungsgericht gestellten Anforderungen zurecht kommen.



6.1 Praxistauglichkeit und Umsetzbarkeit des Urteils des Bundesverfassungsgerichts

Die Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 24. Juli 2018 gemacht hat, müssen von den Krankenhäusern umgesetzt werden. Die Häuser wurden deshalb gefragt, ob sie die seitens des BVerfG getroffenen Feststellungen und Anforderungen für in der Praxis im Allgemeinen als praxistauglich und umsetzbar halten. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser halten die Vorgaben für praxistauglich und umsetzbar (**Abb. 23**).

Abb. 23 Können die vom BVerfG getroffenen Feststellungen/Anforderungen in der Praxis im Allgemeinen als praxistauglich und umsetzbar bezeichnet werden? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Fast drei Viertel (73 %) der Einrichtungspsychiatrien waren dieser Auffassung. Bei den Abteilungspsychiatrien sahen dies zwei Drittel (66 %) genauso.

Für rund 62 % der Häuser ergaben sich durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes keine wesentlichen Änderungen, weil sie schon vor Ergehen der Entscheidung die Anforderungen eingehalten haben (**Abb. 24**).

Unter den 38 % der Krankenhäuser, die nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes ihre Vorgehensweise ändern mussten, waren häufiger Abteilungspsychiatrien als Einrichtungspsychiatrien zu finden. Während rund 46 % der Abteilungspsychiatrien die neuen Vorgaben umsetzen mussten, waren es ein Drittel der Einrichtungspsychiatrien.

Der Großteil der Krankenhäuser sah und sieht für sich daher keine starken Einschränkungen in ihrem therapeutischen Handlungsspielraum bei verschiedenen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (**Abb. 25**).

Das betrifft insbesondere das Festhalten (93 %) und die Isolierung (88 %) von Patienten. Jeweils mehr als drei Viertel der Krankenhäuser sehen weder bei der Anordnung von Fixierungen, noch bei der Verabreichung von Medikation als Notfallmaßnahme stärkere Einschränkungen (**Abb. 25**).

Die Abteilungspsychiatrien sehen bei allen vier genannten Maßnahmen zum Teil deutlich weniger Einschränkungen als die Einrichtungspsychiatrien.

Abb. 24 Wurden die Anforderungen von Ihrem Haus/Ihrer Einrichtung ohnehin – auch schon vor Ergehen der Entscheidung – eingehalten? (Krankenhäuser in %)

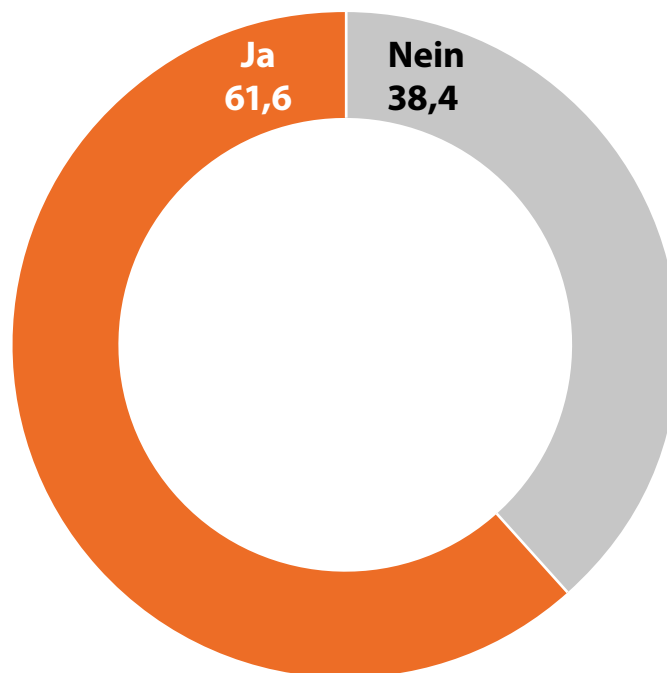
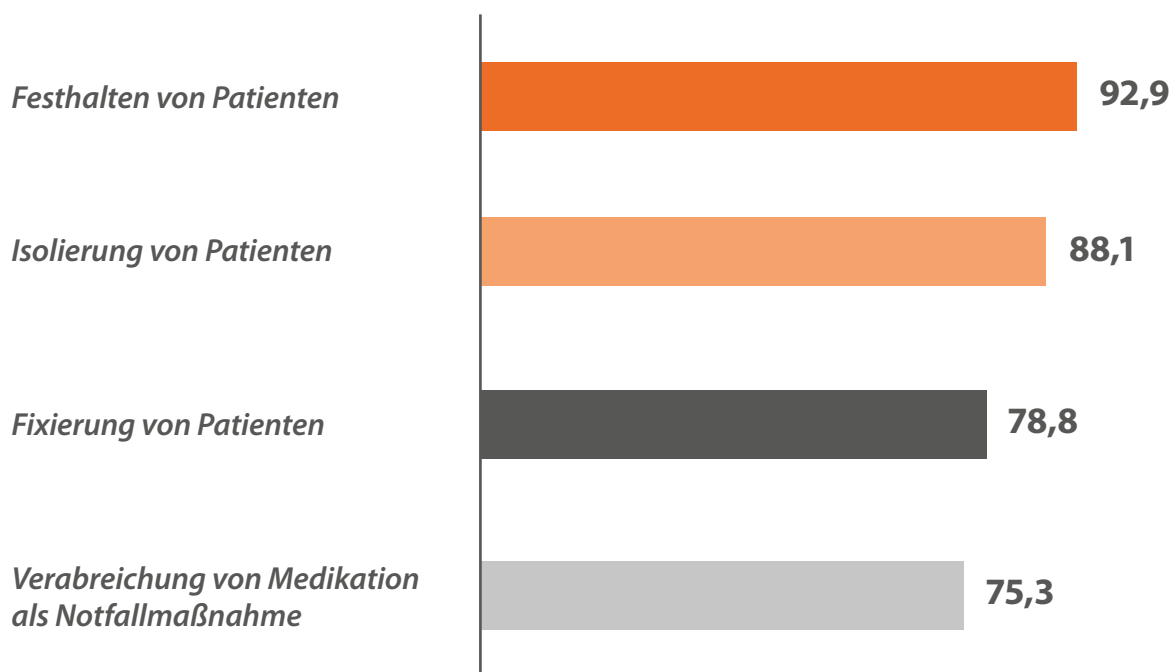


Abb. 25 Es bestehen seit Ergehen der Entscheidung des BVerfG keine starken Einschränkungen bei der Maßnahme ...
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

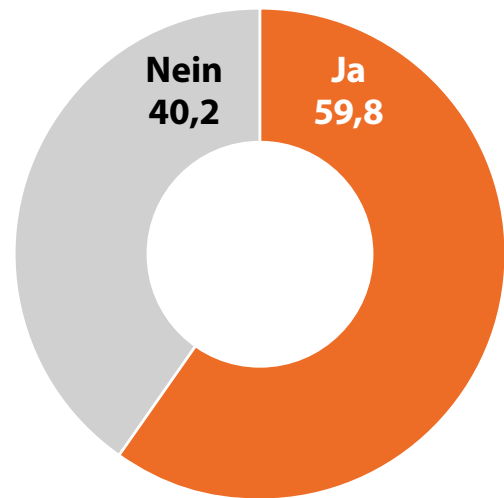
6.2 Eins-zu-Eins-Betreuung

Für den Fall der nicht nur kurzfristigen Fixierung gab das Bundesverfassungsgericht eine Vorgabe für die Umsetzung.

Im Urteil des Bundesverfassungsgericht (BVerfG) heißt es: „Während der Durchführung der Maßnahme ist jedenfalls bei einer 5-Punkt oder 7-Punkt-Fixierung in der Unterbringung aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren grundsätzlich eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.“

Die Krankenhäuser sollten Auskunft darüber geben, ob die geforderte Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal im Hinblick auf das Problem des Personalmangels überhaupt möglich sei. Rund 60 % der Krankenhäuser halten unter den Bedingungen des Personalmangels eine Fixierung dennoch für umsetzbar. Hierin unterscheiden sich die Abteilungs- und die Einrichtungspsychiatrien nicht (**Abb. 26**).

Abb. 26 Ist die geforderte Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal im Hinblick auf das Problem des Personalmangels überhaupt möglich? (Krankenhäuser in %)

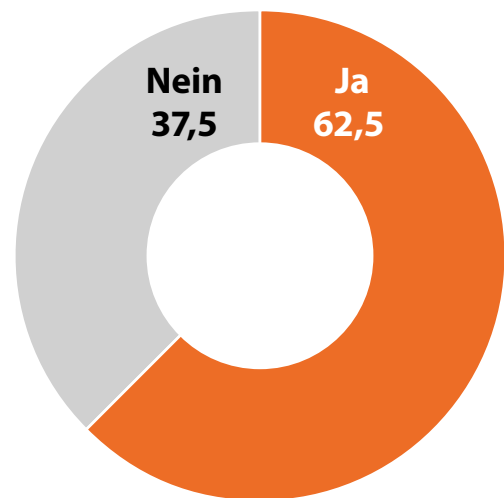


© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

6.3 Umsetzbarkeit des Richtervorbehalts

Die Anordnung und Durchführung einer nicht nur kurzfristigen Fixierung ist unter den Richtervorbehalt gestellt. Inwieweit der Richtervorbehalt in der Praxis überhaupt in jedem Einzelfall kurzfristig umsetzbar ist, sollten die Krankenhäuser angeben. Rund 63 % der Krankenhäuser sehen hier keine Probleme (**Abb. 27**).

Abb. 27 Ist der für die 5-Punkt- und die 7-Punkt-Fixierung notwendige Richtervorbehalt in der Praxis überhaupt in jedem Einzelfall kurzfristig umsetzbar? (Krankenhäuser in %)



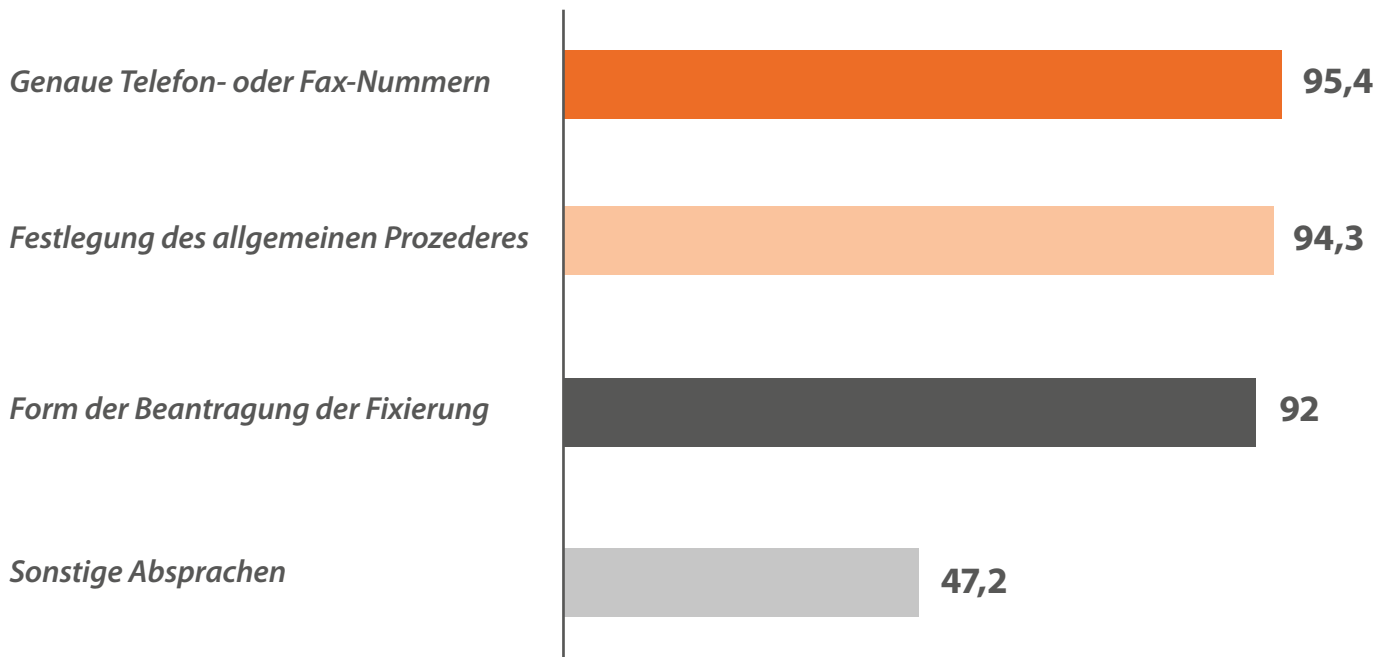
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Dies hängt damit zusammen, dass es offensichtlich funktionierende Absprachen zwischen Krankenhäusern und den örtlich zuständigen Gerichten für die Art und Weise der Erreichbarkeit während des Bereitschaftsdienstes der Gerichte gibt.

