



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT



PSYCHIATRIE BAROMETER

Umfrage 2022/2023

INHALT

SEITE	KAPITEL
5	Einleitung
6	1 Wirtschaftliche Lage
7	1.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation
8	1.2 Beurteilung der Liquiditätssituation
9	1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen
10	1.4 Erhöhung der Energiepreise
11	1.5 Refinanzierung der Kostensteigerungen und Rücklagen
12	2 Fachkräftemangel und Veränderungen der Personalzusammensetzung
13	2.1 Ärztlicher Dienst
14	2.2 Pflegedienst
15	2.3 Psychologischer und psychotherapeutischer Dienst
16	2.4 Stellenbesetzungsprobleme im Zeitvergleich
17	2.5 Nur in Einrichtungspsychiatrien: Sonstige Berufsgruppen
18	2.6 Honorarkräfte
19	2.7 Bedarf an akademisierten Pflegefachkräften
20	2.8 Einsatz von akademisierten Pflegefachkräften
21	3 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)
22	3.1 Netzwerke und Mitgliedschaften
23	3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben
25	3.3 Gründe für die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben
27	3.4 Änderungen am Versorgungsangebot
28	3.5 Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen
29	3.6 Anrechnung von Berufsgruppen
31	3.7 Dokumentationsaufwand
32	3.8 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

SEITE	KAPITEL
33	4 Vorbereitungen und Veränderungen durch Neuerungen in der psychotherapeutischen Weiterbildung
34	4.1 Ausbildungsplätze und Plätze für die berufsqualifizierenden Tätigkeiten
36	4.2 Aus- bzw. Weiterbildungsstrukturen
39	4.3 Fachliche Anleitung
40	4.4 Vertraglich-finanzielle Aspekte
41	4.5 Erwartete Veränderung
42	5 Stationsäquivalente Behandlung
43	5.1 Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung
44	5.2 Einfluss der Rahmenbedingungen auf die Entscheidung zur Einführung der stationsäquivalenten Behandlung
46	5.3 Interne Herausforderungen bei der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung
47	5.4 Erfahrung mit den Krankenkassen bei der Implementierung der stationsäquivalenten Behandlung
48	5.5 Auswirkungen der Corona-Pandemie
50	5.6 Interne Herausforderungen bei der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung
52	Literaturverzeichnis

Bildnachweis: Alle Fotos www.stockadobe.com
 Seite 3: #201164002, © sdecoret; Seite 6 o.: #254812787, © BestPolygon; Seite 6 u.: #419409413,
 © mpix-foto; Seite 8: #418886016, © Brian Jackson; Seite 11: #159243125, © ipopba; Seite 12:
 #407237802, © chanoom; Seite 15: #266272850, © rh2010; Seite 16: #172745118, © sveta; Seite 21:
 #285612327, © Veest Studio; Seite 26: #475808482, © Graphicroyalty; Seite 30: #560072776,
 © C Davids/peopleimages.com; Seite 33: #354389400, © chanoom; Seite 38: #393558266,
 © Gorodenkoff; Seite 42: # 287313619 © blankstock; Seite 48: #410919761, © SoniaBonet

Layout: haimel • satz & mehr, Niederkassel



Dr. Karl Blum



Melanie Filser



Robin Heber



Dr. Anna Levsen



Dr. Sabine Löffert



Dr. Matthias Offermanns



Luisa Schumacher



Sophia Siewert



Dr. Petra Steffen

Düsseldorf, im Juli 2023

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

Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das **Jahr 2022/2023 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 leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V. (VLK). Die jährlichen Ausgaben des PSYCHIATRIE Barometers sind als Download auf der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2022/2023 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Beteiligt haben sich insgesamt 270 Einrichtungen. Die Befragung wurde von Anfang November 2022 bis Ende Februar 2023 durchgeführt.

In den Auswertungen, Grafiken und Tabellen des Berichts sind Rundungsfehler in Einzelfällen möglich. Aus Platzgründen wird in den Grafiken auf eine geschlechterneutrale Sprache verzichtet und das generische Maskulinum verwendet.

Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten oder mit ausschließlich psychosomatischen Betten sowie

Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten sowie Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten oder psychosomatischen Betten werden nachfolgend als „psychiatrische Fachkrankenhäuser“ oder „Einrichtungopsychiatrien“ bezeichnet.

Diesen werden die „Allgemeinkrankenhäuser“ gegenübergestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachabteilungen vorhalten (nachfolgend auch als „Abteilungspsychiatrien“ bezeichnet). Die psychiatrischen Betten bzw. Fachabteilungen umfassen ggf. auch Betten bzw. Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Deutsche Krankenhausinstitut bedankt sich herzlich bei den Krankenhäusern, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Sie haben es auf diese Weise ermöglicht, den Bericht zu einer wichtigen Erkenntnisgrundlage und Entscheidungshilfe für all diejenigen zu machen, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen.

1

Wirtschaftliche Lage

Befeuert durch die Energiepreiskrise befindet sich die wirtschaftliche Lage in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen an einem historischen Tiefpunkt. Neben der Bewertung der wirtschaftlichen Situation sollten die Befragungsteilnehmer im **PSYCHIATRIE Barometer** 2022/2023 Auskunft zu Preiserhöhungen ihrer Energieversorger geben.

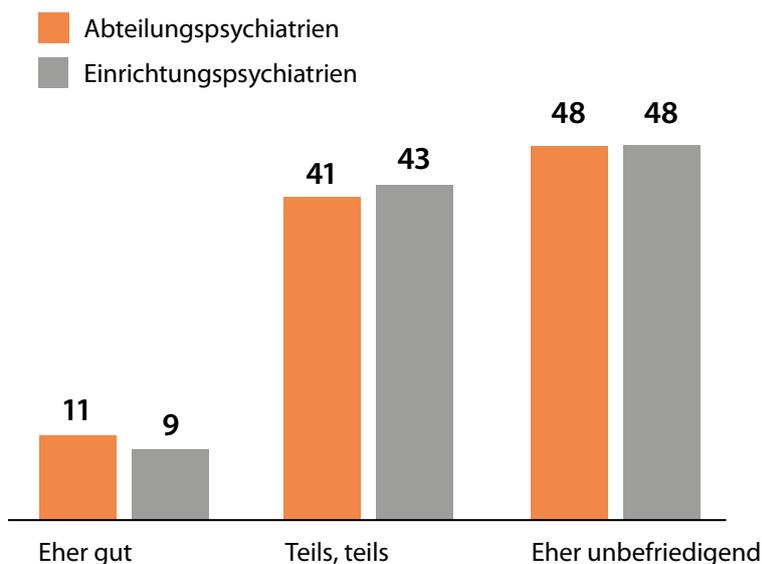


1.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2022/2023 beurteilen. 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.
01 *Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation
Jahreswende 2022/2023
(Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

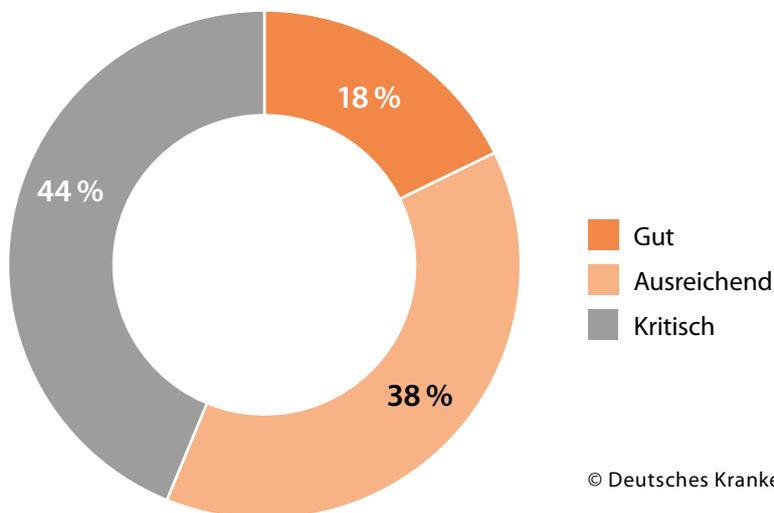
Nur 11 % (Abteilungspsychiatrien) bzw. 9 % (Einrichtungspychiatrien) beurteilten ihre wirtschaftliche Lage als gut und jeweils knapp die Hälfte (48 %) der Häuser in beiden Krankenhaustypen als unbefriedigend. Damit schätzten die psychiatrischen Einrichtungen ihre wirtschaftliche Situation zur Jahreswende 2022/2023 insgesamt noch schlechter als im Vorjahr ein. Dies betrifft insbesondere die Einrichtungspychiatrien (Ergebnisse des Vorjahres nicht dargestellt).

1.2 Beurteilung der Liquiditätssituation

Über die wirtschaftliche Gesamtsituation hinaus sollte die Liquiditätssituation bewertet werden. Spiegelbildlich zur überwiegend schlechten wirtschaftlichen Lage beurteilten 44% der psychiatrischen Einrichtungen ihre Liquiditätssituation als kritisch, 38% als ausreichend und nur 18% als gut (Abb. 2).



Abb. 02 Beurteilung der derzeitigen Liquiditätssituation (Einrichtungspychiatrien in %)



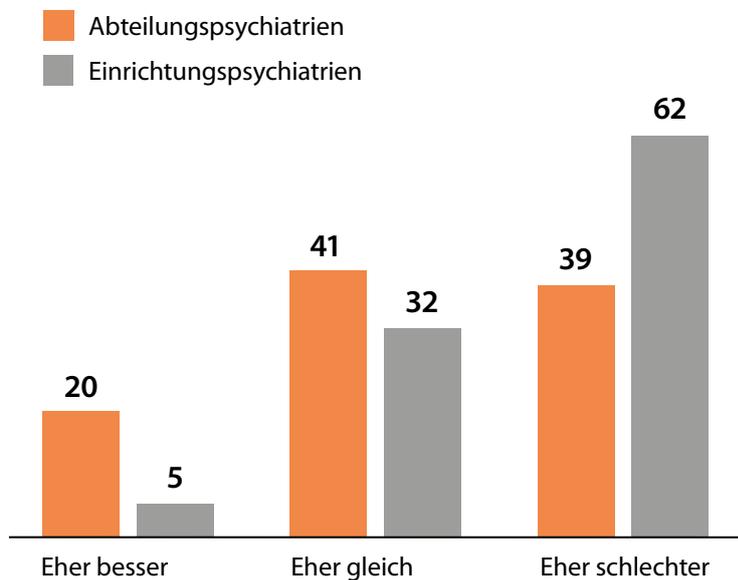
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Daneben sollten sich die Befragten auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2023 äußern. Auch diese sind überwiegend negativ, wobei die Einrichtungspsychiatrien merklich pessimistischer sind als die Abteilungspsychiatrien.

39% der Abteilungspsychiatrien und 62% der Einrichtungspsychiatrien erwarten für 2023 eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. Auf der anderen Seite gehen 20% der Abteilungspsychiatrien und 5% der Einrichtungspsychiatrien von einer Verbesserung aus. Die übrigen Einrichtungen erwarten keine Veränderungen ihrer wirtschaftlichen Situation (**Abb. 3**).

Abb.
03 *Wirtschaftliche Erwartungen für das Jahr 2023*
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

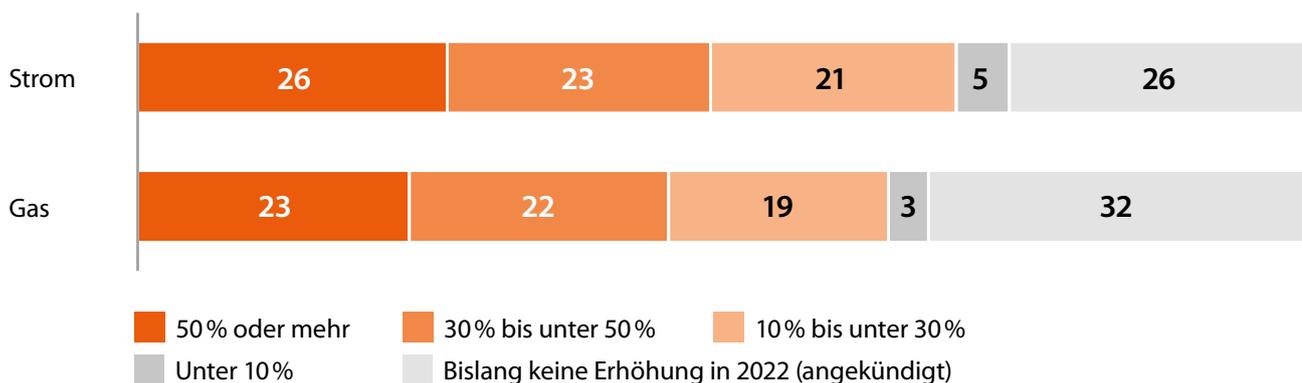
1.4 Erhöhung der Energiepreise

Angesichts der Energiekrise erhöht sich der Kostendruck auf die Krankenhäuser. Im Folgenden werden die (angekündigten) Preiserhöhungen im Jahr 2022 für die Energiequellen Strom und Gas der Einrichtungspsychiatrien dargestellt (**Abb. 4**).

Bei der Energiequelle Strom fallen die (angekündigten) Preiserhöhungen recht unterschiedlich aus. So haben 26 % der Befragten von (zukünftigen) Preiserhöhungen in Höhe von 50 % oder mehr berichtet. 23 % der Einrichtungspsychiatrien gaben an, dass sie (zukünftige) Preiserhöhungen von 30 % bis unter 50 % zahlen müssen. 21 % der Befragten berichteten von Preiserhöhungen von 10 % bis unter 30 %. 26 % hatten im Jahr 2022 keine (angekündigten) Preiserhöhungen.

88 % der befragten Einrichtungspsychiatrien bezogen im Jahr 2022 die Energiequelle Gas. 23 % gaben an, dass im Jahr 2022 Preiserhöhungen von 50 % oder mehr stattfanden oder angekündigt wurden. 22 % der Einrichtungspsychiatrien berichteten von (zukünftigen) Preiserhöhungen von 30 % bis unter 50 %. 19 % der Befragten müssen (zukünftig) Preiserhöhungen in Höhe von 10 % bis unter 30 % zahlen. Bei 32 % der Befragten wurden zum Erhebungszeitpunkt noch keine Preiserhöhungen für das Jahr 2022 angekündigt oder vorgenommen.

Abb. 04 Hat Ihr Versorger die Energiepreise im Jahr 2022 bereits erhöht oder Preiserhöhungen angekündigt? Falls ja, um wieviel Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum? (ggf. realitätsnahe Schätzung) (Einrichtungspsychiatrien in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

1.5 Refinanzierung der Kostensteigerungen und Rücklagen

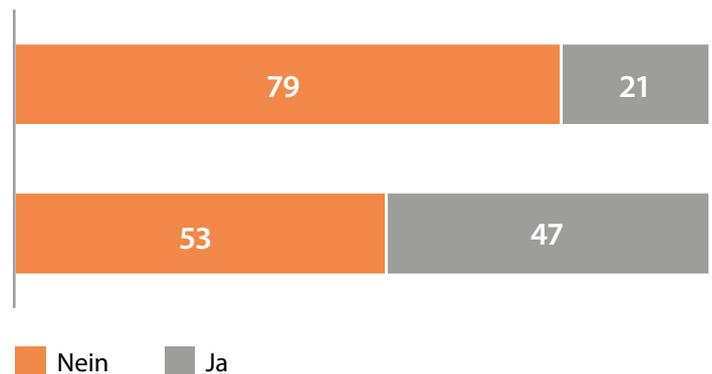
79% der Einrichtungspsychiatrien können die aktuellen und zu erwartenden Kostensteigerungen im Jahr 2022 und 2023 nicht aus ihren Erträgen refinanzieren (**Abb. 5**).

Damit einhergehend berichteten 53% der Befragten, dass sie in den vergangenen Jahren keine ausreichenden Rücklagen bilden konnten, um die aktuellen und zu erwartenden Kostensteigerungen im Jahr 2022 und 2023 zu refinanzieren.

Abb.
05 *Refinanzierung der Kostensteigerungen und Rücklagen (Einrichtungspsychiatrien in %)*

Werden Sie die aktuellen und zu erwartenden Kostensteigerungen (Energie, medizinischer Bedarf, Löhne etc.) im Jahr 2022 und 2023 mit Ihren Erträgen refinanzieren können?