Dass genaue Telefon- und Faxnummern der Gerichte hinterlegt seien, antworteten mehr als 95 % der Krankenhäuser.

Rund 94 % der Krankenhäuser berichteten von der Festlegung des allgemeinen Prozederes für das Verfahren für die Anordnung und Durchführung von Fixierungen während des Bereitschaftsdienstes der Gerichte (**Abb. 28**).

Abb. 28 Bestehen Absprachen mit dem örtlich zuständigen Gericht wegen der Art und Weise der Erreichbarkeit im Bereitschaftsdienst des Gerichtes? (Krankenhäuser in %)

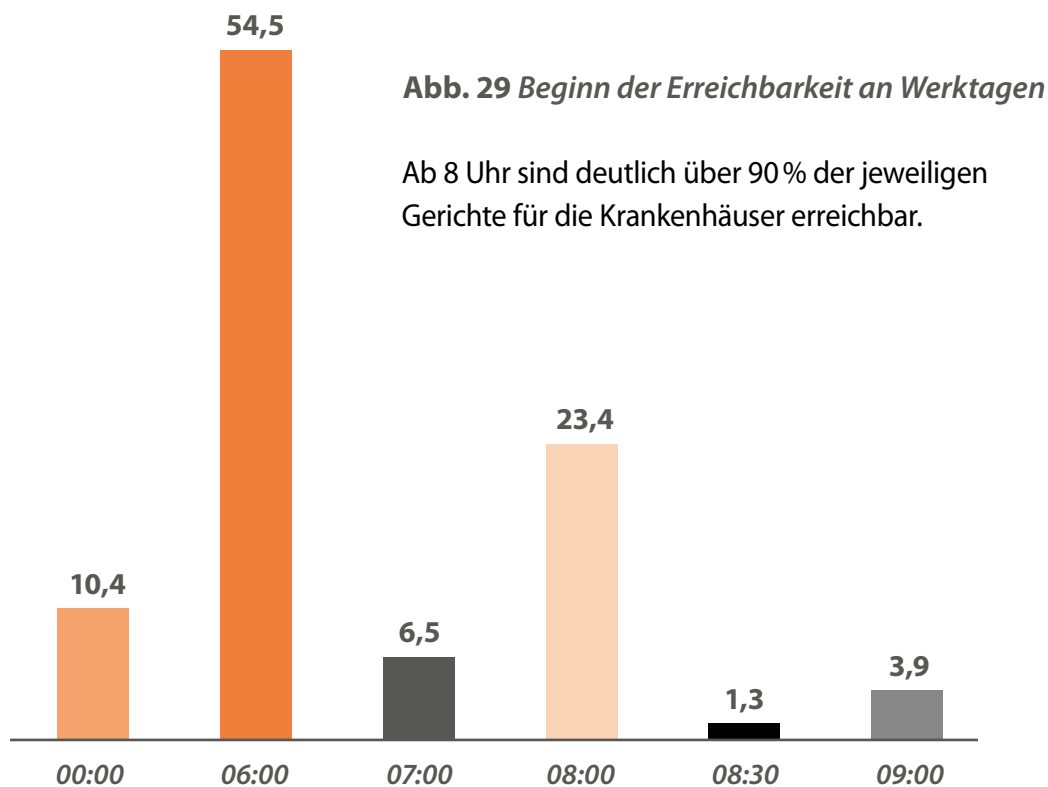


© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

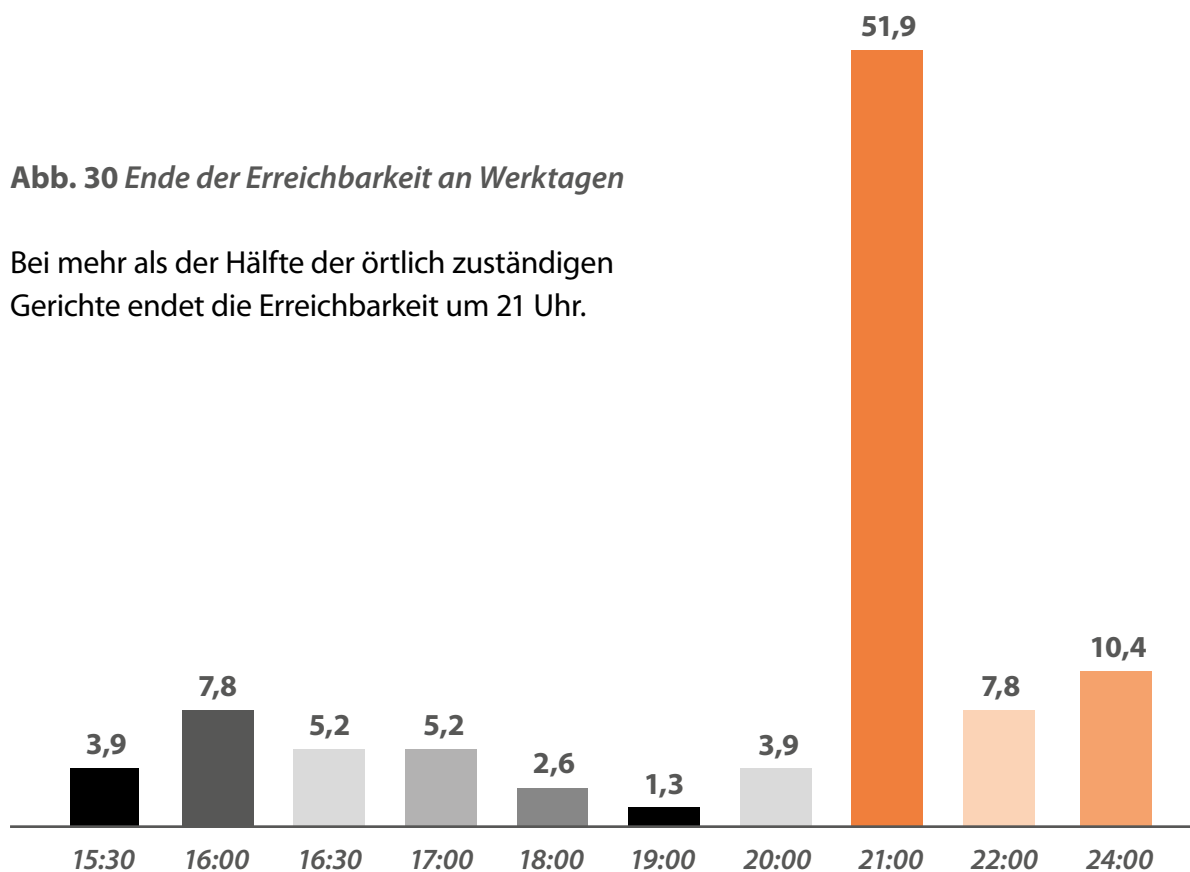
Die Form der Beantragung ist in 92 % der Einrichtungen auch für den Bereitschaftsdienst festgelegt.

Knapp die Hälfte der Häuser gab an, dass es zwischen ihnen und den örtlich zuständigen Gerichten sonstige Absprachen gäbe. So liege den Krankenhäusern beispielsweise der Dienstplan des Gerichtes vor. Es komme zweimal im Jahr zu einem persönlichen Treffen mit den Richtern, bei dem Unklarheiten besprochen werden könnten.

Fast zwei Drittel der örtlich zuständigen Gerichte ist an Werktagen ab 6 Uhr morgens erreichbar. Davon haben rund 10 % einen Bereitschaftsdienst, der schon ab 0 Uhr zur Verfügung steht.



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

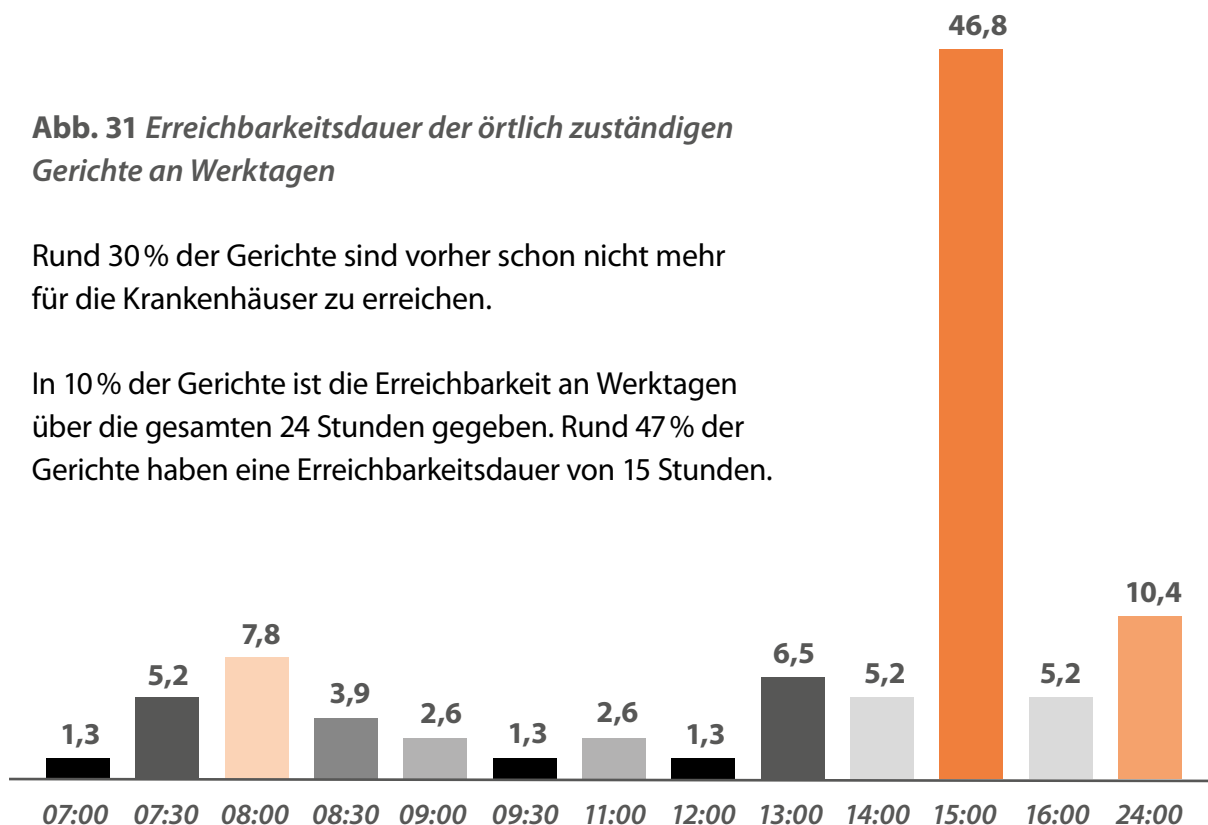


© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 31 Erreichbarkeitsdauer der örtlich zuständigen Gerichte an Werktagen

Rund 30 % der Gerichte sind vorher schon nicht mehr für die Krankenhäuser zu erreichen.

In 10 % der Gerichte ist die Erreichbarkeit an Werktagen über die gesamten 24 Stunden gegeben. Rund 47 % der Gerichte haben eine Erreichbarkeitsdauer von 15 Stunden.



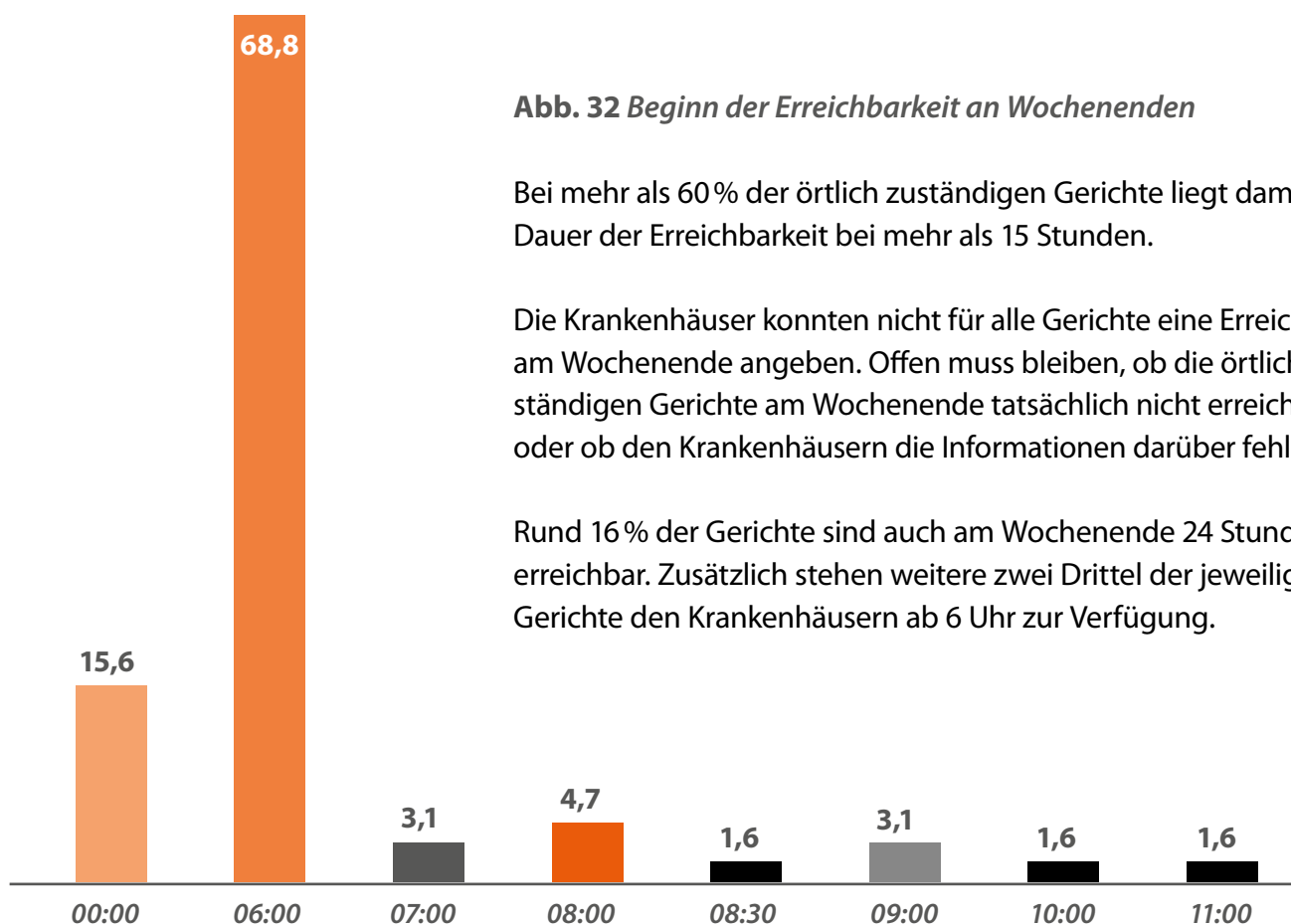
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 32 Beginn der Erreichbarkeit an Wochenenden

Bei mehr als 60 % der örtlich zuständigen Gerichte liegt damit die Dauer der Erreichbarkeit bei mehr als 15 Stunden.

Die Krankenhäuser konnten nicht für alle Gerichte eine Erreichbarkeit am Wochenende angeben. Offen muss bleiben, ob die örtlich zuständigen Gerichte am Wochenende tatsächlich nicht erreichbar sind oder ob den Krankenhäusern die Informationen darüber fehlen.

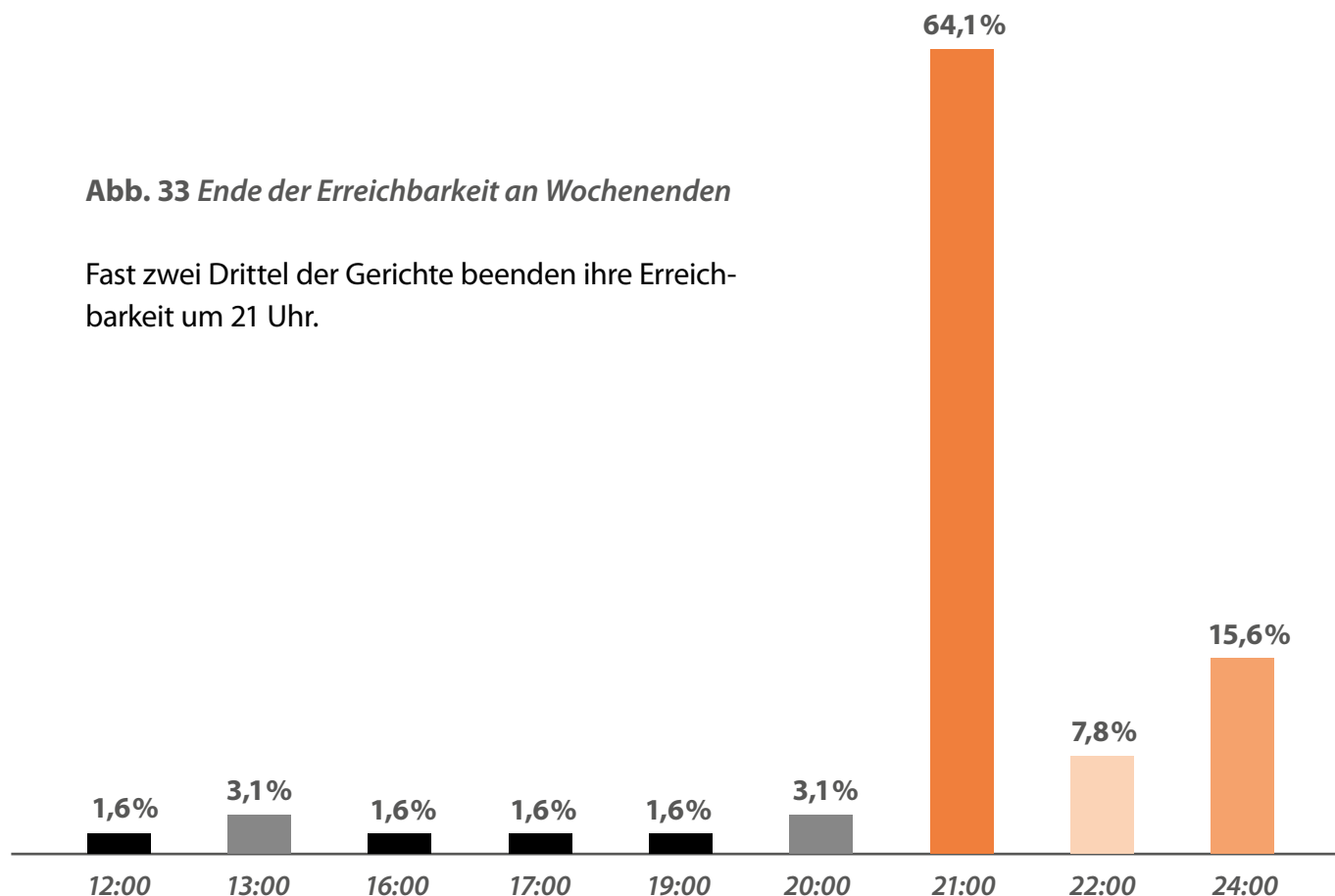
Rund 16 % der Gerichte sind auch am Wochenende 24 Stunden erreichbar. Zusätzlich stehen weitere zwei Drittel der jeweiligen Gerichte den Krankenhäusern ab 6 Uhr zur Verfügung.



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 33 Ende der Erreichbarkeit an Wochenenden

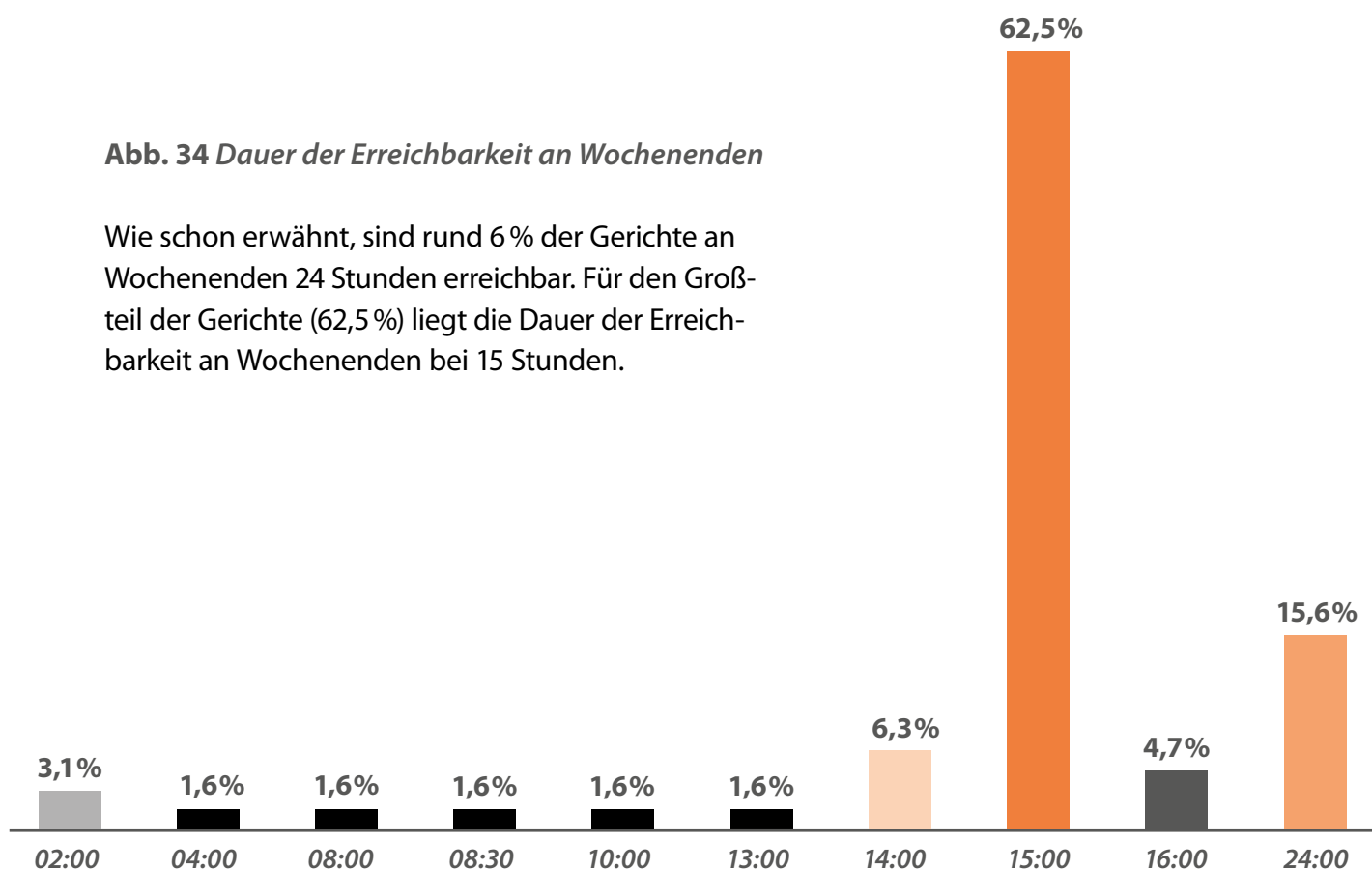
Fast zwei Drittel der Gerichte beenden ihre Erreichbarkeit um 21 Uhr.



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 34 Dauer der Erreichbarkeit an Wochenenden

Wie schon erwähnt, sind rund 6 % der Gerichte an Wochenenden 24 Stunden erreichbar. Für den Großteil der Gerichte (62,5 %) liegt die Dauer der Erreichbarkeit an Wochenenden bei 15 Stunden.



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

7 STATIONSÄQUIVALENTE BEHANDLUNG

Der Gesetzgeber hat mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung eingeführt.

Gemäß der **Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V** umfasst die *„stationsäquivalente psychiatrische Behandlung eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung.“* (§ 2 Abs. 1 der Vereinbarung).

Psychiatrische Einrichtungen können eine stationsäquivalente Behandlung anbieten, wenn u.a. zwei Voraussetzungen gegeben sind:

- Die psychiatrische Einrichtung verfügt über eine regionale Versorgungsverpflichtung.
- Es liegt auf Seiten des Patienten eine Indikation für eine vollstationäre psychiatrische Behandlung vor und der Fall ist medizinisch geeignet für diese Behandlungsform.

Inwieweit diese neue Behandlungsform in den Alltag der psychiatrischen Einrichtungen Eingang gefunden hat, sollte für das Jahr 2019 geklärt werden.

7.1 Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung

Im Jahr 2019 haben rund 16 % der psychiatrischen Einrichtungen stationsäquivalente Behandlung angeboten (**Abb. 35**).