Haben Sie in den vergangenen Jahren ausreichende Rücklagen bilden können, um die aktuellen und zu erwartenden Kostensteigerungen im Jahr 2022 und 2023 refinanzieren zu können?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



2

Fachkräftemangel und Veränderungen der Personalausstattung

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

Der Fachkräftemangel wird im **PSYCHIATRIE Barometer** 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.

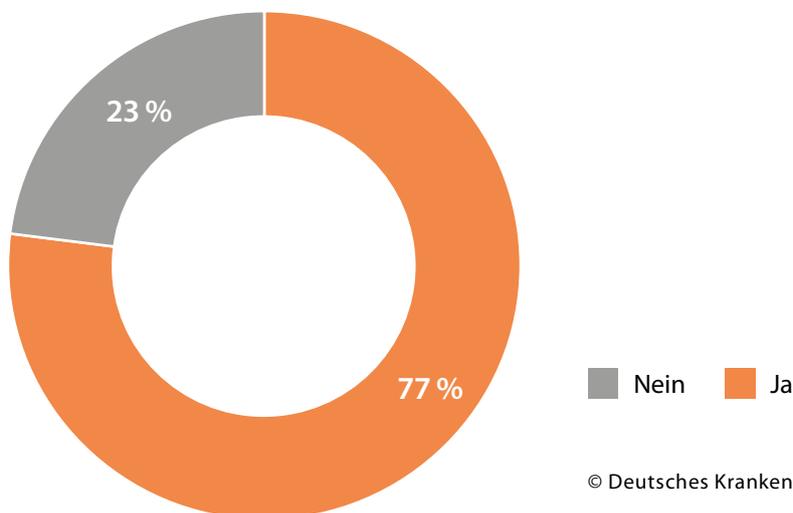
2.1 Ärztlicher Dienst

Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst der befragten Einrichtungen dargestellt. Die Häuser wurden gefragt, ob sie zum Befragungszeitpunkt zur Jahreswende 2022/2023 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 Krankentyp (Einrichtungs- versus Abteilungspsychiatrien) wird wegen der teilweise kleinen Fallzahlen verzichtet.

Der größte Teil der Kliniken (77 %) 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. 6**).

Abb. 06 *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 2023

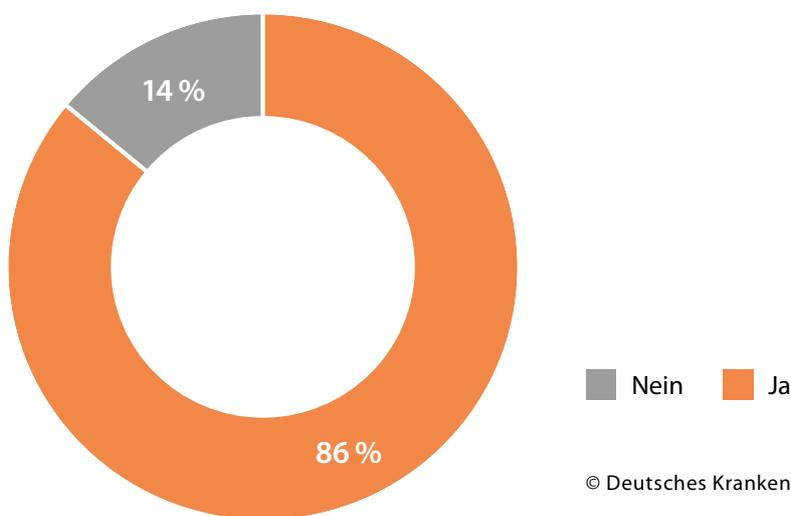
Die Krankenhäuser oder Abteilungen mit Personalmangel im Ärztlichen Dienst konnten im Mittel jeweils gut 4 Vollkraftstellen nicht besetzen. Die Stellen waren im Schnitt rund 26 Wochen und damit sechseinhalb Monate unbesetzt. Arztstellen in der Psychosomatik waren tendenziell etwas länger vakant als Arztstellen in der Psychiatrie.

2.2 Pflegedienst

Analog zum Ärztlichen Dienst wurde auch für den Pflegedienst nach Stellenbesetzungsproblemen und der Anzahl der offenen Stellen gefragt.

86 % 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. 7**).

Abb. 07 *Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung)? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Im Mittel sind in den entsprechenden Bereichen im Pflegedienst insgesamt rund 10 Stellen unbesetzt. Offene Stellen im Pflegedienst sind im Durchschnitt 20 Wochen und damit rund 5 Monate unbesetzt. Pflegestellen in der Psychosomatik waren tendenziell etwas länger vakant als Pflegestellen in der Psychiatrie.

2.3 Psychologischer und psychotherapeutischer Dienst

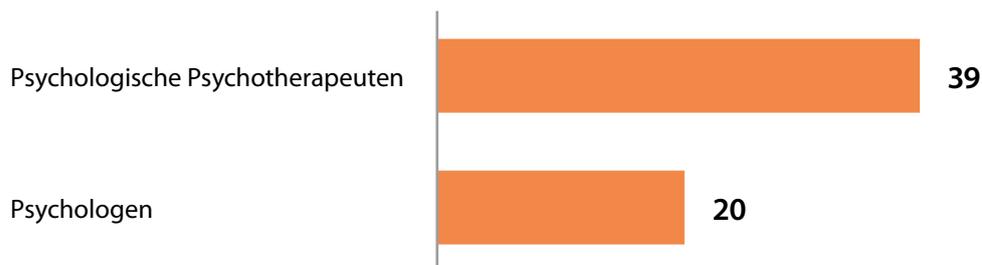
Ebenso wurde nach Stellenbesetzungsproblemen bei den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen und der Anzahl der offenen Stellen gefragt.

41 % der Krankenhäuser und Abteilungen haben demnach insgesamt Probleme, offene Stellen für psychologische Psychotherapeuten (39 %) oder Psychologen (20 %) zu besetzen (**Abb. 8**).

Im Mittel sind im psychologischen und psychotherapeutischen Dienst jeweils rund 2 Stellen unbesetzt.



Abb. 08 *Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen zu besetzen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung)? (Krankenhäuser in %)*



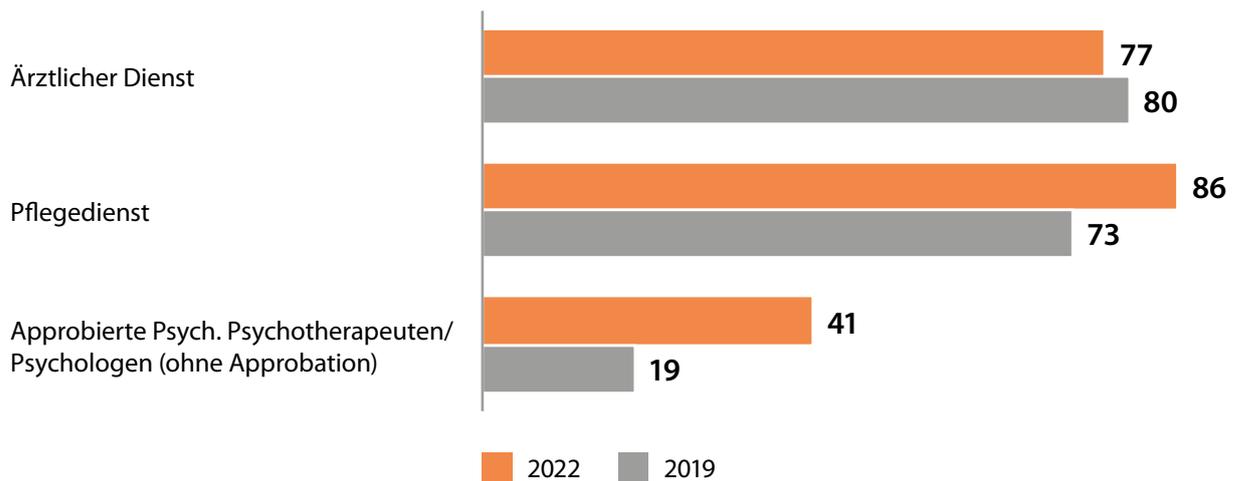
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

2.4 Stellenbesetzungsprobleme im Zeitvergleich

Seit dem Jahr 2019 hat sich die Stellenbesetzungsproblematik im Bereich des Ärztlichen Dienstes in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen damit auf hohem Niveau stabilisiert (**Abb. 9**). Im Pflegedienst ist dagegen eine deutliche Verschärfung des Problems im Jahr 2022 zu

beobachten: Hier melden 86 % der Krankenhäuser offene Stellen, die nicht besetzt werden können, gegenüber 73 % im Jahr 2019. Bei den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit nicht besetzten Stellen seit 2019 verdoppelt (auf 41 %).

Abb. 09 Krankenhäuser mit Problemen, offene Stellen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung) zu besetzen (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



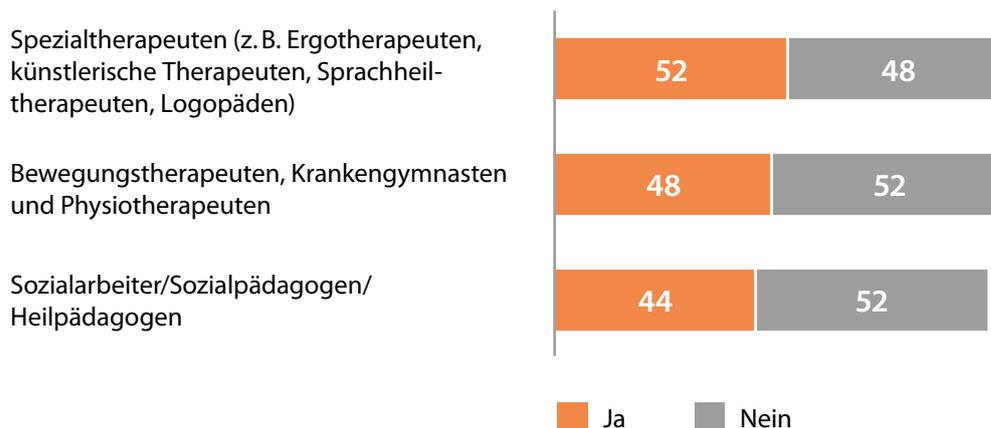
2.5 Nur in Einrichtungspsychiatrien: Sonstige Berufsgruppen

Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst und zum Pflegedienst fallen die Stellenbesetzungsprobleme in den anderen patientennahen Berufen der Psychiatrie und Psychosomatik etwas niedriger aus. Die Ergebnisse beschränken sich hier auf die Einrichtungspsychiatrien.

So haben 52 % der Befragten Probleme, offene Stellen für Spezialtherapeuten wie Ergotherapeuten, künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeuten oder Logopäden zu besetzen. Bei den Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten liegt der Anteil der Einrichtungen mit Stellenvakanzen bei 48 %. Offene Stellen bei Sozialarbeitern, Sozialpädagogen oder Heilpädagogen können 44 % der Häuser nicht direkt neu besetzen (**Abb. 10**).

In den betroffenen Berufsgruppen sind überwiegend jeweils 1 bis 2 Vollkraftstellen unbesetzt.

Abb. 10 *Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen in den folgenden Berufsgruppen zu besetzen (ausschließlich in der voll- und teilstationären Versorgung)? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

2.6 Honorarkräfte

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen findet, kann auf Honorarkräfte zurückgegriffen werden. Die befragten Einrichtungen sollten sowohl für den Ärztlichen Dienst als auch für den Pflegedienst angeben, ob Sie Honorarkräfte im Jahr 2021 beschäftigt haben.

Im Jahr 2021 haben 34 % der befragten Einrichtungen Honorarkräfte im Ärztlichen Dienst beschäftigt und in 32 % der Einrichtungen haben Honorarkräfte im Pflegedienst gearbeitet.

Im Vergleich zum Jahr 2016 hat sich die Anzahl der Einrichtungen, die auf Honorarkräfte zurückgreifen im Ärztlichen Dienst fast und im Pflegedienst mehr als verdoppelt (**Abb. 11**).

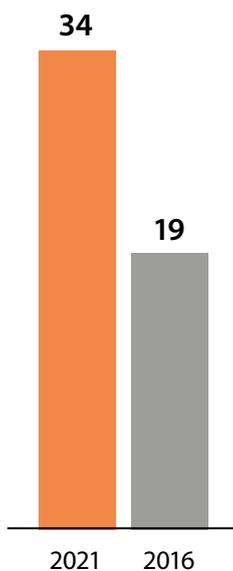
Darüber hinaus sollten die Teilnehmer angeben, wie viele Honorarkräfte sie umgerechnet in Vollkräften in Ihrem Krankenhaus im Jahr 2021 im Jahresdurchschnitt jeweils beschäftigt haben. Im Ärztlichen Dienst trifft dies im Durchschnitt auf 1 Vollkraft und im Pflegedienst durchschnittlich auf 4 Vollkräfte zu.

Abb.

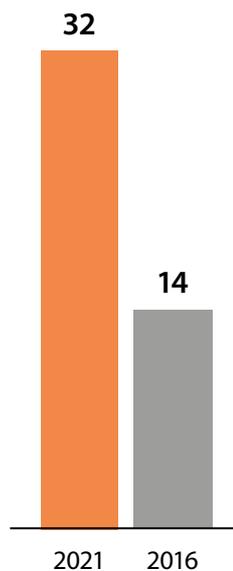
11

*Hatten Sie in Ihrem Krankenhaus Honorarkräfte in den folgenden Berufsgruppen beschäftigt?
(Krankenhäuser in %)*

Ärzte in der Psychiatrie



Pflegepersonal in der Psychiatrie



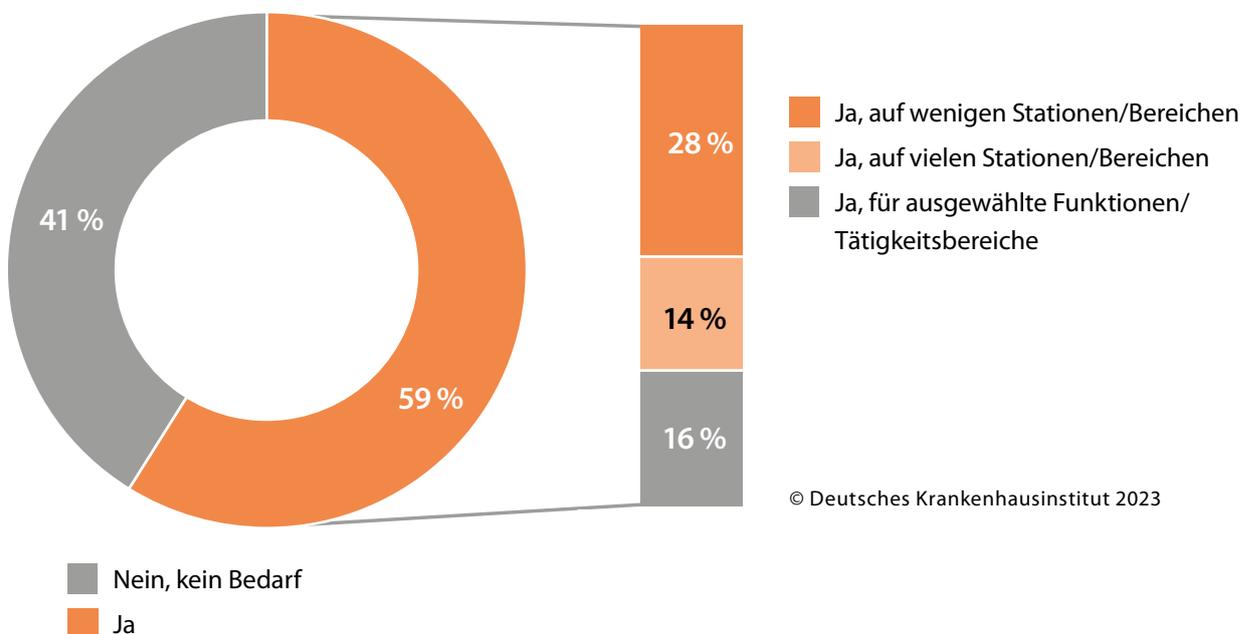
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

2.7 Bedarf an akademisierten Pflegefachkräften

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden gefragt, ob es in ihrem Haus einen Bedarf an akademisierten Pflegefachkräften speziell in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gibt.