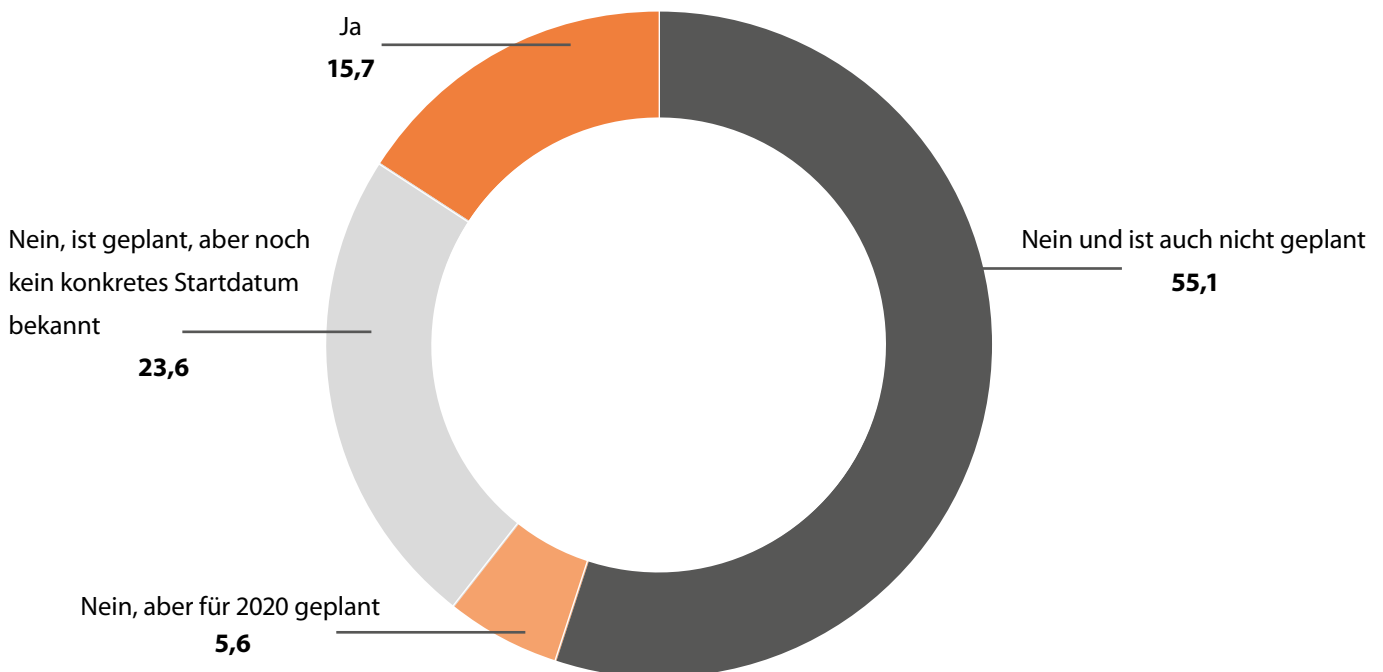
Im Vergleich zu 2018, als nur 9 % der Einrichtungen sich an dieser Behandlungsform beteiligten, ist damit der Anteil der Häuser deutlich gestiegen. Die Akzeptanz dieser Behandlungsform ist bei den Einrichtungspsychiatrien höher als bei den Abteilungspsychiatrien: während rund 21 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser eine entsprechende Behandlung anbieten, tun dies rund

8 % der Abteilungspsychiatrien. Weitere rund 6 % der Häuser planen für 2020 den Einstieg in diese immer noch neue Behandlungsform.

Etwas weniger als ein Viertel der Häuser (24 %) plant zwar eine Teilnahme, aber der Zeitpunkt für den Einstieg ist noch nicht festgelegt.

Über die Hälfte der Einrichtungen (55 %) plant definitiv keine Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung.

Abb. 35 Hat Ihr Krankenhaus stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V im Jahr 2019 angeboten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

7.2 Vergütung der stationsäquivalenten Behandlung

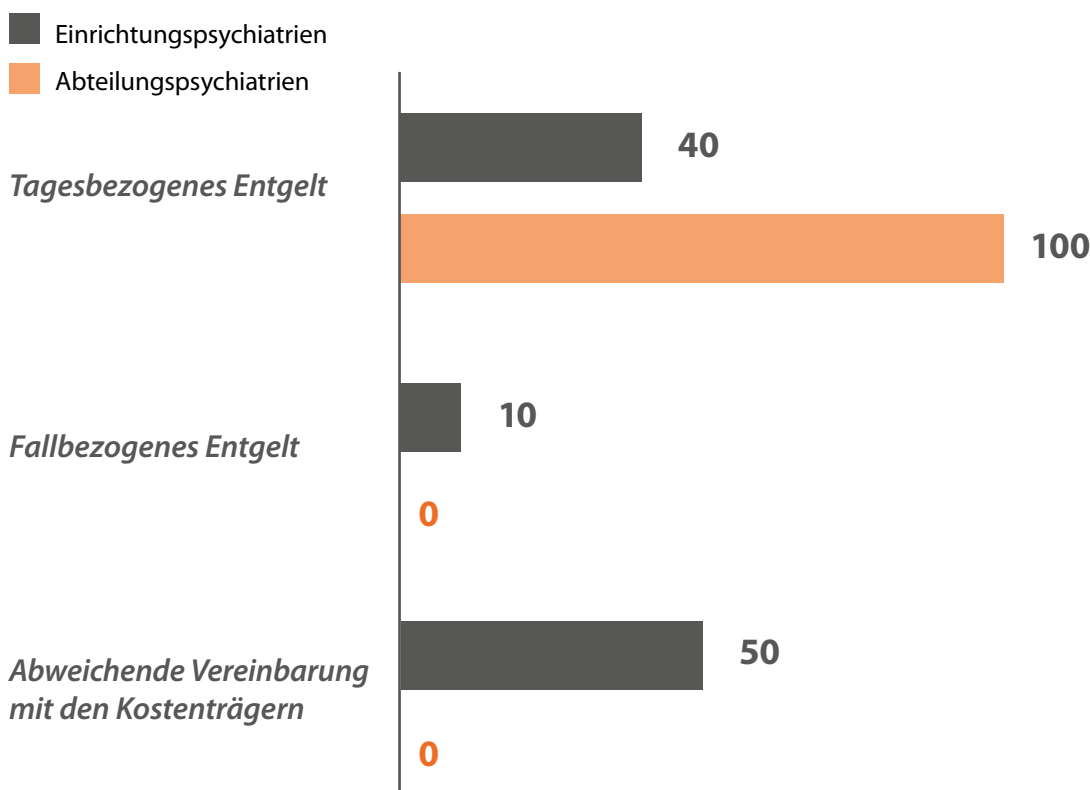
Diejenigen Krankenhäuser, die 2019 stationsäquivalente Behandlung angeboten haben, wurden danach gefragt, wie die entsprechenden Leistungen vergütet wurden.

Bei der Vergütung für die stationsäquivalente Behandlung zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Abteilungs- und den Einrichtungspsychiatrien (**Abb. 36**). Alle Abteilungspsychiatrien, die diese Behandlungsform anbieten, erhalten ein tagesbezogenes Entgelt je Patient für die Behandlung.

Bei den Einrichtungspsychiatrien erhalten 40 % der Häuser eine entsprechende Vergütung.

Die Hälfte der psychiatrischen Fachkrankenhäuser hat stattdessen eine abweichende Vereinbarung mit den Kostenträgern abgeschlossen. Am häufigsten wurden hier zum einen eine stundenbezogene Vergütung, zum anderen das unbewertete PEPP-Entgelt in Höhe von 200 Euro je Behandlungstag angegeben.

Abb. 36 Wenn Sie stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V anbieten, wie sieht die Vergütung dieser Leistungen aus? (Krankenhäuser mit stationsäquivalenter Behandlung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020



7.3 Behandelte Patienten

Im Durchschnitt (Median) wurden 2019 rund 70 Patienten je Krankenhaus stationsäquivalent behandelt. Die Zahl der einbezogenen Patienten variiert deutlich zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien.

In den Abteilungspsychiatrien kamen im Mittel (Median) 13 Patienten in eine stationsäquivalente Behandlung. In den Einrichtungspsychiatrien lag der entsprechende Wert bei 79 Patienten.

Im Hinblick auf einen Vergleich der in der stationsäquivalenten Behandlung einbezogenen Patientengruppen wurden die Einrichtungen um eine Kategorisierung der Patienten entsprechend der Behandlungsbereiche der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) gebeten (**Abb. 37**).

Es wurde somit nach den folgenden Patientengruppen gefragt: Erwachsenenpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankte, Gerontopsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Sowohl in den Abteilungs- als auch in den Einrichtungspsychiatrien stellen Patienten aus der Erwachsenenpsychiatrie den Großteil derjenigen dar, die im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung versorgt werden.

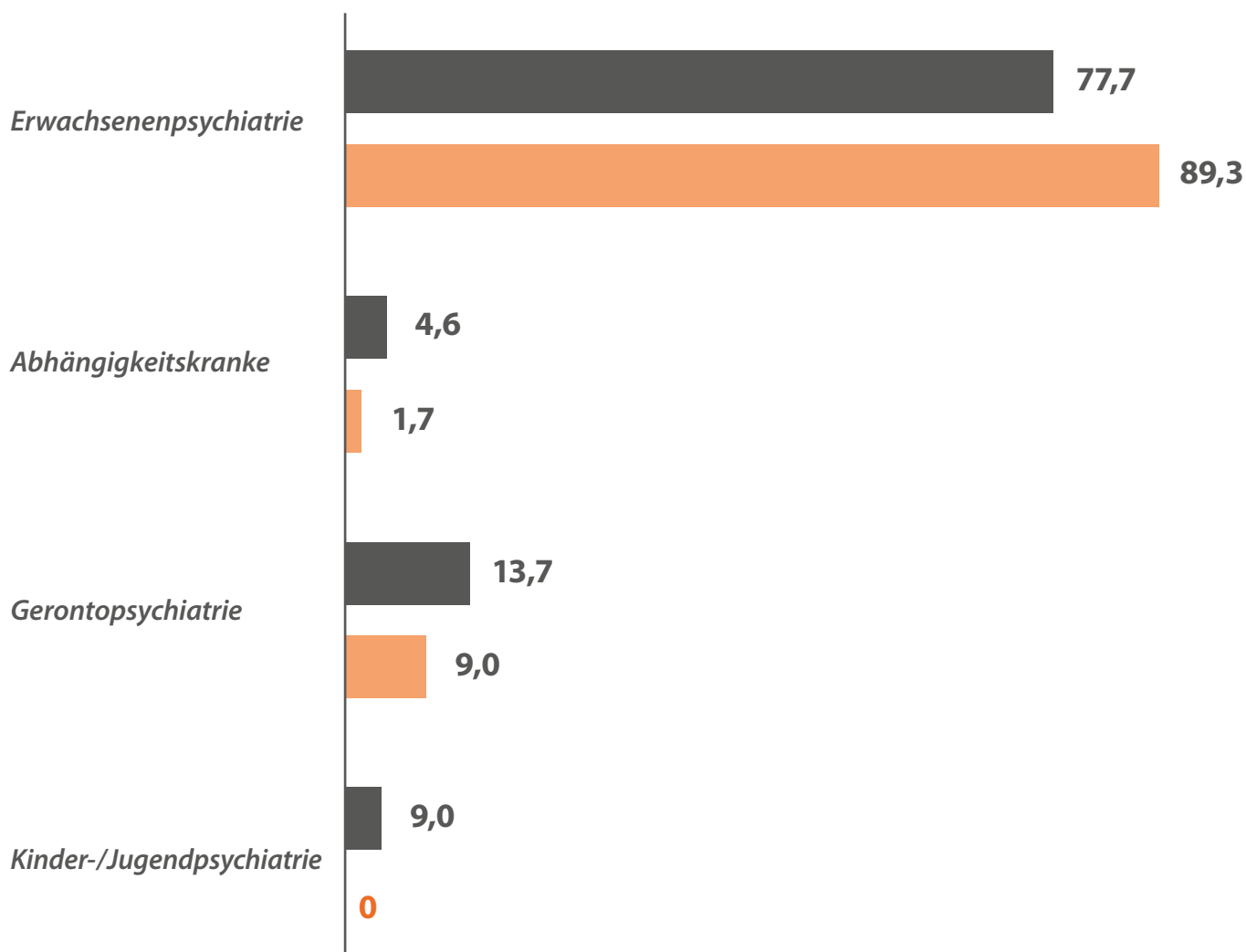
Deutlich geringer ist der Anteil der gerontopsychiatrischen Patienten, die einbezogen werden.

Abhängigkeitskranke spielen in den Abteilungspsychiatrien so gut wie keine Rolle (2 %). In den Einrichtungspsychiatrien liegt der Anteil der in der stationsäquivalenten Behandlung befindlichen Abhängigkeitskranken bei rund 5 %.

Lediglich in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern werden auch Kinder und Jugendliche in diese neue Behandlungsform einbezogen. Deren Anteil an allen einbezogenen Patienten liegt bei 4 %.

Abb. 37 *Wie hoch war im Jahresdurchschnitt 2019 der Anteil der Patienten, die in der stationsäquivalenten Behandlung behandelt werden?*
(Patienten in %)

■ Einrichtungspsychiatrien
■ Abteilungspsychiatrien



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

7.4 Zusammensetzung des Behandlungsteams

Die **Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V** regelt in § 8 die Zusammensetzung des Behandlungsteams für die stationsäquivalente Behandlung.

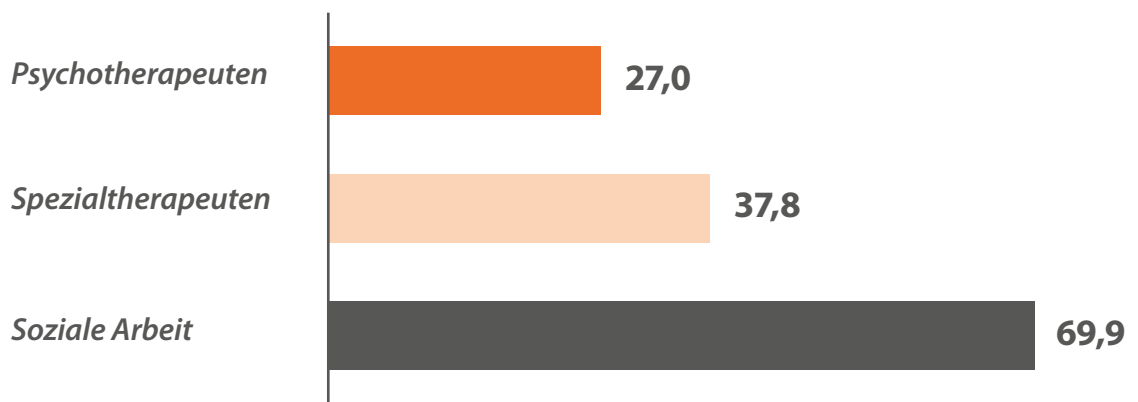
Demnach besteht ein Team aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten. Die Berufsgruppe des dritten Teammitgliedes kann frei gewählt werden.

In mehr als zwei Dritteln der Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlung anbieten, gehören zum Behandlungsteam Vertreter der Berufsgruppe Soziale Arbeit (**Abb. 38**).

In 38 % der Krankenhäuser sind Spezialtherapeuten und in 27 % Psychotherapeuten Mitglieder des Behandlungsteams.

Es liegen keine Unterschiede in der Zusammensetzung zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien vor.

Abb. 38 Welche weitere(n) Berufsgruppe(n) sind in Ihrem Hause Mitglied des Behandlungsteams? (Krankenhäuser mit stationsäquivalenter Behandlung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

7.5 Festlegung von Ausschlusskriterien

In der **Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V** werden Ausschlusskriterien für die Teilnahme von Patienten an dieser Behandlungsform benannt.

Diese Ausschlusskriterien sind bindend für die Krankenhäuser, die die stationsäquivalente Behandlung anbieten.

Darüber hinaus können die Krankenhäuser für sich selbst Ausschlusskriterien definieren, um sich zielgerichteter auf bestimmte Patientengruppen konzentrieren zu können.

Aus diesem Grunde wurden die Häuser danach gefragt, ob sie für ihr Haus Ausschlusskriterien formuliert haben, die über die Festlegungen der Vereinbarung hinausgehen.

Abb. 39 Haben Sie für Ihr Krankenhaus Ausschlusskriterien, die über die „Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ hinausgehen, festgelegt?
(Krankenhäuser mit stationsäquivalenter Behandlung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Von den Abteilungspsychiatrien mit stationsäquivalenter Behandlung haben zwei Drittel eigene Ausschlusskriterien definiert. In den Einrichtungspsychiatrien erfolgte das nur in etwas mehr als einem Drittel der Häuser.

Die Häuser, die Ausschlusskriterien festgelegt haben, nannten zwei verschiedene Kriterien:

- Die Entfernung zum Lebensumfeld des Patienten und
- die Fremd- und Selbstgefährdung des Patienten.

Das Kriterium der Fremd- und Selbstgefährdung haben alle Einrichtungen, die Ausschlusskriterien festgelegt haben, aufgeführt. Die Entfernung zum Lebensumfeld des Patienten wurde von allen Einrichtungspsychiatrien und der Hälfte der Abteilungspsychiatrien festgelegt.

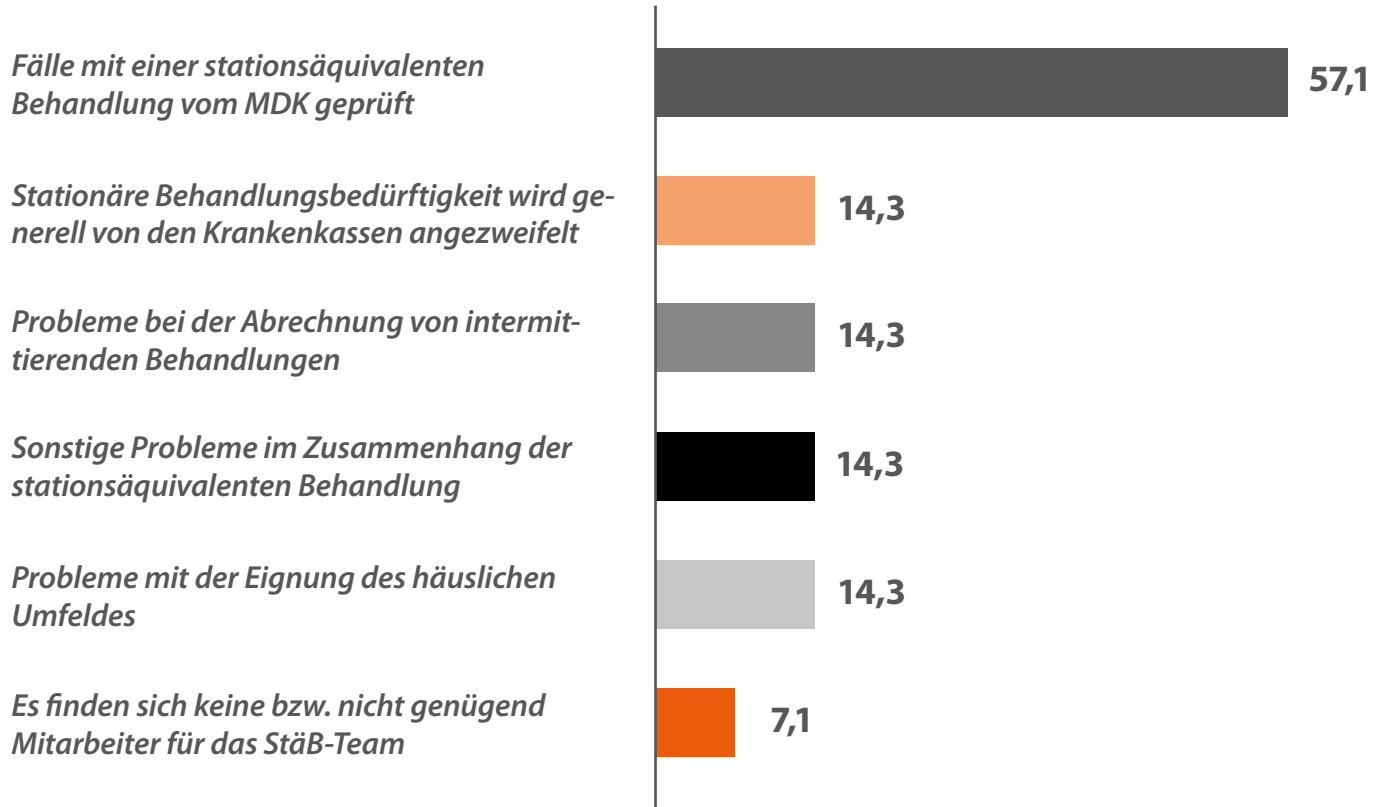
7.6 Probleme im Zusammenhang mit der Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung

Bei einer relativ neuen Behandlungsform wie der stationsäquivalenten Behandlung treten häufig Anfangsschwierigkeiten auf. Ob Probleme auftraten und, falls ja, welche, wurden die Krankenhäuser gefragt (**Abb. 40**).

Standardmäßig tritt in 57 % der Häuser mit stationsäquivalenter Behandlung das Problem auf, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Fälle prüft.

Die anderen genannten Probleme wurden nur von wenigen Krankenhäusern erwähnt.

Abb. 40 Treten in Ihrem Krankenhaus folgende Probleme im Zusammenhang der stationsäquivalenten Behandlung standardmäßig auf? (Krankenhäuser mit stationsäquivalenter Behandlung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

7.7 Gründe für die Nicht-Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung

Diejenigen Krankenhäuser, die keine stationsäquivalente Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung angeboten haben, wurden nach den wesentlichen Gründen gefragt, die aus ihrer Sicht gegen eine Implementierung dieses neuen Angebotes sprachen (**Abb. 41**).

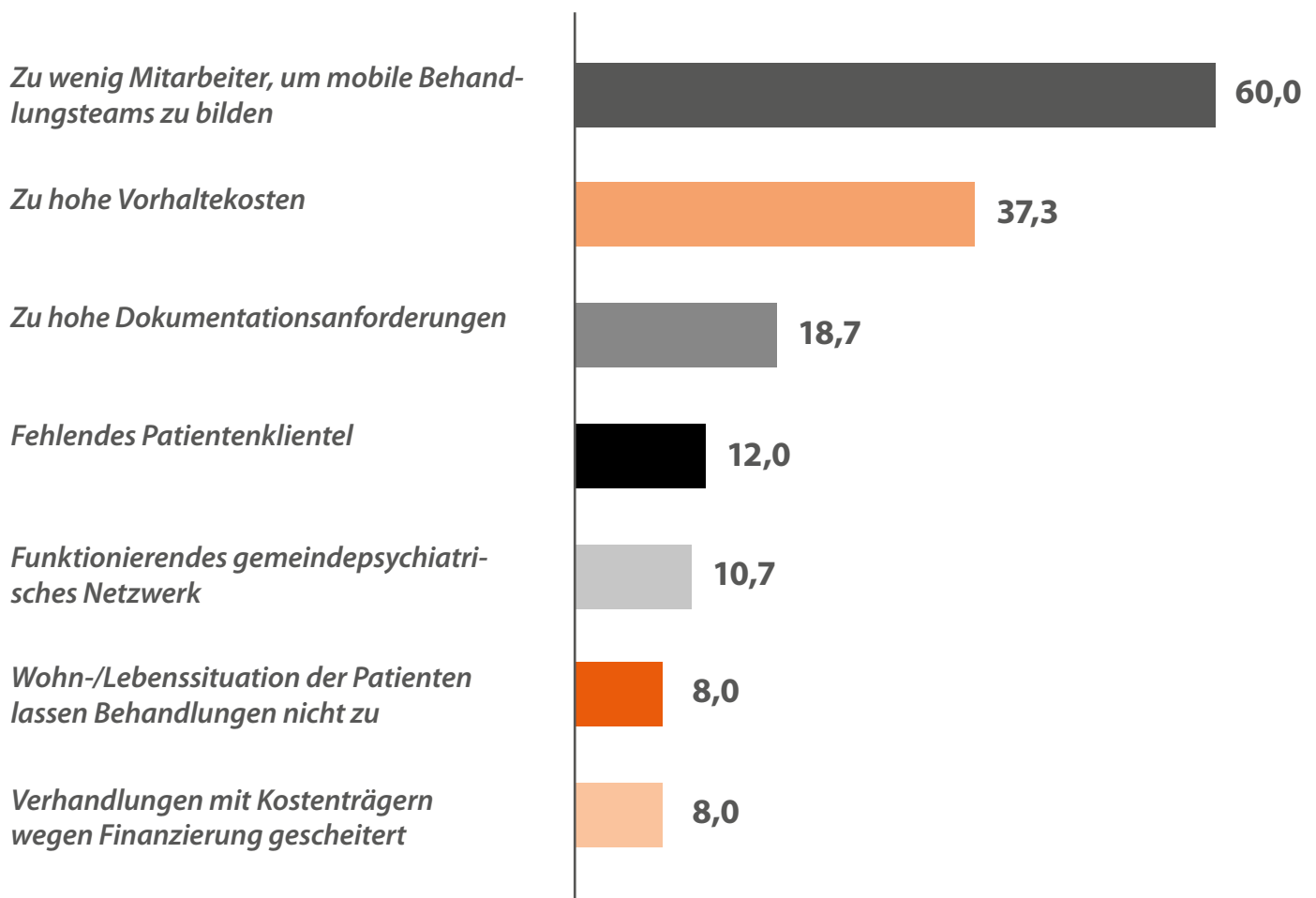
Drei Fünftel der Krankenhäuser nannten als Grund das fehlende Personal, um mobile Behandlungsteams bilden zu können. Für rund drei Viertel der Abteilungspsychiatrien war das ein Grund, diese neue Behandlungsform nicht anzubieten.