Während 41 % der Befragten keinen Bedarf in ihrer Einrichtung sehen, gaben 59 % einen eindeutigen Bedarf an akademisierten Pflegefachkräften an. Darunter sehen 28 % einen Bedarf auf vielen Stationen oder Bereichen, 14 % nur auf wenigen Stationen oder Bereichen und weitere 16 % einen Bedarf nur für ausgewählte Funktionen oder Tätigkeitsbereiche (**Abb. 12**). Genannte Funktionen oder Tätigkeitsbereiche sind vor allem Leitungsfunktionen, Pflegeexperten sowie Personal in den Stabsstellen.

Abb. 12 *Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen Bedarf an akademisierten Pflegekräften speziell in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung?*
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

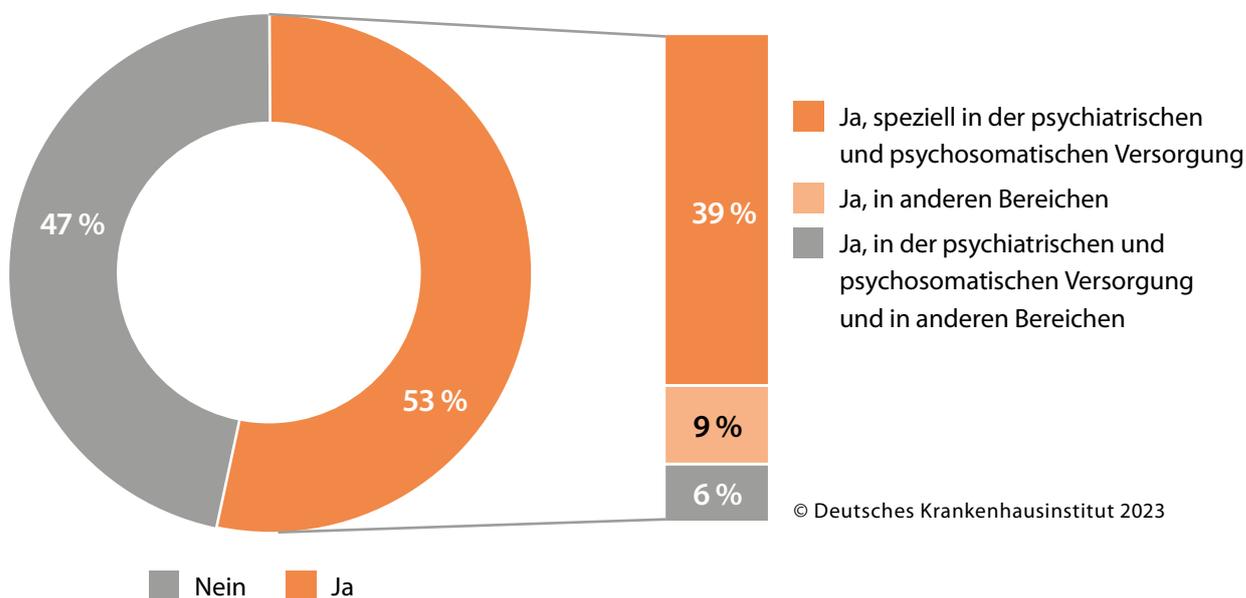
2.8 Einsatz von akademisierten Pflegefachkräften

In 53 % der befragten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind derzeit akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte beschäftigt (Abb. 13). Von diesen gaben 39 % an, dass akademisierte Pflegefachkräfte speziell in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Einsatz sind. In 9 % der befragten Einrichtungen arbeiten Pflegefachkräfte mit akademischem Abschluss in anderen Bereichen.

Darüber hinaus sind in 6 % der befragten Einrichtungen akademisierte Pflegefachkräfte sowohl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung als auch in anderen Bereichen angestellt.

Insgesamt besteht jedoch ein Unterschied im Einsatz von akademischen Pflegefachkräften nach Einrichtungsart: Während 46 % der befragten Abteilungspsychiatrien angeben, Pflegefachkräfte mit akademischem Abschluss zu beschäftigen, sind es in den Einrichtungspsychiatrien 60 %.

Abb. 13 *Arbeiten in Ihrem Krankenhaus in der Psychiatrie/Psychosomatik Pflegende mit akademischem Abschluss? (Krankenhäuser in %)*



Im Mittel zählen die Einrichtungen 7 Pflegefachkräfte (in Köpfen) mit akademischem Abschluss zu ihren Mitarbeitern, darunter befinden sich 4 Mitarbeiter speziell in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung. Des Weiteren gaben die Einrichtungen an, durchschnittlich 2 Pflegefachkräfte zu beschäftigen, welche sich derzeit in akademischer Ausbildung befinden.

3

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal fest. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Das diesjährige **PSYCHIATRIE Barometer** untersucht ausgewählte Aspekte zur Umsetzung der Richtlinie im Jahr 2022.

3.1 Netzwerke und Mitgliedschaften

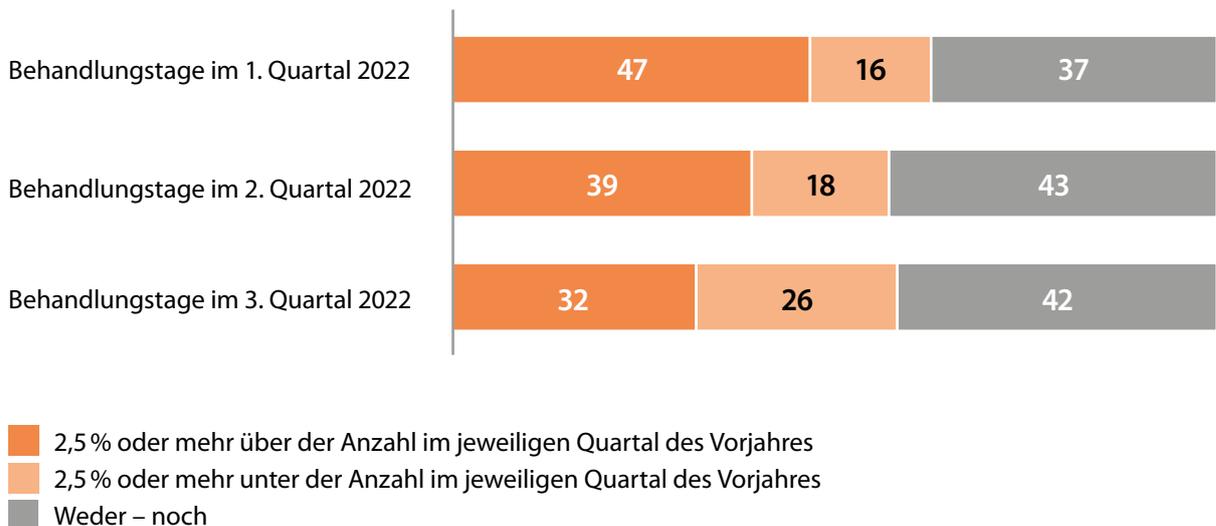
Für die Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung werden nach § 6 Abs. 3 PPP-RL die Behandlungstage je Behandlungsbereich im jeweiligen Quartal des Vorjahres zugrunde gelegt. Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage um mehr als 2,5 % über bzw. um mehr als 2,5 % unter der Anzahl der Behandlungstage des jeweiligen Quartals des Vorjahres, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen abweichend davon auf Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals (§ 6 Abs. 4 PPP-RL).

Für die Erwachsenenpsychiatrie sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie hoch in den ersten drei Quartalen des Jahres 2022 die Anzahl der Behandlungstage ihres Krankenhauses im Vergleich zum Vorjahresquartal war (**Abb. 14**).

In allen drei Beobachtungsquartalen für 2022 lagen die Behandlungstage in der Erwachsenenpsychiatrie in der Mehrheit der Krankenhäuser um mehr als 2,5 % unter bzw. über der Anzahl der Behandlungstage des Vorjahresquartals. Dabei hat der Anteil der Häuser, deren Behandlungstage um mehr als 2,5 % über dem Vorjahreswert lagen, kontinuierlich von 47 % auf 32 % abgenommen. Umgekehrt hat der Anteil der Häuser, welche den Vorjahreswert um mehr als 2,5 % unterschritten haben, kontinuierlich von 16 % auf 26 % zugenommen.

Häuser, bei denen die Behandlungstage je Behandlungsbereich außerhalb der 2,5 %-Intervalle lagen, sollten die Abweichungen überdies quantifizieren. **Abb. 15** zeigt die entsprechenden Medianwerte für die ersten drei Quartale des Jahres 2022.

Abb. 14 *Wie hoch war in den ersten drei Quartalen 2022 in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Anzahl der Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahresquartal? (Krankenhäuser in %)*

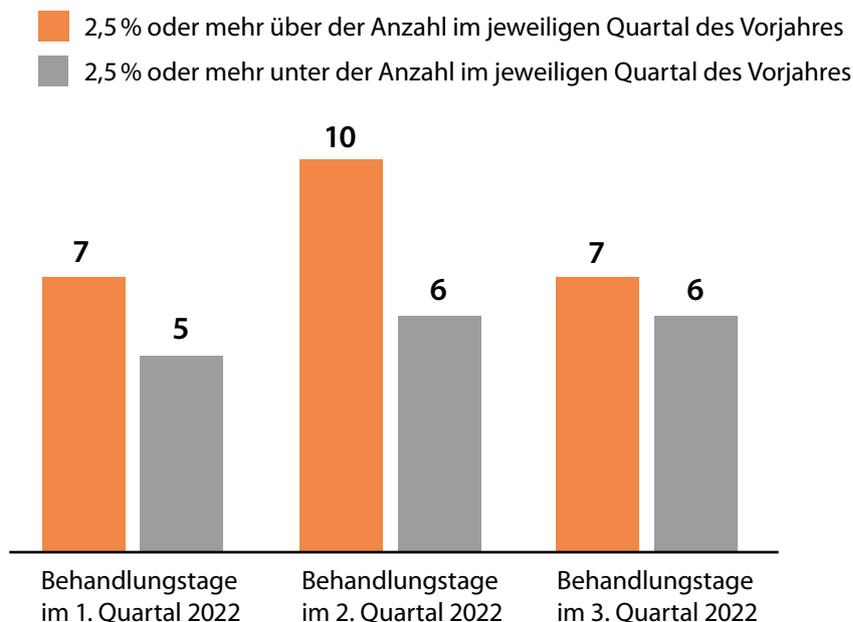


© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Bei Häusern oberhalb des 2,5%-Intervalls variierte die Abweichung vom Vorjahreswert (Medianwerte) zwischen 7 % im 1. und 3. Quartal 2022 und 10 % im 2. Quartal 2022. Bei Häusern unterhalb des 2,5%-Intervalls lag der Medianwert zwischen 5 % und 6 %.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Streuung zwar abgeschwächt (DKI, 2022). Gleichwohl belegen die Ergebnisse, dass der in der PPP-RL vorgesehene Korridor im Regelfall für viele Einrichtungen nicht ausreicht.

Abb. 15 *Abweichungen von der Anzahl der Behandlungstage im Vorjahresquartal für Krankenhäuser außerhalb der 2,5%-Intervalle (Medianwerte in %)*

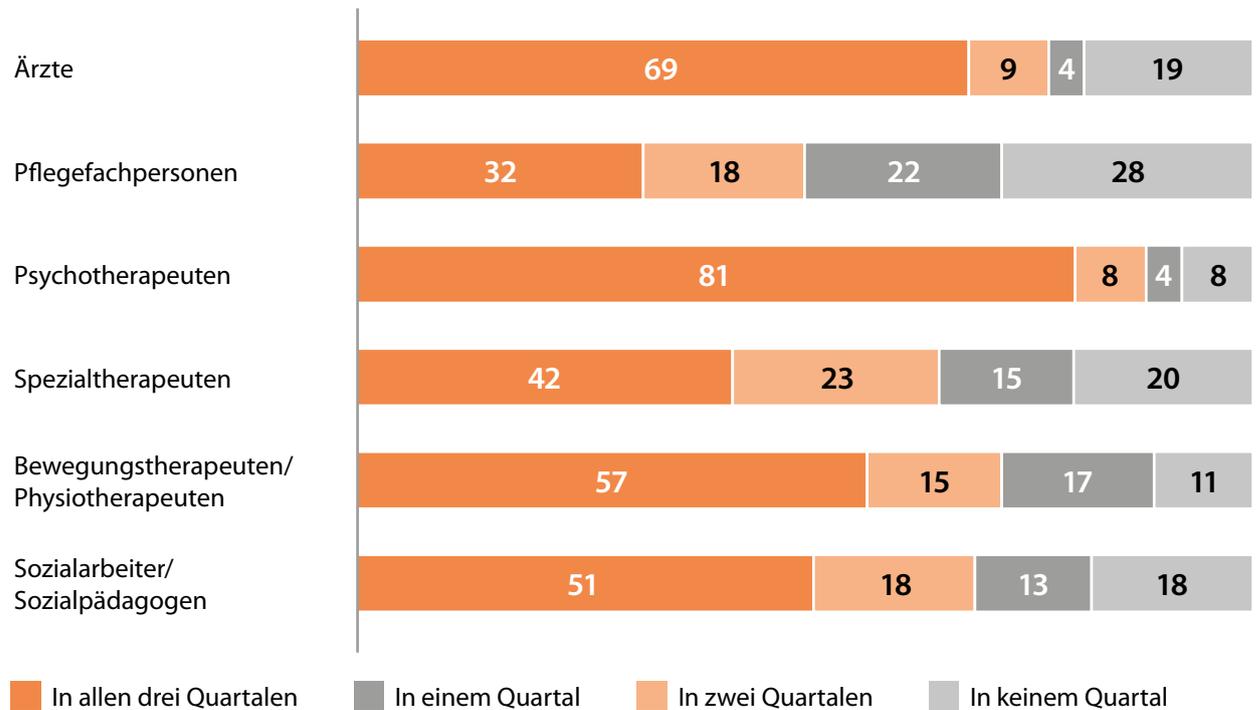


© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben

Ab dem 1. Quartal 2022 sind die Mindestvorgaben gemäß den Übergangsregelungen in § 16 Absatz 1 Nr. 2 PPP-RL nicht mehr zu 85 %, sondern zu 90 % zu erfüllen. Für die ersten drei Quartale 2022 sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie bei den verschiedenen Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht haben (Abb. 16). Dabei waren die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen ausdrücklich zu berücksichtigen.

Abb. 16 *Inwieweit haben Sie in den ersten drei Quartalen 2022 bei den folgenden Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht? Bitte berücksichtigen Sie hier auch die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen.*
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In den ersten drei Quartalen 2022 konnten in keiner Berufsgruppe die Mindestvorgaben der Richtlinie von allen befragten Häusern in jedem Quartal eingehalten werden.
- Im Ärztlichen Dienst und bei den psychologischen Psychotherapeuten fällt der Erfüllungsgrad bei den Personalmindestvorgaben der PPP-RL vergleichsweise hoch aus. Hier haben in den ersten drei Quartalen 2022 81 % der Häuser (Psychotherapeuten) bzw. 69 % der Häuser (Ärzte) die Vorgaben in allen drei Quartalen erfüllt. Bei den Ärzten konnten allerdings 19 % der Krankenhäuser die Vorgaben in keinem Quartal einhalten.

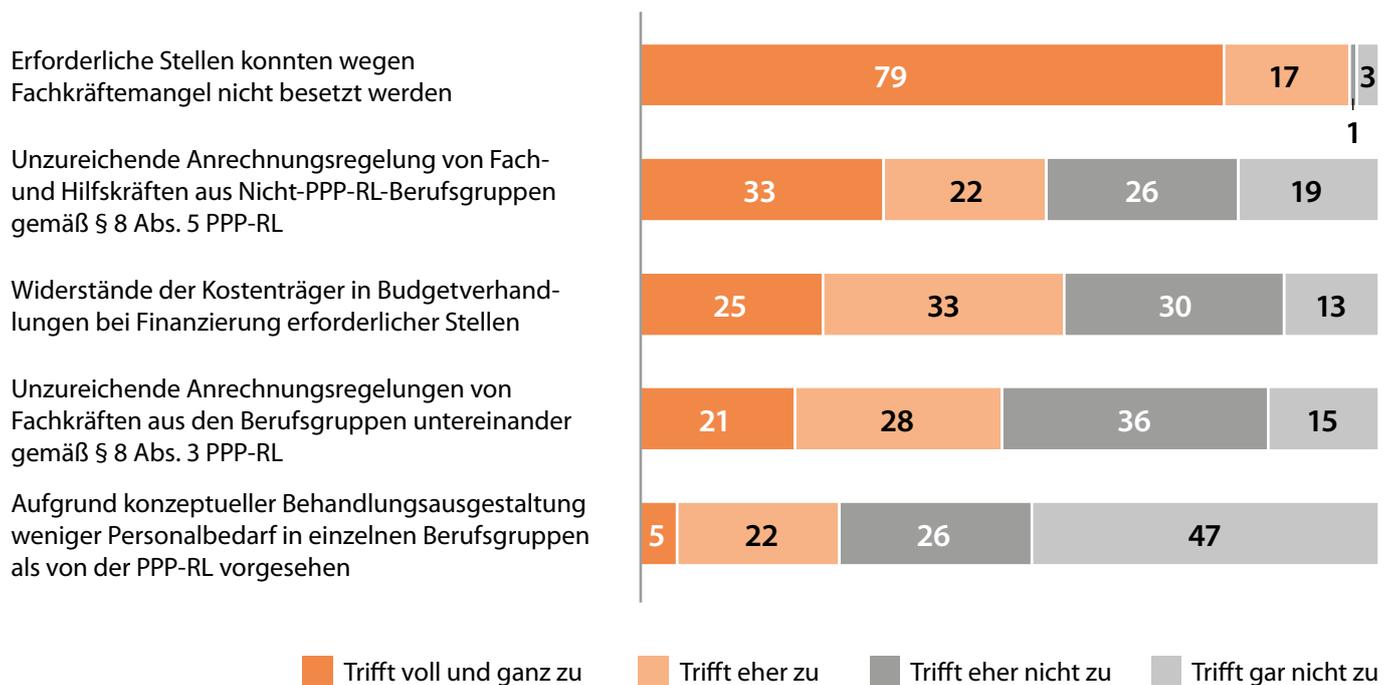
- Am geringsten fiel der Erfüllungsgrad bei der Pflege aus. Nur in 32 % der Krankenhäuser konnten die Vorgaben der PPP-RL in allen drei Quartalen erfüllt werden. Von 28 % der Häuser konnten sie in keinem Quartal, von 22 % nur in einem Quartal eingehalten werden.
- Bei den übrigen Berufsgruppen, im Einzelnen den Spezialtherapeuten, den Physiotherapeuten sowie den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, hat jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser die Vorgaben in keinem Quartal oder nur in einem Quartal erfüllen können.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrien und die Psychosomatiken waren die Ergebnisse vergleichbar (nicht dargestellt).

3.3 Gründe für die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben

Krankenhäuser, welche in den ersten drei Quartalen 2022 die Personalmindestvorgaben für die verschiedenen Berufsgruppen gemäß PPP-RL nicht in jedem Quartal erreicht haben (vgl. Kap. 3.2), wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 17).

Abb. 17 Falls Sie in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses in den ersten drei Quartalen 2022 die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL nicht durchgehend erreicht haben: Inwieweit waren die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Einer der Hauptgründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind unzureichende Stellenbesetzungsmöglichkeiten durch den bestehenden Fachkräftemangel. Die befragten Einrichtungen stimmten dem voll und ganz (79%) oder eher zu (17%). Es ist zu berücksichtigen, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL berufsgruppenbezogen

einzuhalten sind. Fehlt in einer kleinen Einrichtung, wie beispielsweise einer Stand-alone-Tagesklinik, in einem Quartal eine halbe Vollkraft eines Sozialarbeiters, kann dies trotz Ausnahmeregelungen kaum kompensiert werden und führt sofort zur Nichteinhaltung.

Hinzu kommt, dass die fachliche Anforderlichkeit der Stellenbesetzungen gemäß der PPP-RL häufig nicht gegeben ist. Arbeitet eine Einrichtung beispielweise nicht mit Physio- oder Bewegungstherapie, sondern primär mit psychotherapeutischem sowie musik- und kunsttherapeutischem Ansatz, muss sie ihr Behandlungskonzept umstellen. Die Einrichtung wird gezwungen, zunehmend schwerer verfügbare Fachkräfte einzustellen, obwohl diese an anderer Stelle in der Versorgung dringender benötigt werden. Der bestehende Fachkräftemangel wird so weiter verschärft.

Danach behindern die Anrechnungsregelungen von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL die Einhaltung der Mindestvorgaben. Die dort vorgesehenen Anrechnungsregelungen hält rund die Hälfte der Krankenhäuser für ganz (33 %) oder eher unzureichend (22 %).

Mit Blick auf die Anrechnungsregelungen von Fachkräften anderer Berufsgruppen auf die Berufsgruppen der Ärzte und Psychotherapeuten gemäß § 8 Abs. 3 PPP-RL gibt es dagegen kein einheitliches Meinungsbild. Danach ist in der Erwachsenenpsychiatrie eine Anrechnung von Ärzten nur auf die Berufsgruppe der Psychologen und vice versa eine Anrechnung von Psychologen nur auf die Berufsgruppe der Ärzte möglich, soweit sie Regelaufgaben der jeweils anderen Berufsgruppe erbringen.



Andere Berufsgruppen können auf die Ärzte und Psychologen nicht angerechnet werden. Rund die Hälfte der Befragten gab an, aufgrund dieser Regelung die Personalvorgaben der PPP-RL in den ersten drei Quartalen 2022 nicht durchgehend erreicht zu haben.

Ähnlich ist das Meinungsbild zu Widerständen der Kostenträger in den Budgetverhandlungen bei der Finanzierung erforderlicher Stellen. Für mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (58 %) trifft dies zu, für die übrigen nicht. Dabei ist zu bedenken, dass durch den bestehenden Verhandlungs- und Vereinbarungsstau bei den Budgetverhandlungen noch längst nicht alle Krankenhäuser den Einstieg unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der PPP-RL vollzogen haben.

Rund ein Viertel der Häuser gibt an, aufgrund konzeptueller Behandlungsausgestaltung in einzelnen Berufsgruppen weniger Personalbedarf zu haben als von der PPP-RL vorgesehen. Das heißt, dass aufgrund der berufsgruppenbezogenen Mindestvorgaben mehr Personal vorgehalten werden muss, als es für die Durchführung der Behandlungskonzepte erforderlich ist.

3.4 Änderungen am Versorgungsangebot

Aus der PPP-RL resultieren Veränderungen bei den Versorgungsangeboten der Krankenhäuser.

Abb. 18 zeigt, welche Änderungen die Erwachsenenpsychiatrien primär wegen der Anwendung der PPP-RL vorgenommen oder geplant haben.

Demnach führt die PPP-RL vor allem zu Änderungen in der Personaleinsatzplanung ohne fachlich nachvollziehbare Begründung, etwa in Form von Personalaufbau in einzelnen Berufsgruppen (in 47 % der Krankenhäuser), des zeitweisen Einsatzes von vorhandenem Personal in anderen Einsatz-

bereichen (33 %) oder der dauerhaften internen Versetzung vorhandenen Personals (24 %). Darüber hinaus sind entsprechende Änderungen der Personaleinsatzplanung teilweise konkret geplant.

Daneben wirkt sich die PPP-RL teilweise beeinträchtigend auf die Patientenversorgung aus, beispielsweise durch die Einführung von Wartelisten, die Schließung von Stationen oder durch einzelne Bettensperrungen sowie Einschränkungen beim Leistungsangebot.

Abb. 18 Haben Sie in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses primär wegen der Anwendung oder Vorgaben der PPP-RL die folgenden Veränderungen an Ihren Versorgungsangeboten vorgenommen oder geplant? (Krankenhäuser in %)

Aufbau von mehr Personal in einzelnen Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL ohne fachliche Begründung

Zeitweiser Einsatz von vorhandenem Personal in anderen Einsatzbereichen ohne fachliche Begründung

Interne Versetzung von vorhandenem Personal in andere Einsatzbereiche ohne fachliche Begründung

Änderungen von internen Behandlungskonzepten

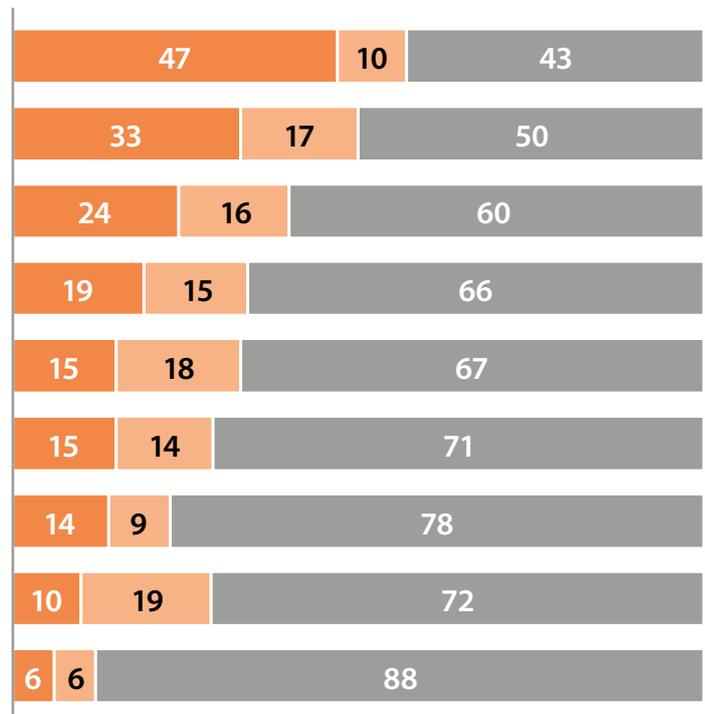
Einführung / Ausbau von Wartelisten

(Temporäre) Schließung von Stationen

Einschränkungen des Leistungsangebots (z. B. von ausgewählten Therapien)

Bettensperrungen

(Temporäre) Schließung von Tageskliniken



■ Ja
 ■ Nein, aber konkret geplant
 ■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

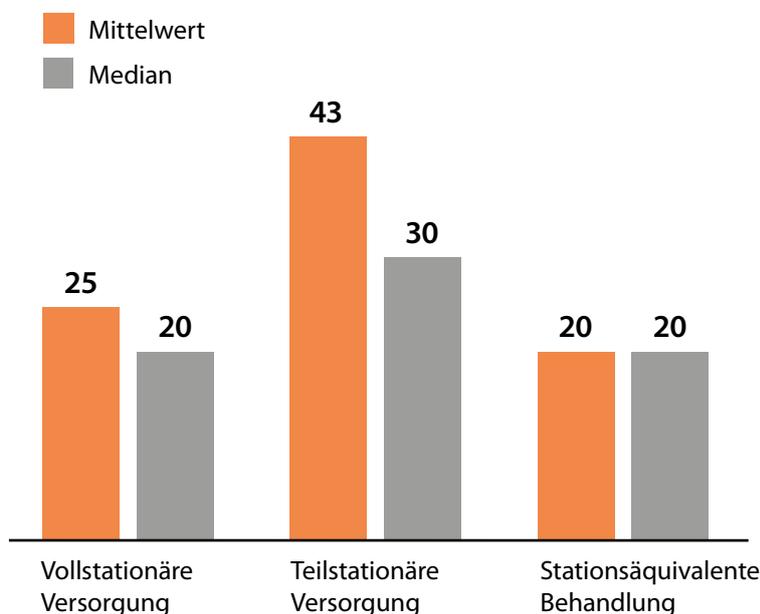
Für die Kinder- und Jugendpsychiatrien und die Psychosomatiken waren die Ergebnisse vergleichbar (nicht dargestellt).

3.5 Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen

Um die personellen Vorgaben der PPP-RL einzuhalten, erfolgt als eine mögliche Maßnahme die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten für eine stationäre Behandlung. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer ihre Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie quantifizieren (**Abb. 19**).

In der vollstationären Versorgung müssen Elektivfälle im Mittel 25 Tage (Mittelwert) bzw. 20 Tage (Median) auf ihre Aufnahme warten. Am längsten sind die Wartezeiten in der teilstationären Versorgung mit 43 Tagen (Mittelwert) bzw. 30 Tagen (Median). In der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung beträgt die durchschnittliche Wartezeit 20 Tage.

Abb. 19 *Wie lang sind aktuell in der Erwachsenenpsychiatrie Ihrer Einrichtung die durchschnittlichen Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in den folgenden Bereichen (ggf. realitätsnahe Schätzung)?*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

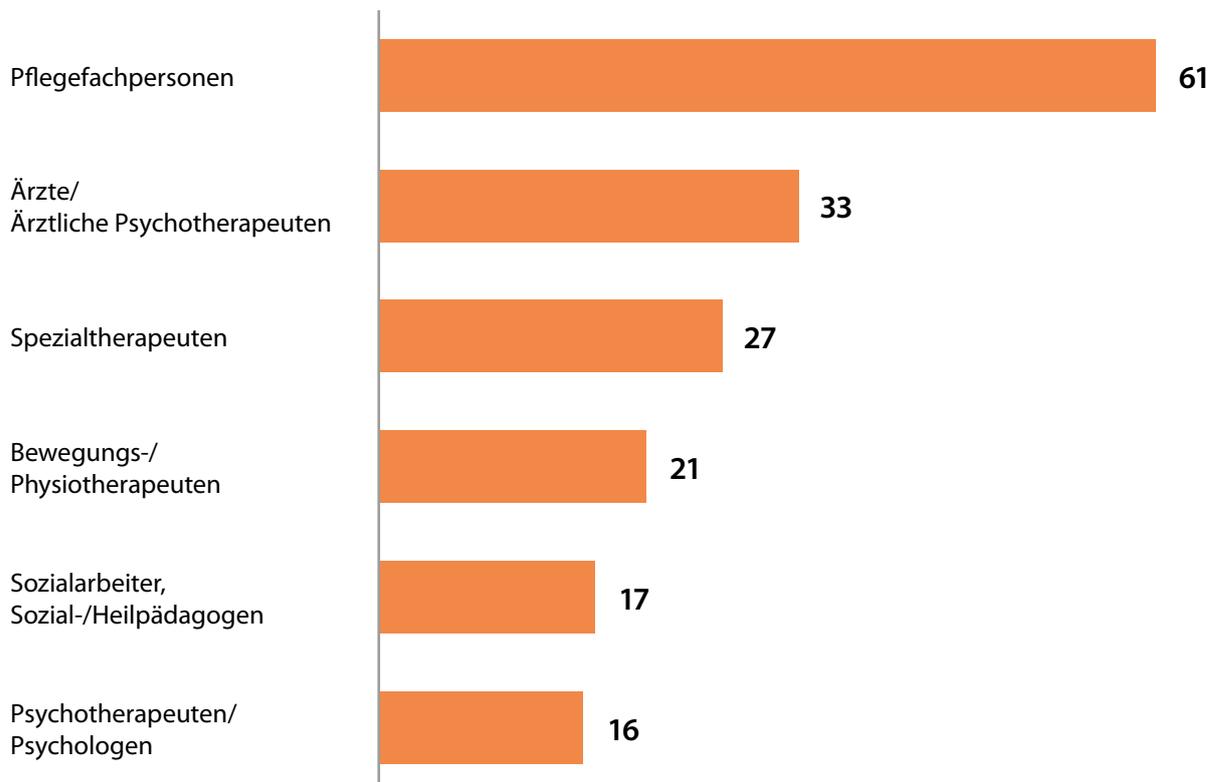
3.6 Anrechnung von Berufsgruppen

Nach § 8 Abs. 3 PPP-RL können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL untereinander angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe erbringen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Im PSYCHIATRIE Barometer sollten die Teilnehmer angeben, inwieweit sie Bedarf haben, darüber hinaus

Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen im Sinne des § 8 Abs. 5 PPP-RL auf die jeweiligen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL anrechnen zu können (**Abb. 20**).¹ Im Rahmen offener Fragen sollten entsprechende Berufsgruppen beispielhaft benannt werden.

¹ Ab dem 1. Januar 2023 sind hierfür stark begrenzte Umfänge vorgesehen.