Bei den Einrichtungspsychiatrien gab dies fast die Hälfte der Einrichtungen an.

An zweiter Stelle der Gründe, die gegen eine Teilnahme sprechen, wurden die hohen Vorhaltekosten der stationsäquivalenten Behandlung genannt. Von mehr als einem Drittel der Häuser (37 %) wurde dieser Grund genannt.

Die weiteren Gründe für die Nicht-Implementierung der stationsäquivalenten Behandlung folgen erst mit weitem Abstand, wobei die hohen Dokumentationsanforderungen mit fast 19 % der Nennungen an dritter Stelle stehen.

Abb. 41 Was sind die wesentlichen Gründe, weshalb Ihr Krankenhaus keine stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V anbietet? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

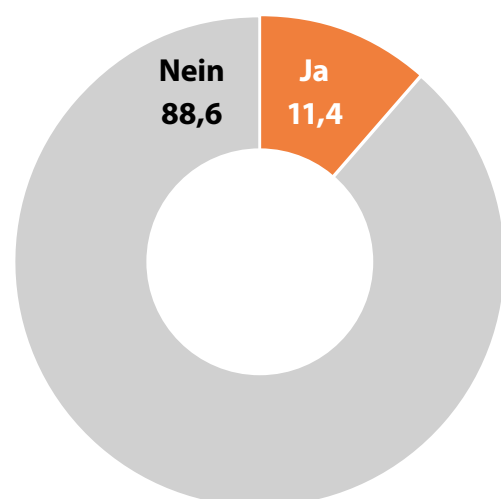


7.8 Beauftragung von anderen Leistungsanbietern

Gemäß § 10 der **Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V** kann das zuständige Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

Nur eine Minderheit von 11 % der Krankenhäuser beauftragt weitere Leistungserbringer mit Aufgaben im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung. Wenn eine Beauftragung erfolgt, so erfolgt sie in mehr als drei Viertel der Fälle von Einrichtungspsychiatrien. In etwas mehr als einem Fünftel der Beauftragungen geht sie von Abteilungspsychiatrien aus.

Abb. 42 Beauftragen Sie weitere Leistungserbringer mit Aufgaben im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

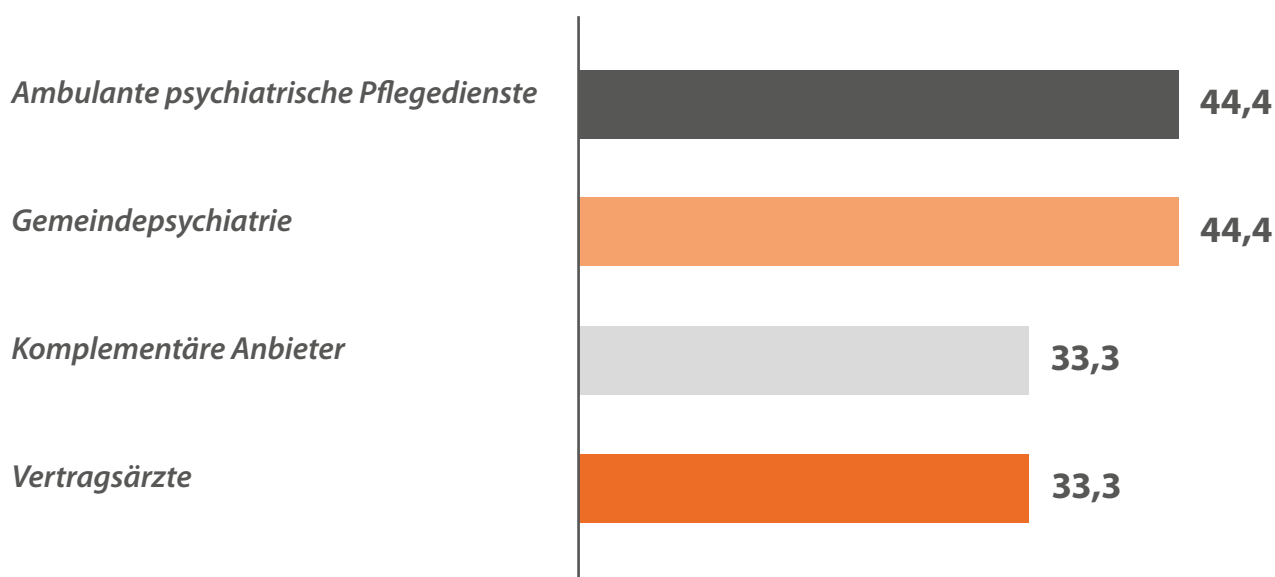
Erfolgt seitens der Abteilungspsychiatrien eine Beauftragung von weiteren Leistungsanbietern, so haben diese Abteilungspsychiatrien selbst 2019 keine stationsäquivalente Behandlung angeboten.

Bei den Einrichtungspsychiatrien sieht das anders aus. Über die Hälfte der Einrichtungspsychiatrien, die weitere Leistungsanbieter beauftragen, haben 2019 selbst stationsäquivalente Behandlungen angeboten.

Beauftragt von den Krankenhäusern wurden ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, komplementäre Anbieter sowie Vertragsärzte (**Abb. 43**).

Obwohl gemäß Vereinbarung möglich, wurde kein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus beauftragt.

Abb. 43 Welche weiteren Leistungserbringer haben Sie eingebunden?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

8 TAGESKLINIKEN



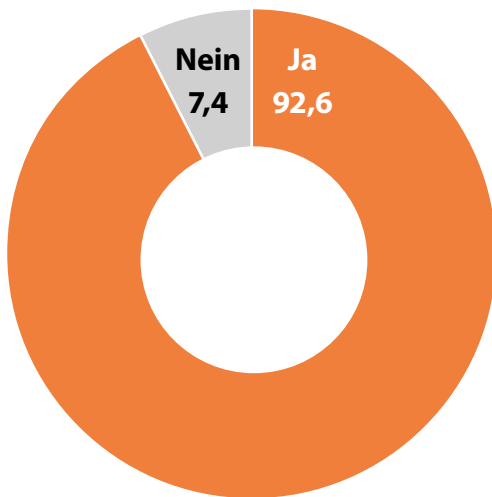
Eine medizinische Versorgung von Patienten kann nicht nur vollstationär, sondern auch teilstationär erfolgen. Es erfolgt eine medizinische Versorgung sowie – im Falle von Tageskliniken – Unterbringung und Verpflegung nur tagsüber.

„Die tagesklinische Behandlung hat sich zu einem Standardverfahren bei fast allen psychischen Störungen entwickelt. Sie orientiert sich inhaltlich an fachlichen und störungsbezogenen Leitlinien (z. B. DGPPN) und einer jahrzehntelangen guten Praxis. Insgesamt handelt es sich um eine ärztlich geleitete und verantwortete Heilbehandlung, die zeitlich limitiert, geplant und zielgerichtet verläuft. Sie richtet sich ausschließlich an Patienten mit belangvollen psychischen Gesundheitsstörungen. Die Behandlung wird praktisch durch ein multiprofessionelles Team ausgeführt.“ (Eikermann, 2010)

Im Rahmen des Psychiatrie Barometers 2019/2020 sollten einige wesentliche Charakteristika der Tageskliniken an Einrichtungen der Psychiatrie betrachtet werden (vgl. für frühere Daten Hopf H, Diebels E, 2017).

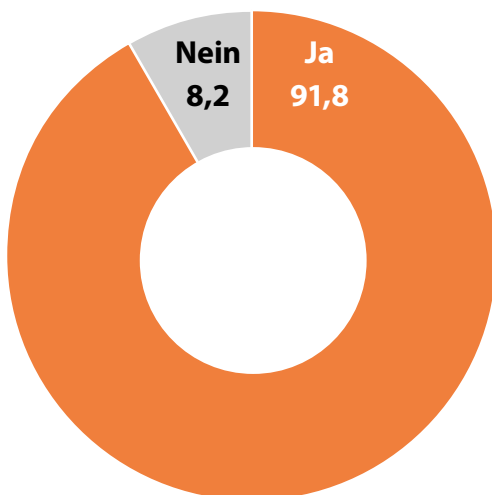
8.1 Tagesklinische Plätze und Auslastung

Abb. 44 Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere Tagesklinik/en? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 45 Gibt es eine Warteliste für die Aufnahme von Patienten in der Tagesklinik? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, ob sie über eine oder mehrere Tagesklinken verfügen.

Rund 93 % der Häuser verfügen über eine oder mehrere Tagesklinken (**Abb. 44**). Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien unterscheiden sich hierbei nur sehr geringfügig.

Im Mittel (Median) liegen 44 Plätze je Tagesklinik vor. In den Abteilungspsychiatrien ist die Zahl mit durchschnittlich (Median) 30 Plätzen deutlich geringer als in den Einrichtungspsychiatrien, wo die mittlere Anzahl (Median) der in den Tagesklinken vorhandenen Plätze bei 62 liegt.

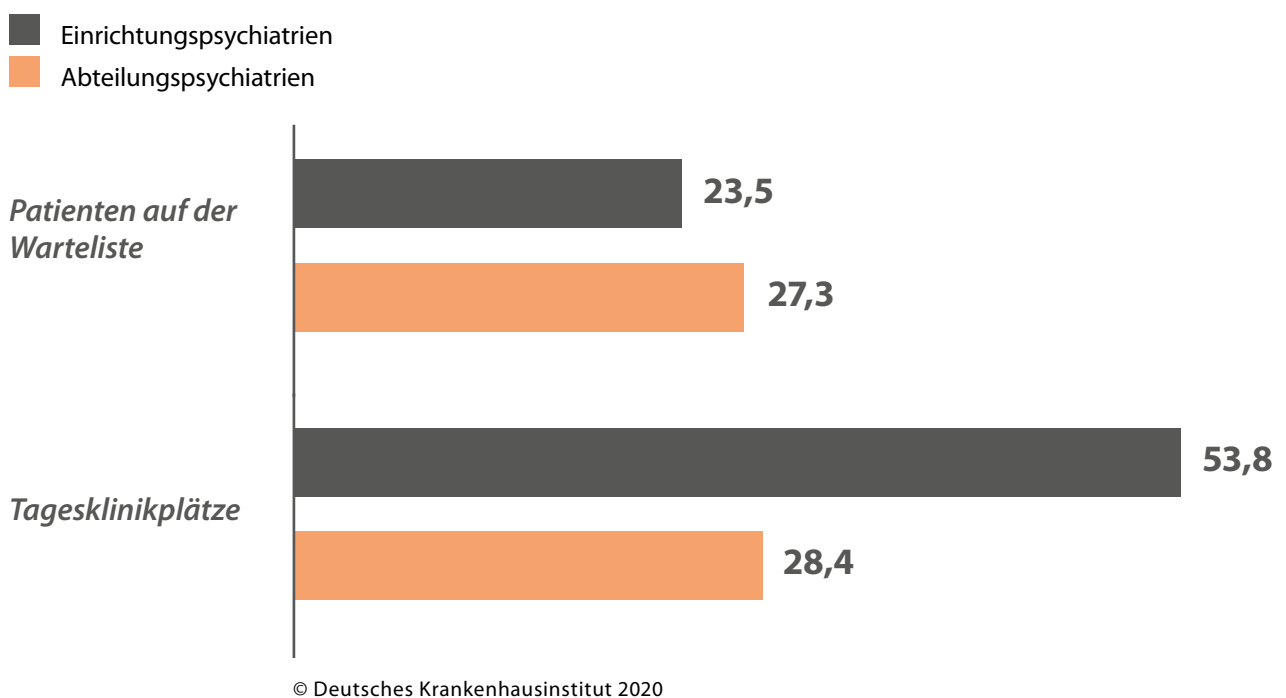
Die jahresdurchschnittliche Auslastung der Tagesklinken liegt im Mittel (Median) bei 98 %. Hier unterscheiden sich Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien nicht. In beiden Einrichtungsarten liegt eine gleich hohe Auslastung der Tagesklinken vor. Ein Viertel der Tagesklinken hat eine Auslastung über 100 %.

Aufgrund der hohen Auslastung bestehen in fast allen Tagesklinken Wartelisten (**Abb. 45**).