Abb. 20 Nach § 8 Abs. 3 PPP-RL können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL untereinander angerechnet werden. Haben Sie darüber hinaus Bedarf, Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen im Sinne des § 8 Abs. 5 PPP-RL auf die jeweiligen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL anrechnen zu können? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Entsprechenden Bedarf sehen die Befragten vor allem für den Pflegedienst.

61 % der Krankenhäuser würden es befürworten, in stärkerem Umfang Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen auf Pflegefachpersonen anrechnen zu können. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier vor allem Medizinische Fachangestellte, Pflegehelfer und -assistenzen sowie Dokumentations- und Servicekräfte genannt, soweit sie die Pflege unmittelbar entlasten und dem veränderten Aufgabenprofil im Sinne eines Skillmixes entsprechen. Durch die Umsetzung eines Skillmixes können die Stärken und Kompetenzen in den Behandlungsteams besser genutzt werden, um eine bestmögliche Versorgung und Betreuung der Patienten zu gewährleisten und die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte zu reduzieren.

Ein Drittel der Krankenhäuser hat Bedarf, Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen auf Ärzte bzw. Ärztliche Psychotherapeuten anrechnen zu können. Hier wurden auf der einen Seite akademisch qualifiziertes Personal wie Physician Assistants, Apotheker sowie Medizincontroller genannt, auf der anderen Seite insbesondere Medizinische Fachangestellte, Dokumentations- und Sekretariatspersonal.

Gut ein Viertel der Befragten würde es befürworten, verstärkt Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen bei den Spezialtherapeuten berücksichtigen zu können, beispielsweise Dokumentations- und Sekretariatspersonal sowie spezielle Fachtherapeuten.

Rund ein Fünftel der Krankenhäuser sieht Bedarf für erweiterte Anrechnungsregeln bei den Bewegungs- bzw. Physiotherapeuten. Dies betrifft etwa Masseur und Medizinische Bademeister, Sporttherapeuten, Dokumentations- und Sekretariatspersonal.

Mit Blick auf den Sozialdienst würden 17 % der Befragten es begrüßen, Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in stärkerem Umfang anrechnen zu können. Als Beispiele wurden hier u. a. Dokumentations- und Sekretariatspersonal sowie spezielle Pädagogen und Sozialwissenschaftler angeführt.

Bei den Psychotherapeuten und Psychologen befürworten 16 % der Krankenhäuser andere Anrechnungsregeln. Dies betrifft zum einen Dokumentations- und Sekretariatspersonal, zum anderen vor allem Berufsgruppen der PPP-RL, die bisher – außer in psychosomatischen Einrichtungen – nach § 8 Abs. 3 der Richtlinie² nicht auf Psychotherapeuten und Psychologen angerechnet werden konnten, wie Spezialtherapeuten und den Sozialdienst.

Gut ein Drittel der Krankenhäuser hat schon Personal bei Neueinstellungen nicht berücksichtigt, weil es aufgrund der Vorgaben der PPP-RL nicht hätte angerechnet werden können. Dies betraf insbesondere Medizinische Fachangestellte, Pflegehelfer und -assistenzen sowie Dokumentations- und Servicekräfte.

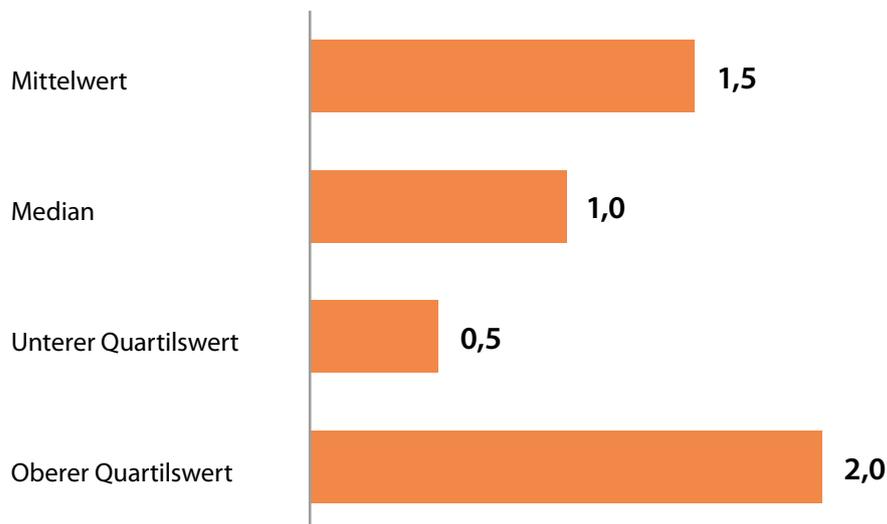


² Gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 PPP-RL ist dies ab 2023 für alle drei Einrichtungsarten allerdings befristet bis Ende 2024 möglich.

3.7 Dokumentationsaufwand

Angesichts der zahlreichen und komplexen Nachweisverfahren der Richtlinie sollten die Krankenhäuser den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation und Administration der PPP-RL pro Quartal umgerechnet in Vollzeitäquivalente taxieren. Wie aus **Abb. 21** ersichtlich, resultierte hier eine sehr große Streuung der Aufwandswerte.

Abb. 21 *Wie hoch in Vollzeitäquivalenten pro Quartal schätzen Sie für Ihr Krankenhaus alles in allem den Aufwand für die Dokumentation und Administration der PPP-RL? (Kennwerte in Vollzeitäquivalenten)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Im Durchschnitt entspricht der Dokumentationsaufwand für die PPP-RL 1,5 Vollzeitäquivalenten. Allerdings sind die Werte schief verteilt. Der Median der Verteilung liegt bei einer Vollkraft. Der untere Quartilswert beträgt 0,5 Vollzeitäquivalente und der obere Quartilswert 2 Vollzeitäquivalente für Dokumentation und Administration für die PPP-RL.

Zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien gab es in dieser Hinsicht keine großen Unterschiede (Ergebnisse nicht dargestellt).

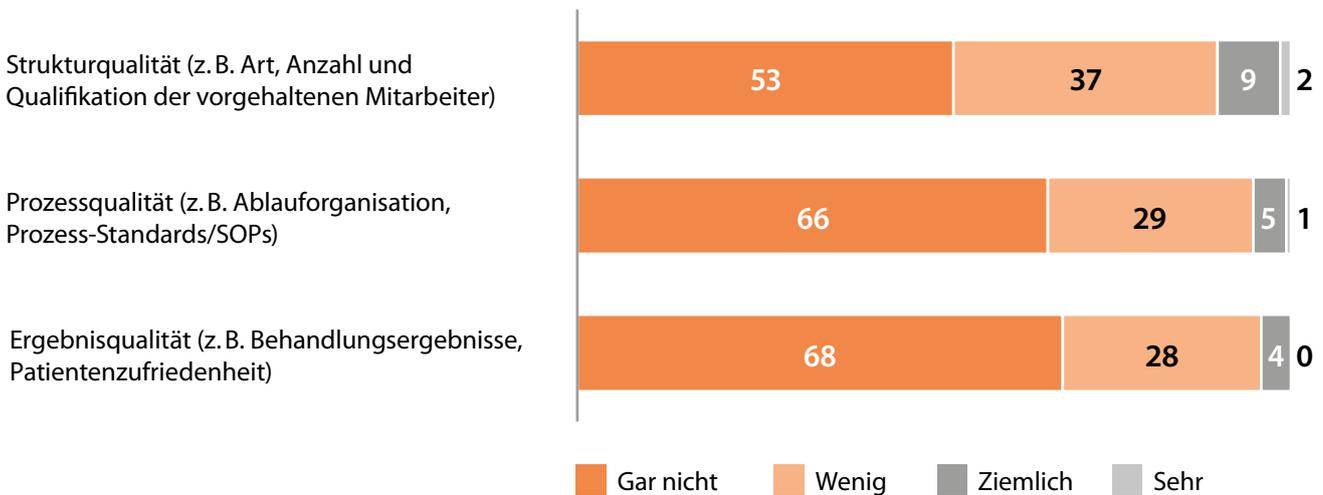
3.8 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Die meisten psychiatrischen Einrichtungen sehen keine nennenswerten Auswirkungen der PPP-RL auf die Versorgungsqualität nach den Qualitätsdimensionen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Jeweils rund zwei Drittel der Befragten sind der Auffassung, die PPP-RL habe gar nicht zur Verbesserung der Prozessqualität, wie Ablauforganisation und Prozess-Standards, und der Ergebnisqualität beigetragen, etwa hinsichtlich Behandlungsergebnissen und Patientenzufriedenheit. Selbst für die durch die PPP-RL primär adressierte Strukturqualität, also Art, Anzahl und Qualifikation der vorgehaltenen Mitarbeiter, sieht gut die Hälfte der Krankenhäuser keinen Effekt im Sinne einer verbesserten Versorgung.

Wenige weitere Befragte attestieren der PPP-RL nur schwache Effekte auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (**Abb. 22**).

Abb. 22 *Inwieweit hat alles in allem die PPP-RL in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung zu einer Verbesserung der Versorgung nach den folgenden Qualitätsdimensionen beigetragen? (Krankenhäuser %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

4

Vorbereitungen und Veränderungen durch Neuerungen in der psychotherapeutischen Weiterbildung

Die Ausbildung der Psychotherapeuten wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2020 neu geregelt. Die Approbation als Psychotherapeut erfolgt nunmehr nach der Approbationsordnung für Psychotherapeuten (PsychThApprO) und ist mehrstufig angelegt. Neu ist ein grundständiges fünfjähriges Studium, in dem berufspraktische Einsätze integriert sind.

Für Krankenhäuser sind vor allem die berufsqualifizierenden Tätigkeiten I und III relevant. Die Studierenden sollen im Bachelorstudium in der berufsqualifizierenden Tätigkeit I (Einstieg in die Praxis der Psychotherapie) erste praktische Erfahrungen in spezifischen Bereichen der psychotherapeutischen Versorgung erwerben. Die berufsqualifizierende Tätigkeit III (angewandte Praxis der Psychotherapie) im Masterstudium dient der Vertiefung der praktischen Kompetenzen in der psychotherapeutischen Versorgung. Hierfür ist ein Umfang von 600 Stunden festgelegt. Der neue Studiengang wurde zum Winter-

semester 2020 erstmals angeboten, sodass zum Befragungszeitpunkt in den Häusern nur erste Erfahrungen zur berufspraktischen Tätigkeit I vorlagen. Im Anschluss an das Approbationsstudium folgt eine Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten.

Im Rahmen des **PSYCHIATRIE Barometers**³ wurde zum einen erfragt, wie sich die vorher bestehende Ausbildung zum Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) zum Befragungszeitpunkt darstellt. Zum anderen wurden erste Erfahrungen der Krankenhäuser mit den Studierenden in berufsqualifizierenden Tätigkeiten (sowie die Vorbereitungen hierauf) und die Psychotherapeuten in Fachweiterbildung (PiW) ermittelt. Zudem wurde antizipiert, welche Veränderungen im Zuge der Reform der psychotherapeutischen Weiterbildung erwartet werden.

³ Bei vielen Fragen war der Anteil der fehlenden Werte überproportional hoch. Dies kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass zum Befragungszeitpunkt noch keine ausreichenden Erfahrungen zur Beantwortung vorlagen oder die Fragen für diese Befragten keine Relevanz hatten.

4.1 Ausbildungsplätze und Plätze für die berufsqualifizierenden Tätigkeiten

Zum Befragungszeitpunkt wurden von 81 % der Häuser Ausbildungsplätze für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PPiA) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPiA) vorgehalten (Abb. 23). 39 % haben bereits

Plätze für berufsqualifizierende Tätigkeiten für Studierende nach der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeuten (PsychThApprO) angeboten. Von den restlichen Krankenhäusern planen 61 % in den kommenden 2 Jahren, Plätze anzubieten (Abb. 24).

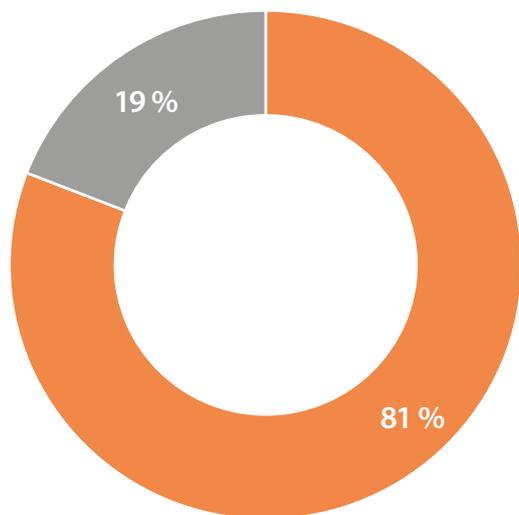
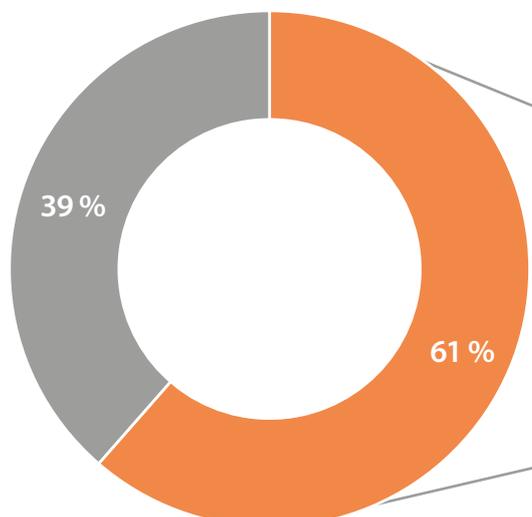


Abb. 23 Halten Sie derzeit **Ausbildungsplätze** für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PPiA) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPiA) vor? (Krankenhäuser in %)

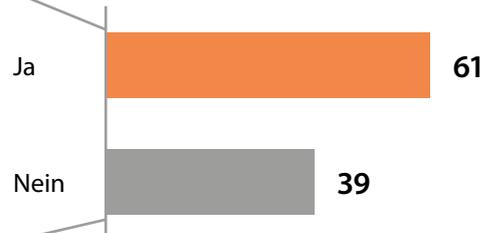
■ Ja ■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Abb. 24 Halten Sie derzeit **Plätze für Studierende in berufsqualifizierenden Tätigkeiten** nach der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) vor? (Krankenhäuser in %)



Wenn nein: Planen Sie, in den nächsten **2 Jahren** Plätze für Studierende in berufsqualifizierenden Tätigkeiten nach der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) vorzuhalten? (Krankenhäuser in %)



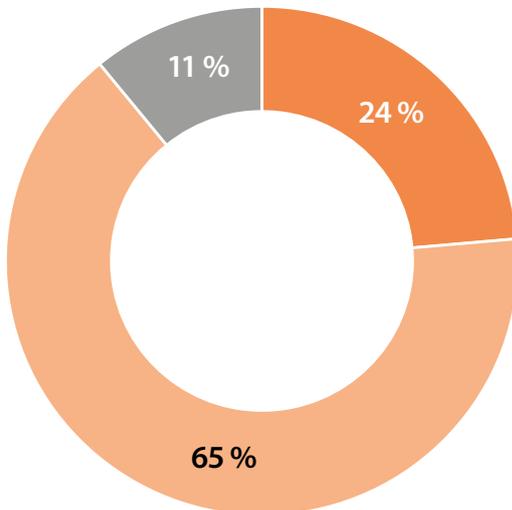
■ Ja ■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Auf Nachfrage gab die Mehrheit der befragten Krankenhäuser (65 %) an, die bestehenden Plätze für berufsqualifizierende Tätigkeiten beizubehalten, ein Viertel wird Plätze reduzieren und ein kleiner Anteil der Krankenhäuser (11 %) wird die Anzahl der Plätze erhöhen. Als Hauptgründe für den Ausbau von Plätzen wurden der steigende Bedarf und die Nachwuchsgewinnung genannt. Für eine Reduktion der angebotenen Plätze waren die Gründe vor allem Budgetgrenzen und eine unklare Finanzierung des höheren Gehalts der Studierenden in den berufspraktischen Tätigkeiten (**Abb. 25**).

Abb. 25 *Wir werden die Anzahl der angebotenen Plätze für die berufsqualifizierenden Tätigkeiten ... (Krankenhäuser in %)*

■ ... reduzieren
 ■ ... beibehalten
 ■ ... erhöhen



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz in Stichworten.

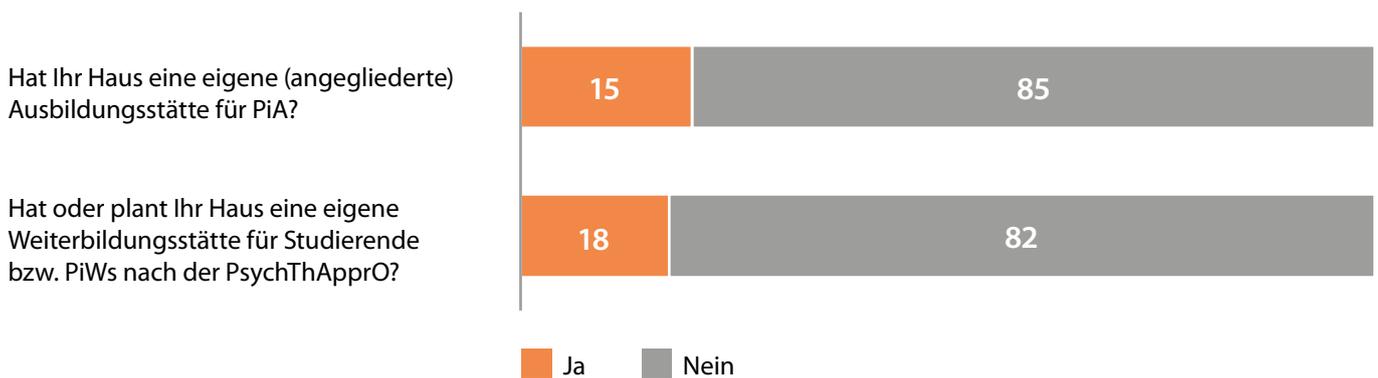
- ... reduzieren:
 - Keine / Unklare Refinanzierung des höheren Gehalts
 - Budgetgrenzen / Stellenabbau
 - Betreuungsaufwand
- ... beibehalten:
 - Feste Einplanung im Tagesgeschäft
 - Gute Erfahrungen mit späterer Übernahme in Anstellung
 - Veränderungen/ Umsetzungen noch unklar / weiteres Vorgehen wird geprüft
- ... erhöhen:
 - Plätze werden neu geschaffen
 - Steigender Bedarf
 - Nachwuchsgewinnung / Fachkräftegewinnung

4.2 Aus- bzw. Weiterbildungsstrukturen

Die Fachweiterbildung zum Psychotherapeuten (PiW) soll in Einrichtungen erfolgen, die als Weiterbildungsstätten zugelassen sind. Um zu ermitteln, inwieweit in den Krankenhäusern ggf. bereits Ausbildungsstrukturen bestehen, wurde im PSYCHIATRIE Barometer erfragt, ob die Häuser eine eigene (angegliederte) Ausbildungsstätte für PiA vorhalten.

Für 15% der antwortenden Einrichtungen trifft dies zum Befragungszeitpunkt zu. Zudem wurde ermittelt, ob das eigene Krankenhaus bereits eine eigene Weiterbildungsstätte hat oder eine Zulassung plant. Dies geben 18% der befragten Einrichtungen an (**Abb. 26**).

Abb.
26 Aus- bzw. Weiterbildungsstätte?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Die Krankenhäuser können bei der Qualifikation und Betreuung der Studierenden bzw. perspektivisch der PiW vielfach auf bereits in der PiA-Ausbildung entwickelte Strukturen zurückgreifen. Hier sind vor allem die umfassende Integration ins Team (z. B. durch Teilnahme an Teambesprechun-

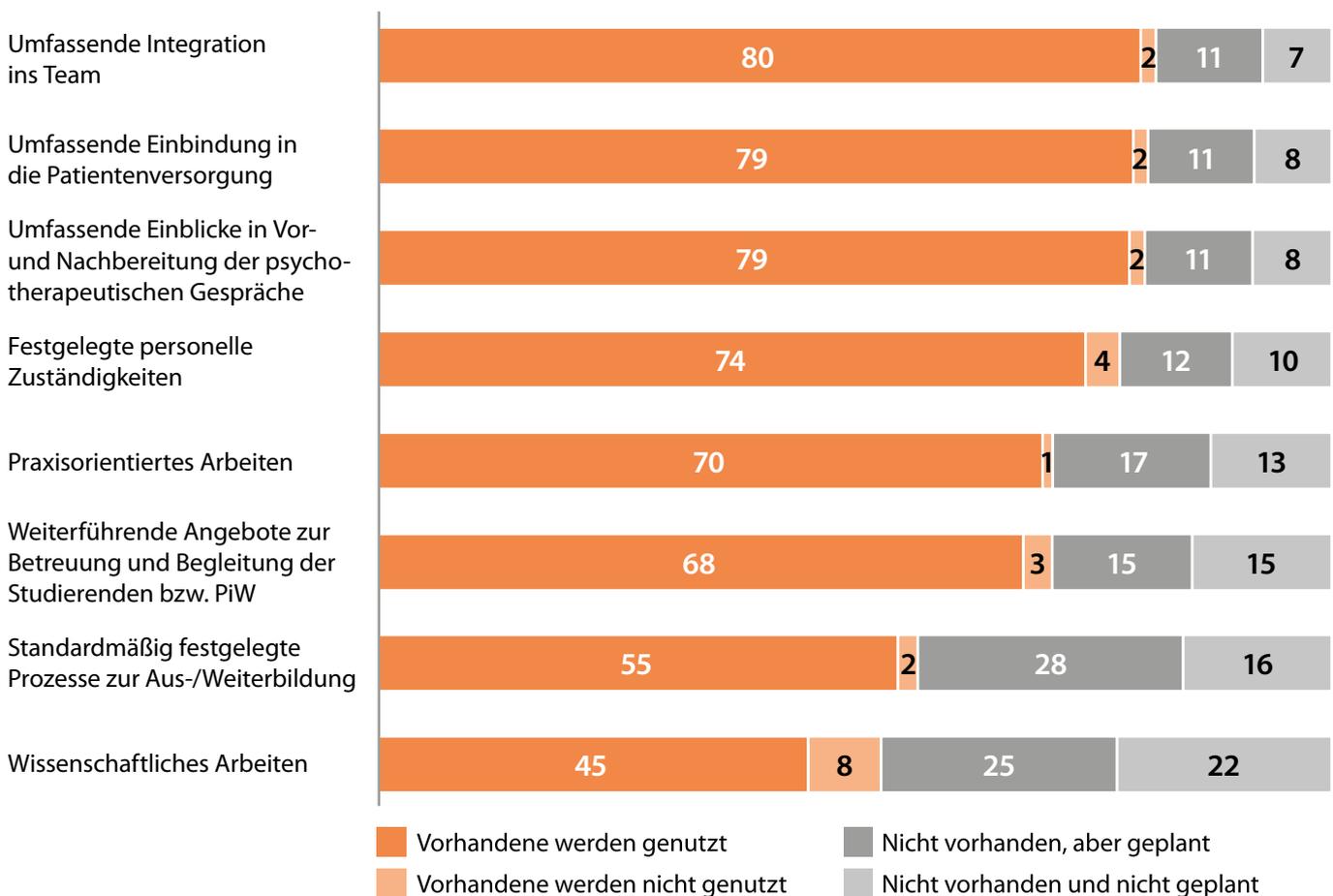
gen), die umfassenden Einblicke in die Patientenversorgung (z. B. durch Teilnahme an Visiten) sowie die Vor- und Nachbereitung der psychotherapeutischen Gespräche schon vorhanden. Je rund 80% der befragten Einrichtungen geben an, vorhandene Ausbildungsstrukturen zu nutzen.

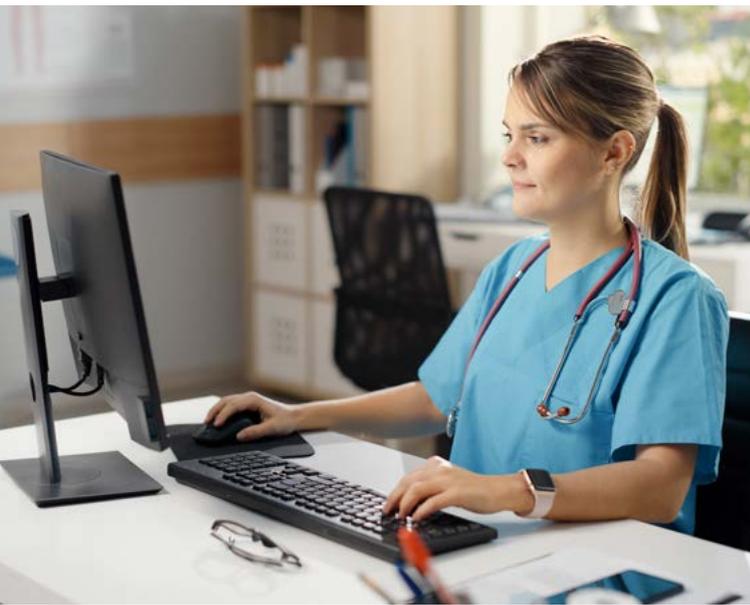
Die Studierenden bzw. PiW können auch davon profitieren, dass die befragten Häuser bereits personelle Zuständigkeiten festgelegt haben, wie etwa Beauftragte für Aus- und Weiterbildung zu benennen, Erfahrungen bei praxisorientiertem Arbeiten (z. B. Fallseminare) sowie mit weiterführenden Angeboten zur Betreuung und Begleitung gesammelt zu haben, beispielsweise in Form von Supervisionen. Zwischen 68 und 74 % der Einrichtungen geben jeweils an, dass die vorhandenen Strukturen für die PiW genutzt werden. Weitere 12 bis 15 % der Kliniken planen zum Befragungszeitpunkt, diese Strukturen einzurichten.

Vorhandene standardmäßig festgelegte Prozesse zur Aus- und Weiterbildung, wie z. B. schriftliche Tätigkeits- oder Aufgabenbeschreibungen, nutzt gut die Hälfte der befragten Kliniken zum Zeitpunkt der Erhebung. Gut ein weiteres Viertel der Einrichtungen hält diese noch nicht vor, plant aber, diese zu entwickeln.

45 % der befragten Häuser greifen auf vorhandene Erfahrungen beim wissenschaftlichen Arbeiten für Studierende bzw. PiW zurück. Weitere 25 % planen Konzepte oder Strukturen, wie einen Journal Club, zu entwickeln (**Abb. 27**).

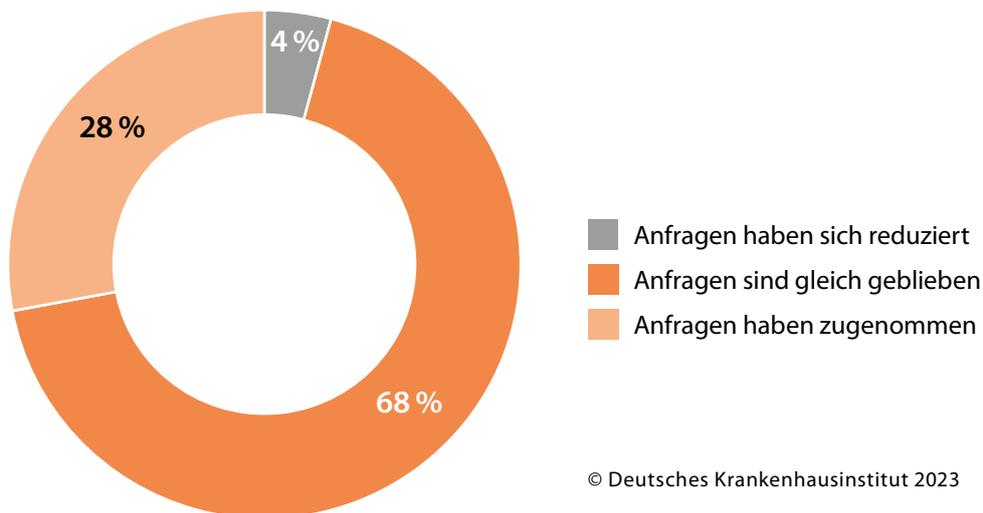
Abb. 27 *Inwieweit werden vorhandene Ausbildungsstrukturen der PiAs für Studierende in berufsqualifizierenden Tätigkeiten oder der Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiWs) nach der PsychThApprO genutzt oder angepasst? (Krankenhäuser in %)*





Im Zuge des Studiums bzw. der Weiterbildung zum Psychotherapeuten kann es für die Krankenhäuser notwendig sein, mit anderen Einrichtungen zu kooperieren. Die Anzahl der Kooperationsanfragen hat sich mit Einführung der Neuregelungen im Vergleich zur alten Regelung nach Angabe von gut zwei Dritteln der Einrichtungen nicht verändert. Gut ein Viertel der befragten Häuser hat jedoch angegeben, dass die Anfragen seitdem zugenommen haben (**Abb. 28**), wobei dies vor allem die Einrichtungspsychiatrien berichten (Einrichtungspsychiatrien: 35 % Anfragen haben zugenommen; Abteilungspsychiatrien: 19 % Anfragen haben zugenommen).

Abb. 28 Hat sich aufgrund der Reform des PsychThG die Anzahl der Kooperationsanfragen von Aus- bzw. Weiterbildungsstätten im Vergleich zur alten Regelung für Ihr Krankenhaus verändert? (Krankenhäuser in %)



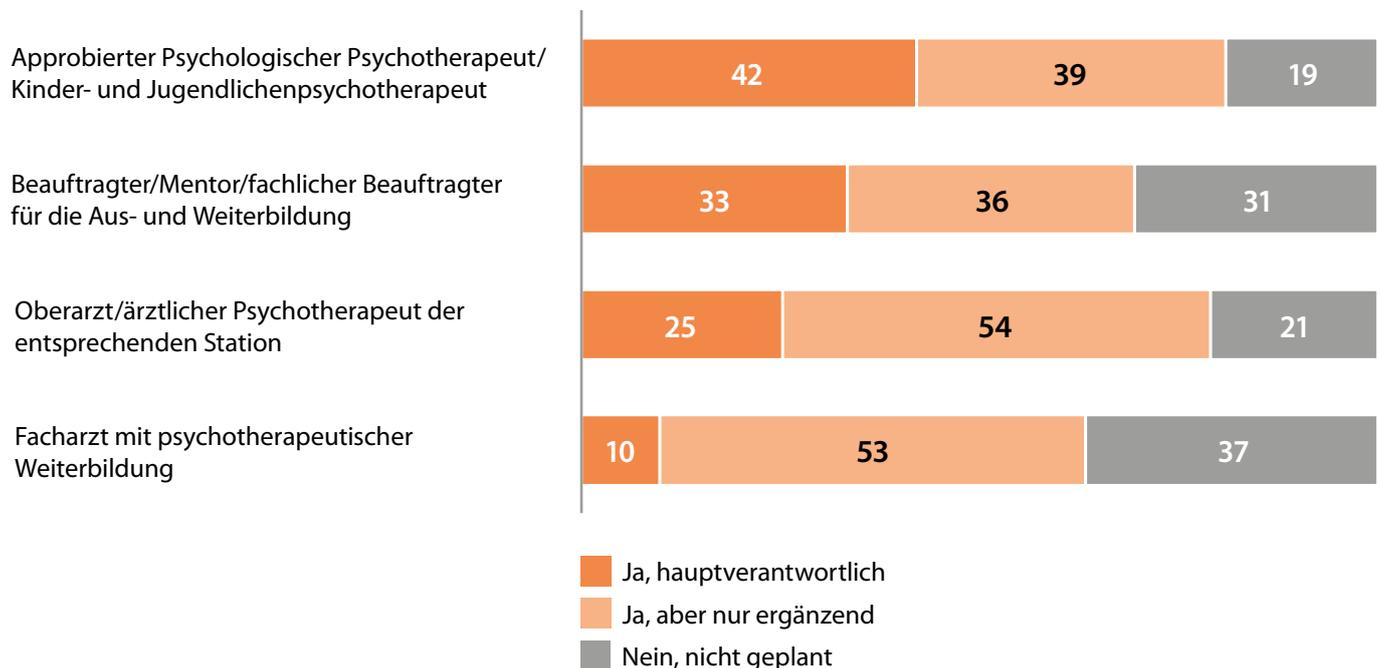
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

4.3 Fachliche Anleitung

Die antwortenden Einrichtungen setzen zum Befragungszeitpunkt vor allem approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichentherapeuten für die fachliche Anleitung der Studierenden ein (81 %), wobei diese etwas häufiger hierfür hauptverantwortlich sind.