Die Situation, dass Patienten auf eine tagesklinische Behandlung warten müssen, hat sich seit 2013 verschlechtert (**Abb. 46**). Seit dieser Zeit ist die Anzahl der Patienten, die auf einer Warteliste stehen, gestiegen. In den Einrichtungspsychiatrien waren zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel 23 % mehr Patienten auf einer Warteliste. Eine noch stärkere Steigerung liegt bei den Abteilungspsychiatrien vor. Dort stieg die Zahl der Patienten auf einer Warteliste um 27 %.

Die Zahl der Patienten auf einer Warteliste stieg zwischen 2013 und 2020 deutlich an, obgleich auch die Zahl der Tagesklinikplätze sich deutlich erhöht hat. Die Abteilungspsychiatrien haben heute rund 28 % tagesklinische Plätze mehr als noch 2013. Bei den Einrichtungspsychiatrien ist die Steigerung noch deutlicher: die Zahl der Tagesklinikplätze stieg im Mittel um fast 54 % an.

Abb. 46 Wie hat sich die Tagesklinik seit 2013 entwickelt?
(Tagesklinikplätze in %, Patienten auf einer Warteliste in %)



8.2 Patienten in den Tageskliniken

Das Statistische Bundesamt stellt in der Fachserie 12, Reihe 6.1 **Grunddaten der Krankenhäuser** Informationen über die Zahl der teilstationären Behandlungen zur Verfügung. Aus diesen Angaben geht aber nicht hervor, auf welche Behandlungsbereiche sich die tagesklinische Behandlung erstreckt.

Um einen Vergleich der in den Tageskliniken behandelten Patientengruppen durchzuführen, wurden die Einrichtungen um eine Kategorisie-

rung der Patienten entsprechend der Behandlungsbereiche der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) gebeten (**Abb. 47**).

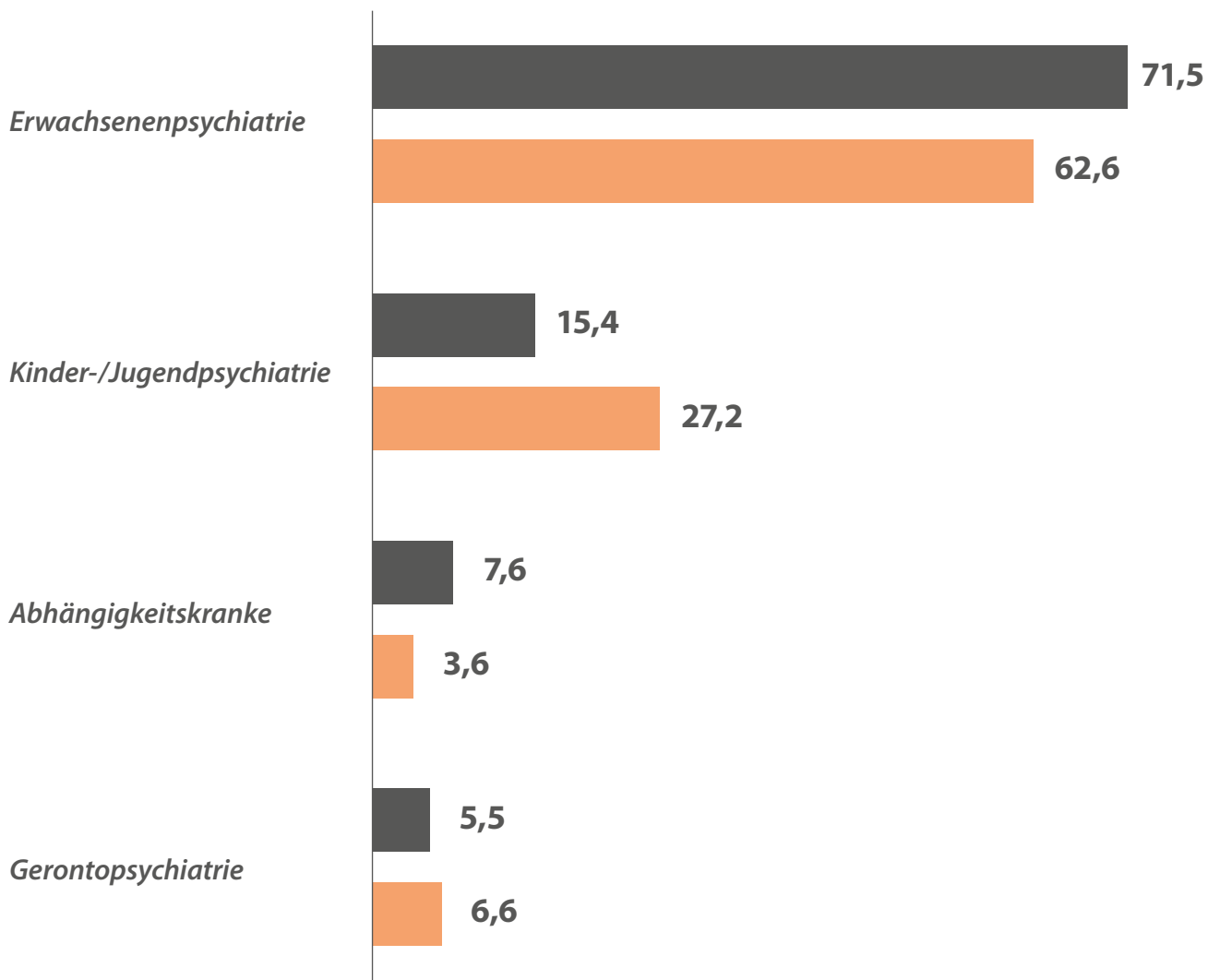
Es wurde also nach dem Anteil von Patienten aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, der Abhängigkeitserkrankten, der Gerontopsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefragt.

Erwartungskonform stammt der Großteil der Patienten aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. In den Einrichtungspsychiatrien sind 71 % der Patienten, in den Abteilungspsychiatrien rund 63 % der Patienten aus diesem Bereich.

Dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der zweitgrößte Patientenanteil zuzuordnen. Bei den Abteilungspsychiatrien liegt der Anteil mit rund 27 % höher als bei den Einrichtungspsychiatrien, wo der Anteil bei rund 15 % liegt.

Abb. 47 *Wie hoch ist im Jahresdurchschnitt der Anteil der Patienten, die in der Tagesklinik behandelt werden? (Patienten in %)*

■ Einrichtungspsychiatrien
■ Abteilungspsychiatrien



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

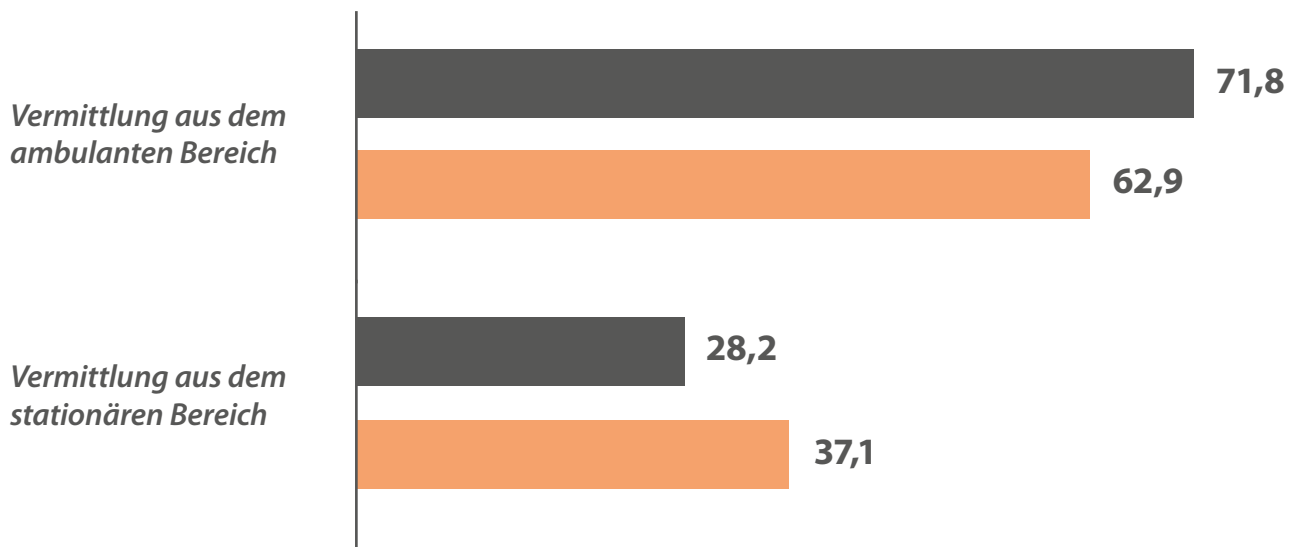
Eine Behandlung in einer Tagesklinik setzt i. d. R. eine Zuweisung aus dem stationären oder dem ambulanten Bereich voraus. Um die Größenordnung abschätzen zu können, wurden die Krankenhäuser gefragt, wie hoch der Anteil der Patienten ist, der ihnen aus den beiden Bereichen vermittelt wird.

Der Großteil der in den Tageskliniken behandelten Patienten kommt über den ambulanten Bereich.

In den Einrichtungspsychiatrien liegt der Anteil bei rund 72 %, in den Abteilungspsychiatrien bei rund 63 %. Aus dem stationären Bereich stammen damit 28 % bei den Einrichtungspsychiatrien und 37 % bei den Abteilungspsychiatrien (**Abb. 48**).

Der Anteil der Patienten, die eine Behandlung in der Tagesklinik abbrechen, liegt jahresdurchschnittlich bei 5 % (Median).

Abb. 48 Wie hoch ist der durchschnittliche Anteil der Patienten in der Tagesklinik, die aus dem stationären oder dem ambulanten Bereich an die Tagesklinik vermittelt werden? (Patienten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

8.3 Öffnungszeiten der Tageskliniken

Der Großteil der Tageskliniken, nämlich 72 %, öffnet an Werktagen um 8 Uhr (**Abb. 49**). Noch früher beginnen rund 20 % der Tageskliniken, wobei eine Öffnungszeit um 6 Uhr nur in einem Einzelfall vorkam. Rund 85 % der Tageskliniken schließen zwischen 16 und 17 Uhr (**Abb. 50**).

Abb. 49 Öffnungszeiten an Werktagen von ...

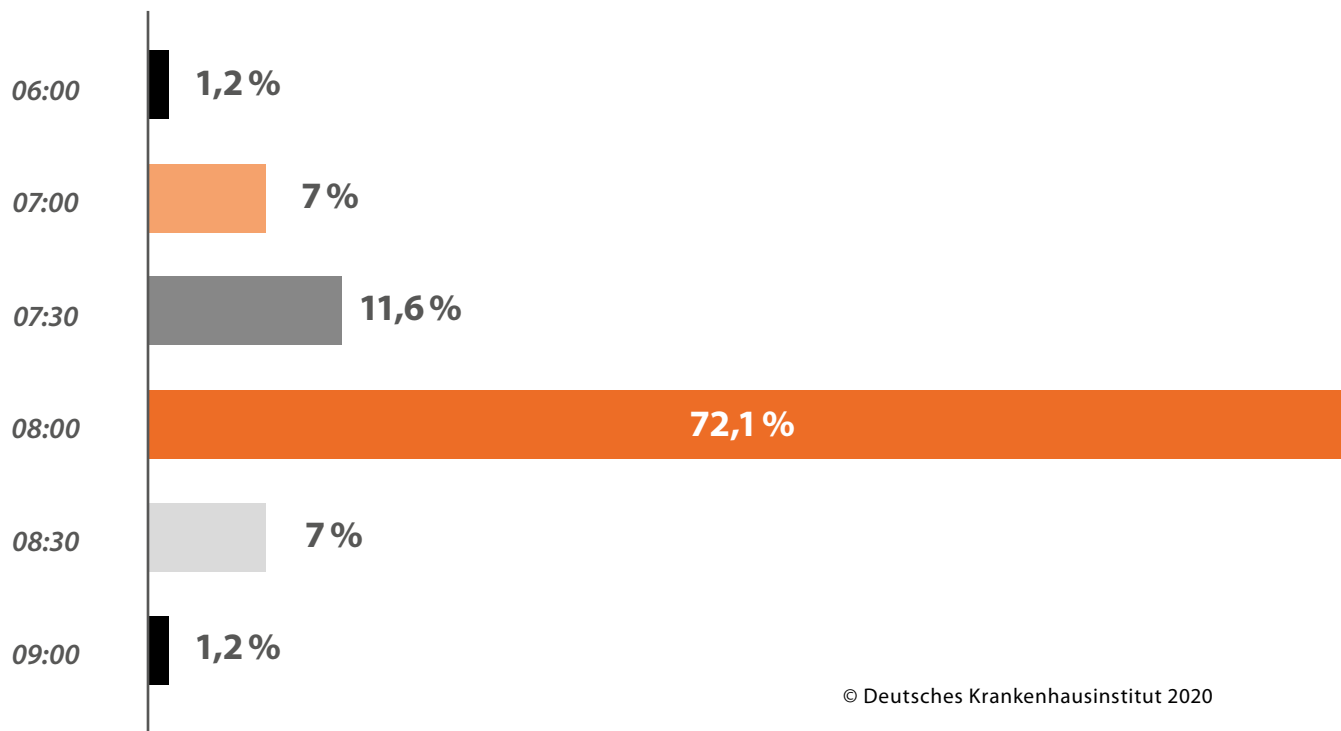


Abb. 50 Öffnungszeiten an Werktagen bis ...