Oberärzte bzw. Ärztliche Psychotherapeuten übernehmen in einem Großteil der Einrichtungen (79 %) ebenfalls die fachliche Anleitung, wobei diese vor allem ergänzend zum Einsatz kommen. Je rund zwei Drittel der befragten Häuser betrauen zum Befragungszeitpunkt (fachliche) Beauftragte oder Mentoren bzw. Fachärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung damit, die Studierenden fachlich anzuleiten (**Abb. 29**).

Abb. 29 *Inwieweit setzen Sie derzeit bzw. planen Sie die folgenden Personen bei der fachlichen Anleitung der Studierenden nach der PsychThApprO ein? (Krankenhäuser in %)*



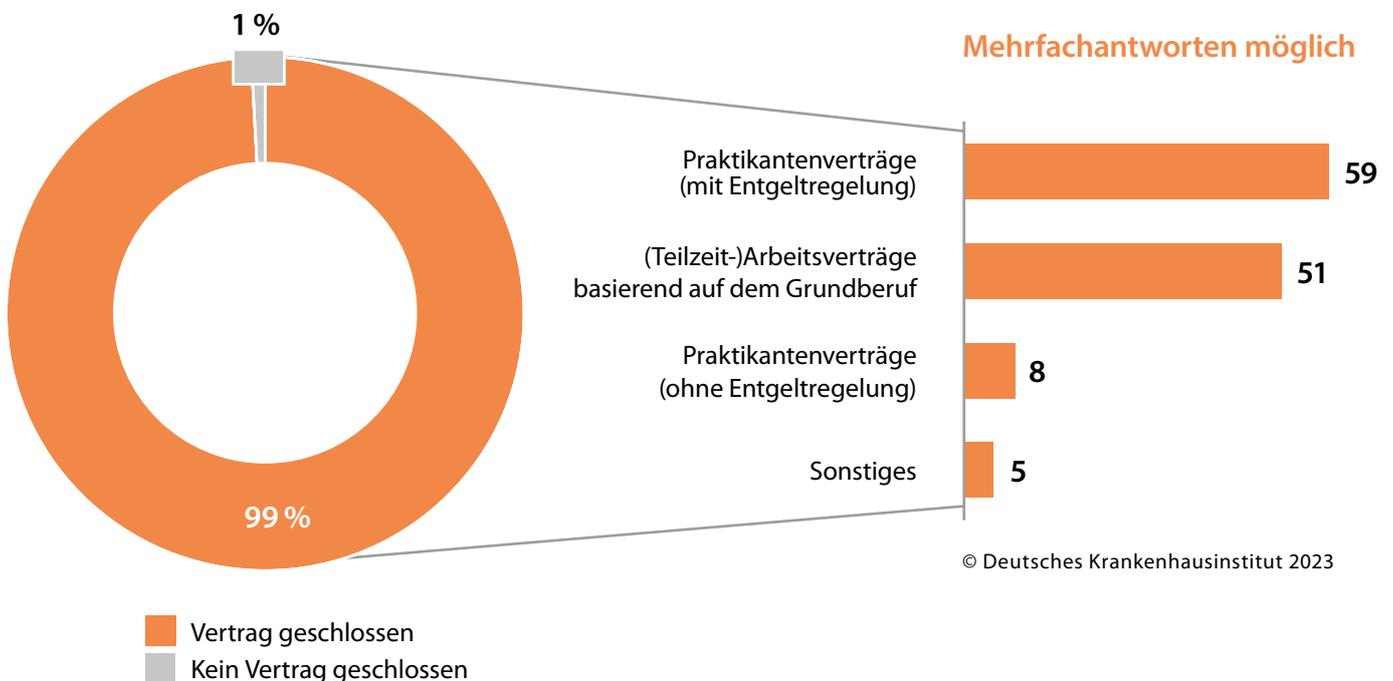
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

4.4 Vertraglich-finanzielle Aspekte

Nahezu alle befragten Einrichtungen haben zum Befragungszeitpunkt den Einsatz von PiA bzw. Studierenden vertraglich geregelt. Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen hat jeweils angegeben, Praktikantenverträge mit Entgeltregelung (59%) bzw. (Teilzeit-)Arbeitsverträge basierend auf dem Grundgehalt (51%) zu schließen (**Abb. 30**).

Die beteiligten Krankenhäuser gaben auf Nachfrage an, dass jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser (32%) die angepasste Finanzierung nach TV-L 13 der PiW in ihrer Finanzierungsplanung berücksichtigt oder die Anpassung geplant, aber noch nicht umgesetzt hat (34%). Die restlichen Häuser haben hier keine konkrete Planung angegeben. Dies ist mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf die aktuelle Situation der fehlenden gesetzlichen Regelung zur klaren Refinanzierung der höheren Lohnkosten zurückzuführen.

Abb. 30 Welchen Vertrag bzw. welche Verträge schließt Ihr Haus mit PiA bzw. Studierenden im Rahmen deren Tätigkeit? (Krankenhäuser in %)



4.5 Erwartete Veränderung

Insgesamt erwartet die Mehrheit der Krankenhäuser zum Befragungszeitpunkt durch die Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung eine Erhöhung der Lohnkosten durch die Eingruppierung der PiW im Vergleich zu den PiA.

Außerdem erwarten rund 60% der Einrichtungen, dass sich die personellen Aufwände und der

Aufwand zur Anpassung von etablierten Prozessen für die Aus- und Weiterbildung durch den Einsatz der PiW im Vergleich zu den PiA erhöhen werden. Die Einsatzbereiche der PiW werden aus Sicht der Mehrheit der Krankenhäuser (57%) gleichbleiben. 16% gehen sogar davon aus, dass sich die Einsatzbereiche reduzieren werden (**Abb. 31**).

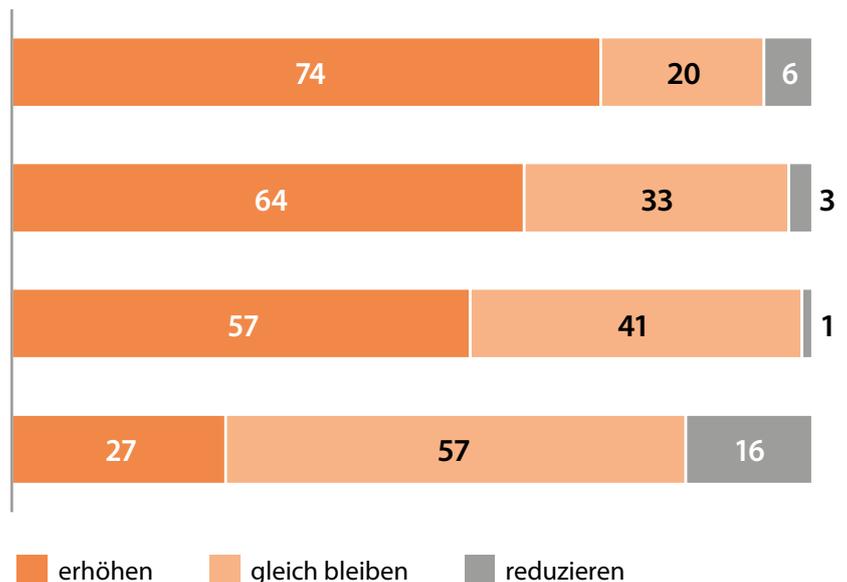
Abb. 31 *Inwieweit erwarten Sie durch die Reform der Psychotherapeutischen Weiterbildung folgende Veränderungen? (Krankenhäuser in %)*

Die Lohnkosten werden sich durch die Eingruppierung der PiW im Vergleich zu den PiA ...

Die personellen Aufwände für die Aus- und Weiterbildung werden sich durch den Einsatz der PiW im Vergleich zu den PiA ...

Der Aufwand für die Anpassung etablierter Prozesse wird sich durch den Einsatz der PiW im Vergleich zu den PiA ...

Die Einsatzbereiche (z. B. Erstellung und Anpassung von Behandlungsplänen) der PiW werden sich im Vergleich zu den PiA ...



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

5

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 (StäB) 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 die stationsäquivalente Behandlung erbringen, wenn u. a. folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Die psychiatrische Einrichtung verfügt über eine regionale Versorgungsverpflichtung.
- Es liegt auf Seiten des Patienten eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vor.

Inwieweit diese neue Behandlungsform in den Alltag der psychiatrischen Einrichtungen Eingang gefunden hat, sollte für das Jahr 2021 geklärt werden.

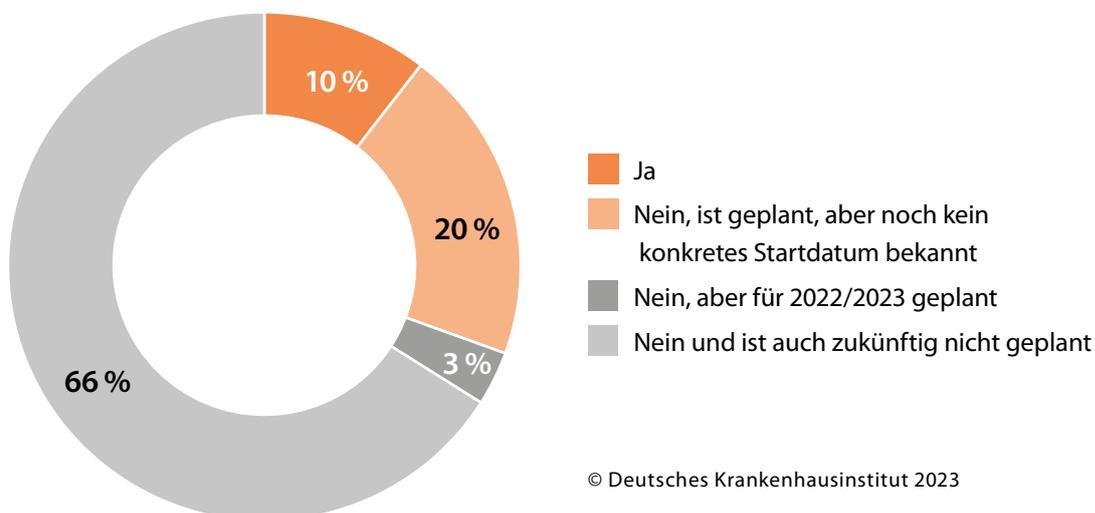
5.1 Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung

Im Jahr 2021 haben rund 10% der psychiatrischen Einrichtungen stationsäquivalente Behandlung angeboten (**Abb. 32**).

Die Umsetzung dieser Behandlungsform ist bei den Fachkrankenhäusern weiter verbreitet als bei den Abteilungspsychiatrien: Während rund 13% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser eine entsprechende Behandlung anbieten, tun dies rund 6% der Abteilungspsychiatrien.

Weitere rund 3% der Häuser planen für 2022/2023 den Einstieg in diese immer noch neue Behandlungsform.

Abb.
32 *Hat Ihr Krankenhaus stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V im Jahr 2021 angeboten? (Krankenhäuser in %)*



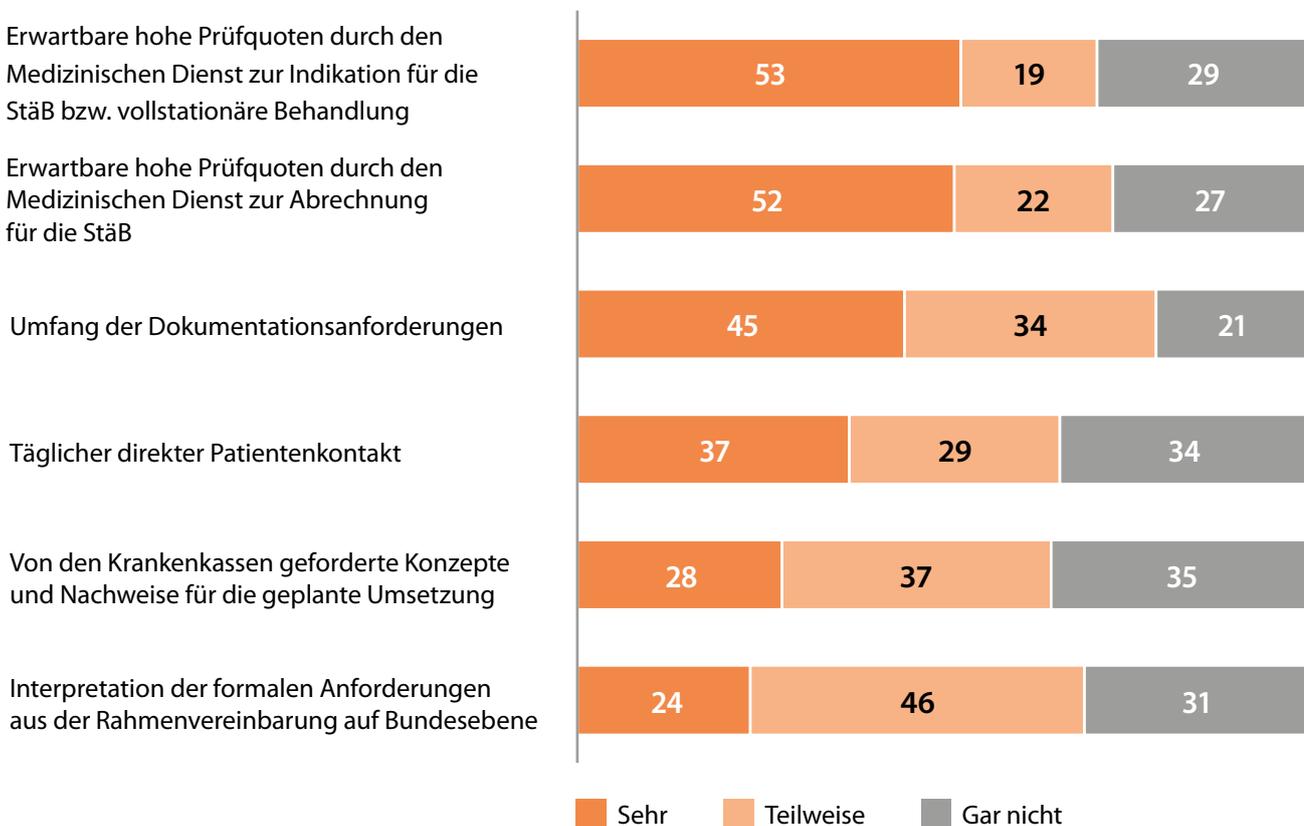
Ein Fünftel der Häuser (20%) plant zwar eine Umsetzung, aber der Zeitpunkt für den Einstieg ist noch nicht festgelegt. Zwei Drittel der Einrichtungen (66%) planen derzeit noch nicht, die stationsäquivalente Behandlung anzubieten.

5.2 Einfluss der Rahmenbedingungen auf die Entscheidung zur Einführung der stationsäquivalenten Behandlung

Neben den internen Herausforderungen sind auch die Rahmenbedingungen zu nennen, die eine Rolle spielen können bei der Frage, ob man stationsäquivalente Behandlung einführt oder nicht. Aus diesem Grund wurden hier auch Teilnehmer befragt. Im Folgenden sind die Ergebnisse der Krankenhäuser dargelegt, die bisher keine StäB eingeführt haben (**Abb. 33 und Abb. 34**).