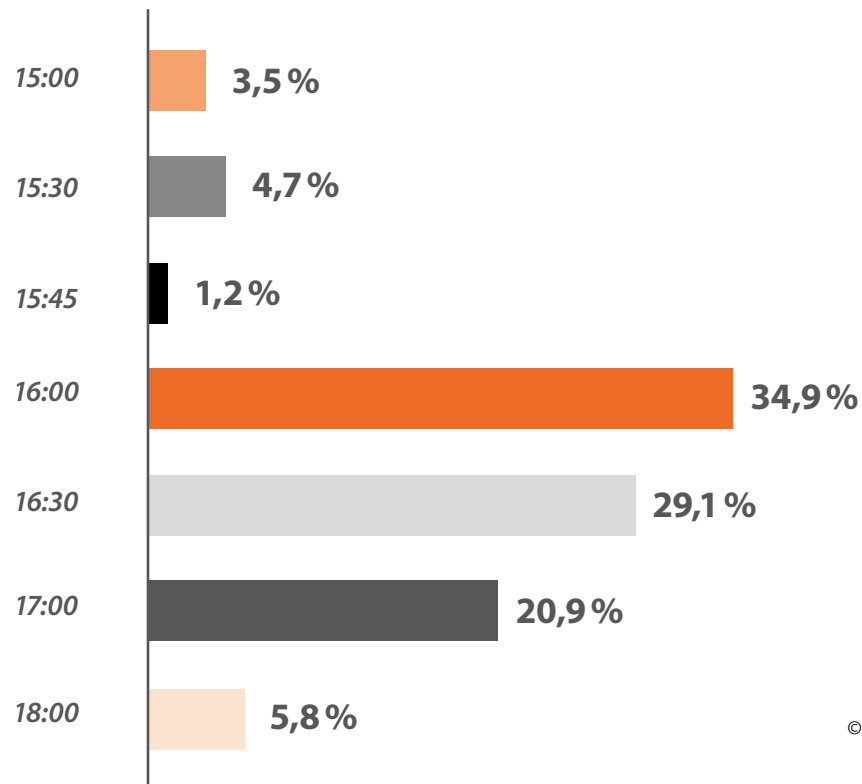
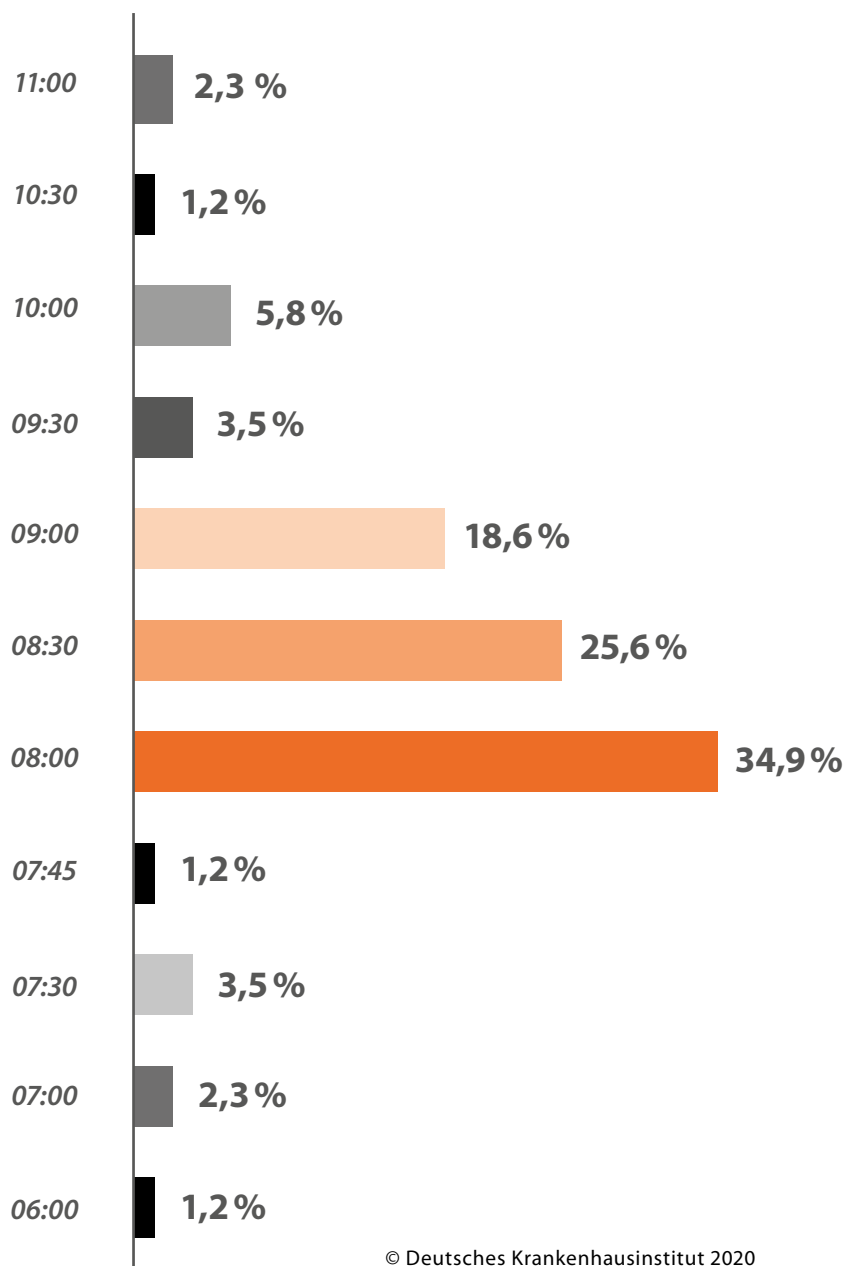


Abb. 51 Länge der Öffnungszeiten der Tageskliniken an Werktagen

Weniger als 10 % der Tageskliniken beenden ihre Behandlung früher. An Werktagen wird in rund 6 % erst gegen 18 Uhr geschlossen.

Mehr als ein Drittel der Tageskliniken hat an Werktagen 8 Stunden geöffnet. In 79 % umfasst die tägliche Öffnungszeit zwischen 8 und 9 Stunden. In fast 13 % der Tageskliniken wird aber auch länger als 9 ½ Stunden an Werktagen behandelt.

Nur rund 3 % der Tageskliniken haben auch an Samstagen geöffnet, ggf. häufig mit deutlich reduzierten Öffnungszeiten von 4 Stunden.



8.4 Umsetzung von innovativen Konzepten in den Tageskliniken

Die Krankenhäuser sollten angeben, ob sie in den letzten Jahren innovative Konzepte in ihrer Tagesklinik umgesetzt haben.

Rund 39 % der teilnehmenden Krankenhäuser mit Tageskliniken haben Innovationen in den letzten Jahren umgesetzt. Bei den Allgemeinkrankenhäusern mit Tageskliniken liegt der Anteil derjenigen, die neue Konzepte ausprobiert haben, bei rund 47 %. Ein Drittel der psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit Tageskliniken setzte innovative Konzepte um.

Die Krankenhäuser sollten auch die von ihnen durchgeführten Konzepte benennen. Insgesamt 57 innovative Konzepte wurden genannt.

Die genannten Innovationen haben eine große Spannweite. Sie reichen von der Einführung eines neuen Schwerpunktes (z. B. Gerontopsychiatrie), organisatorischen Änderungen (z. B. 7-Tages-Tagesklinik) bis hin zu spezifischen Therapieangeboten (z. B. Multifamilientherapie). In der nachfolgenden Tabelle sind die von den Krankenhäusern benannten innovativen Konzepte aufgeführt:

Tabelle 1: Innovatives Konzept	
7-Tages-Tagesklinik	
Abteilungsbezogene Tagesklinik mit fachspezifischer Behandlung	
Akuttagesklinik max. Verweildauer 14 Tage	
Akut-Tagesklinik	
STEP: Stationär-teilstationäre Entzugsprogramm; stationäre Patienten nehmen vorübergehend am Tagesklinik-Programm teil, bis vollständige Verlegung möglich ist	
Eröffnung einer neuen Tagesklinik in Kooperation mit einem anderen Krankenhaus	
Etablierung einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik	
Etablierung einer suchtspezifischen Gruppe	
Adoleszentenbetreuung	
Allgemeine Psychiatrie: Integration stationärer, teilstationärer, ambulanter Behandlungsmodule in „TRACK“-Stationen	
Demenz-Tagesklinik	
erweitertes Gruppentherapieangebot für strukturschwache Patienten	
integrierte Tagesklinik	
Sofortaufnahme möglich	
regionales Budget/Modell vorhanden nach § 64 b SGB V	
interne und externe Supervision	
teilstationärer Alkoholentzug	
Standard für Aufklärungsbögen	
Aspekte von Multifamilientherapie MFT	
Vernetzung von teilstationärer und stationärer Therapieangeboten (KJP)	
Multifamilien-Therapie	
Multifamilientherapie in der KJP	
Familienpsychiatrisches Kooperationsprojekt mit Kinder- u. Jugendpsychiatrie	
Familientherapietage	
Gemischte Gruppe Kinder und Jugendliche	
KJP, ab 6 Jahren, intensive Familienarbeit, u.a. bei hyperkinetischen/Autismus-Spektrum-Stör.	
Starke Eltern, starke Kinder	
systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	

Dialektisch-Behaviorale Therapie
Dialektisch-Behaviorale Therapie-A Schwerpunkt
Dialektisch-Behaviorale Therapie-Anteile
Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie
Acceptance u. Commitment Therapy (ACT)
Achtsamkeitsbasierte Psychotherapiebausteine
Gruppentherapie Achtsamkeitsübungen und Entspannungsverfahren
Adherence-Therapie
Anti-Aggressionstraining für Kinder
Ich schaff's (systemisches Teilprojekt)
Ich schaff's-Programm v. Benno Fuhrmann
berufliche Wiedereingliederung bei arbeitsplatzbezogenen Störungen
Berufsleben und Gesundheit (Psychosomatik)
CbASP
Diätberatung bei Psychopharmakotherapie
Gesamtes psychiatrisches Krankheitsspektrum
Konzept „Trennung emotionale Kompetenzen“
metakognitives Training (MKT)
Milieugestaltung
Recovery-orientierte Ansätze
spezifische Diagnostik
stärkere Nutzung von Gruppen-PT
Start-now-Konzept
Stockkampf als bewegungstherapeutischer Ansatz zum Umgang mit Aggressivität
Sucht: tagesklinisches qualifiziertes Entzugsprogramm Sucht-Klinik
Suchtspezifisches Tagesklinik-Konzept
TEK eingeführt
Till Tiger (Trainingskonzept für Kinder und Jugendliche bei sozialer Ängstlichkeit, sozialer Unsicherheit, Trennungsangst)
Verselbstständigungsgruppe -> 4 - 6 Wochen 1 Tag TK pro Woche

LITERATURVERZEICHNIS

Eikermann B (2010): Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. Nervenarzt 81:355–365.

Hopf H, Diebels E (2017): Merkmale und Praxis psychiatrischer Tageskliniken in Deutschland. Psychiatrische Praxis 44: 228–233.

Statistisches Bundesamt (2018):
Grunddaten der Krankenhäuser, abgerufen am 15.10.2020
finden Sie [hier](#).

Bildnachweis: Alle Fotos www.stockadobe.com

Seite 08: ©spotmatikphoto, #124928348, Seite 10: ©WavebreakMediaMicro, #130515474, Seite 14: ©upixa, #248343120, Seite 21: ©upixa, #248344038,
Seite 27: ©A Stockphoto, #313361358, Seite 34: ©Photographiee.eu, #57646347, Seite 37: ©fotogestoeber, #320442736, Seite 48: ©Halfpoint, #180727580,
Seite 54: ©Viacheslav Iakobchuk, #129287391, Seite 56: ©Pixel Shot, #254343661