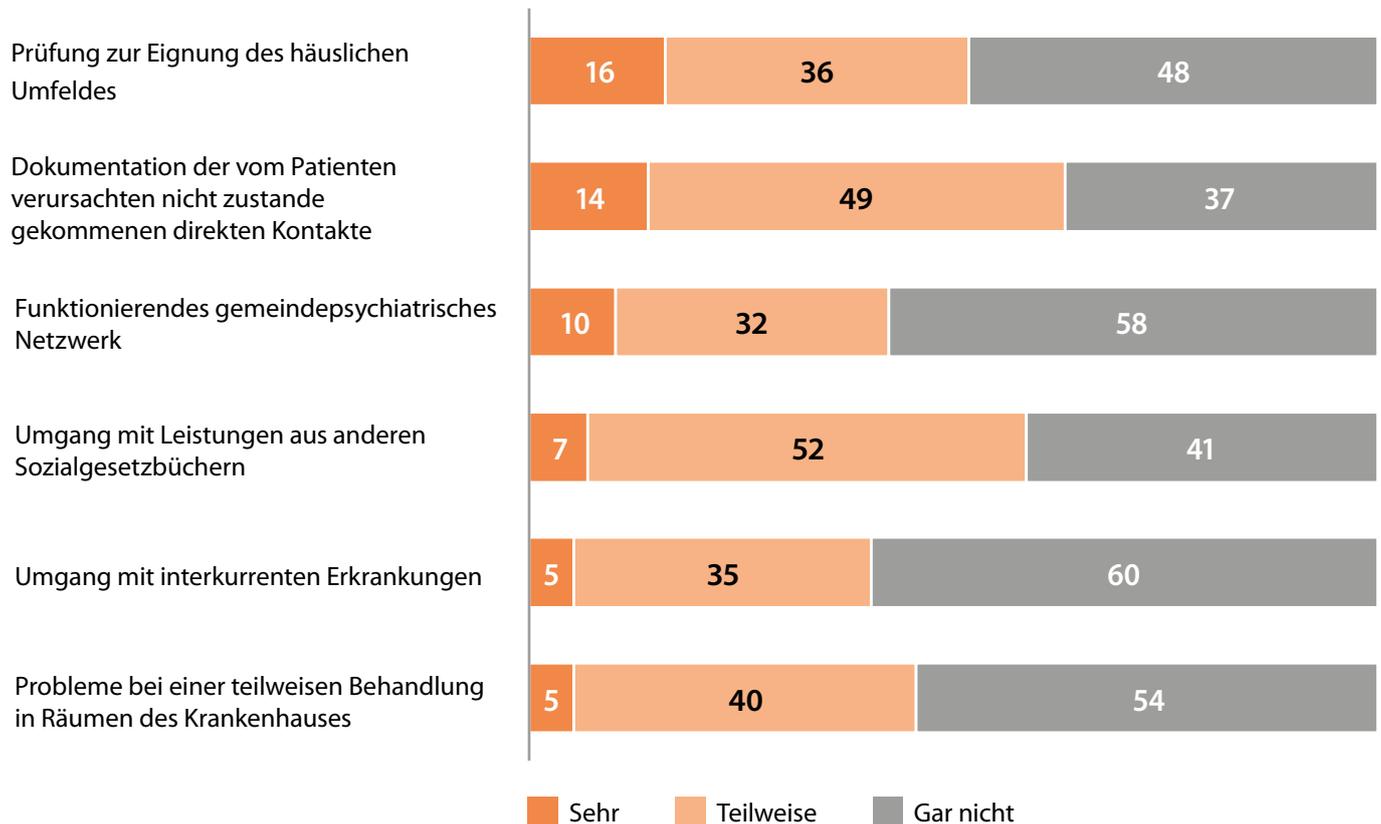
Die Rahmenbedingungen, die den größten Einfluss auf die Nicht-Einführung der stationsäquivalenten Behandlung hatten, waren die Erwartungen hinsichtlich der hohen Prüfquoten durch den Medizinischen Dienst. Dies betraf zum einen die Prüfquoten im Hinblick auf die Indikation zur StäB bzw. vollstationären Behandlung, zum anderen die Überprüfung der Abrechnung der Leistungen der StäB. In beiden Fällen gab die Hälfte der Krankenhäuser genau dies als die Rahmenbedingungen an, die ihre Entscheidung sehr beeinflusst hätten.

Abb. 33 *Inwieweit haben die Rahmenbedingungen der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V Einfluss auf Ihre Entscheidung über die Einführung bzw. Nicht-Einführung?*
(Krankenhäuser in %, die eine Einführung einer StäB nicht geplant haben)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Abb. 34 *Inwieweit haben die Rahmenbedingungen der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V Einfluss auf Ihre Entscheidung über die Einführung bzw. Nicht-Einführung?*
(Krankenhäuser in %, die eine Einführung einer StäB nicht geplant haben)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Eine weitere Rahmenbedingung für die Entscheidung zur Nicht-Einführung stellt der Umfang der Dokumentationsanforderungen dar. Hier gaben 45 % der Häuser an, dass dies ihre Entscheidung sehr beeinflusst hätte.

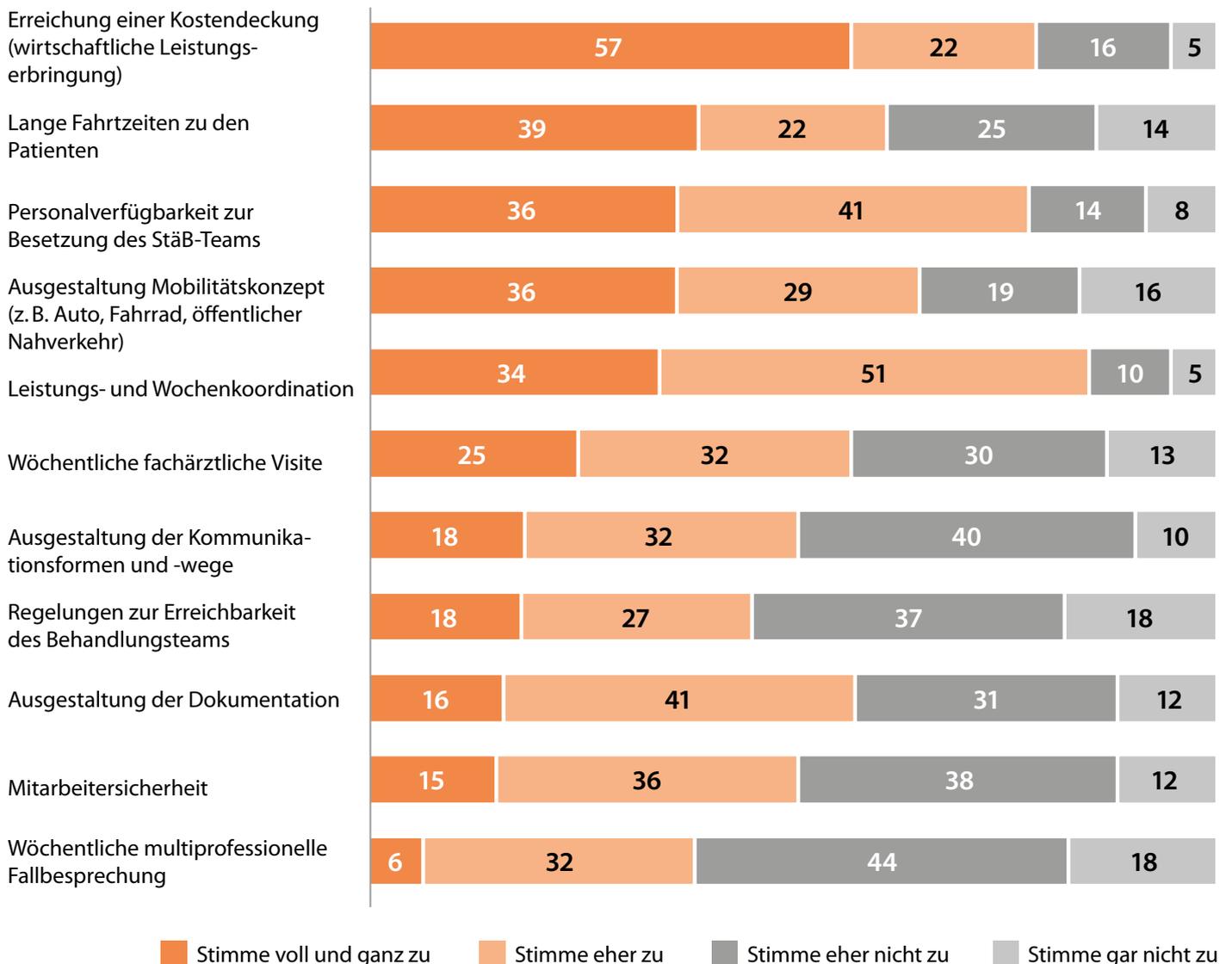
Der tägliche direkte Patientenkontakt wurden von 37 % der Einrichtungen, die bisher keine StäB eingeführt haben, als sehr einflussreich auf die Entscheidung eingestuft. Zudem gab rund jede vierte Einrichtung, die bisher keine StäB eingeführt hat, an, dass die Rahmenbedingungen von den Krankenkassen, wie geforderte Konzepte (28 %) und Interpretation der formalen Anforderungen aus der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene (24 %), die Entscheidung sehr beeinflusst haben.

5.3 Interne Herausforderungen bei der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung

Die Krankenhäuser, die schon stationsäquivalente Behandlung durchführen oder es planen, sollten die Diskussionen um die mit der Einführung dieser Behandlungsform verbundenen internen Herausforderungen benennen.

Die internen Diskussionen kreisten im Wesentlichen um die mit der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung verbundenen Kosten und die konkrete Umsetzung der StäB (Abb. 35).

Abb. 35 *Inwieweit ergaben sich bei der Diskussion um die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V interne Herausforderungen? (Krankenhäuser in %, die bereits StäB einsetzen oder planen)*



Über die Hälfte der Befragten stimmte voll und ganz zu, dass die wirtschaftliche Leistungserbringung im Sinne einer Kostendeckung intern diskutiert wurde. Ebenso waren die Ausgestaltung des Mobilitätskonzeptes, z. B. wie das Personal zu den

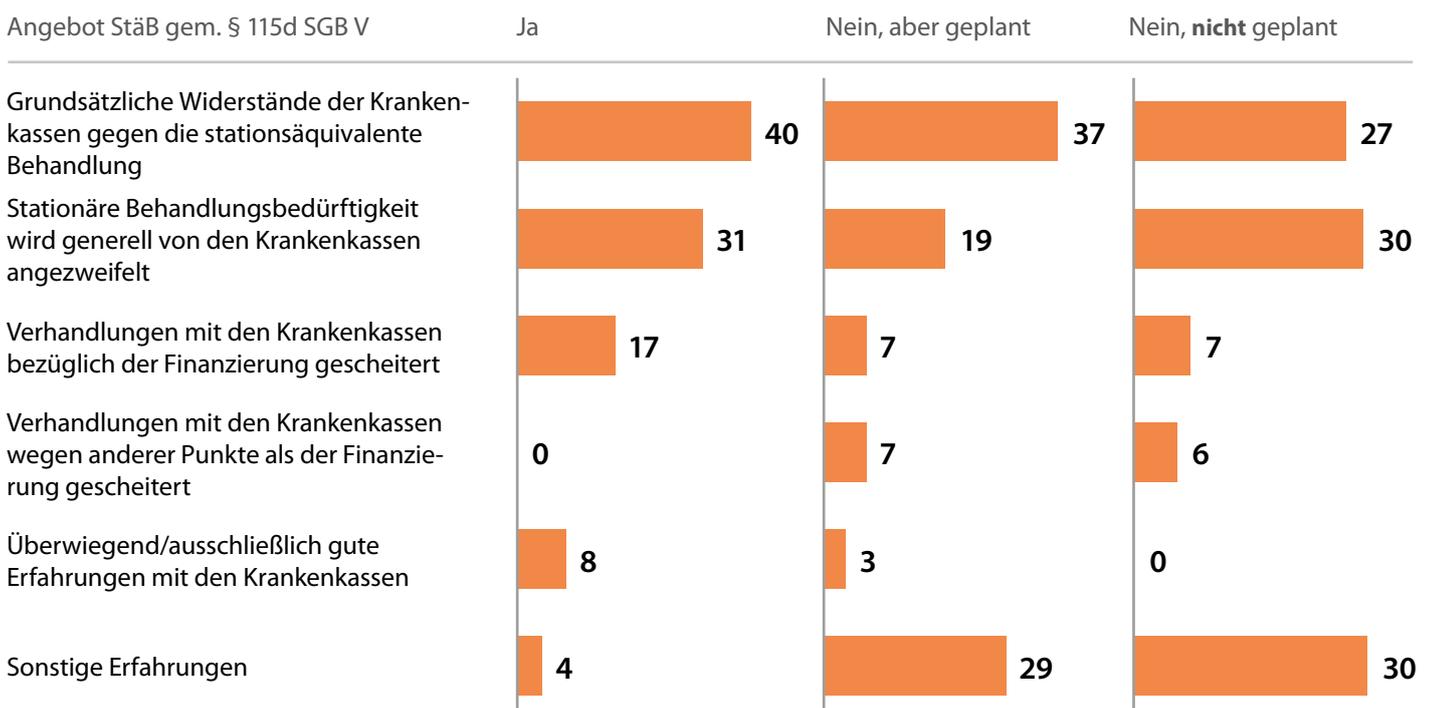
Patienten gelangt und die Fahrtzeiten zu den Patienten, Teil der internen Diskussionen.

Dies trifft auch auf die Personalverfügbarkeit zur Besetzung der StäB-Teams und die erforderliche Leistungs- und Wochenkoordination zu.

5.4 Erfahrung mit den Krankenkassen bei der Implementierung der stationsäquivalenten Behandlung

Für die Einführung bzw. Nicht-Einführung der stationsäquivalenten Behandlung spielen die Krankenkassen eine wichtige Rolle. Durch die Erfahrungen bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen in der Phase der Implementierung kann die Entscheidung des Krankenhauses zur Einführung dieser Behandlungsform noch erheblich beeinflusst werden (Abb. 36).

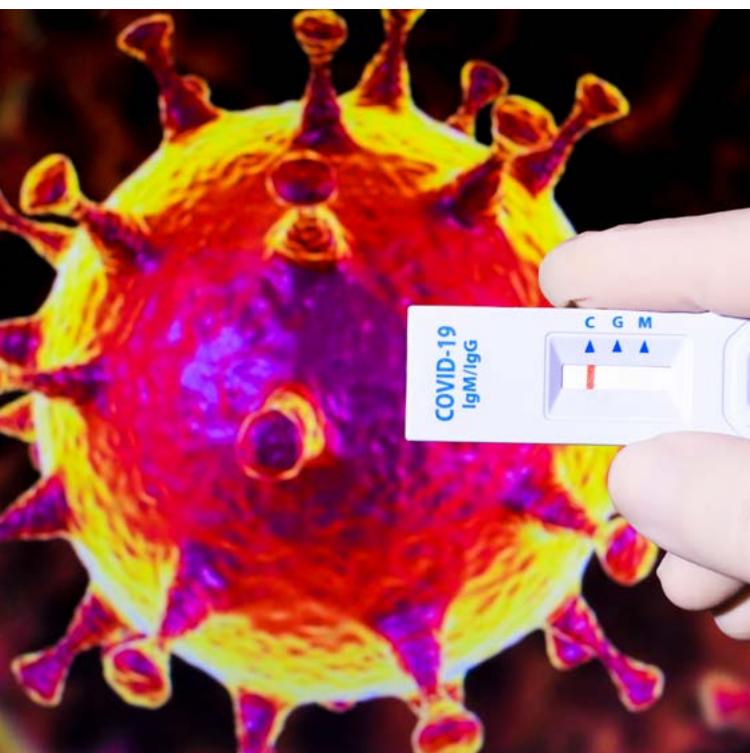
Abb. 36 Welche Erfahrungen haben Sie mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Implementierung der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V machen können? (Mehrfachnennungen möglich, Krankenhäuser in %)



Unabhängig vom derzeitigen Status der stationsäquivalenten Behandlung in den Krankenhäusern gaben die Krankenhäuser an, dass es grundsätzliche Widerstände der Krankenkassen gegen diese Behandlungsform gegeben habe. Sogar fast 40 % der Krankenhäuser, die schon StäB umgesetzt haben, gaben dies an. Mehr als ein Drittel der Häuser, die eine Einführung planen, berichteten das.

Rund 31 % der Krankenhäuser, die StäB durchführen, berichteten, dass die Krankenkassen die stationäre Behandlungsbedürftigkeit generell anzweifeln würden. In vergleichbarer Höhe wurde dies auch von den Häusern bestätigt, die weder StäB erbringen noch eine Einführung planen.

Selbst bei 17 % der Krankenhäuser, die schon Erfahrungen mit der stationsäquivalenten Behandlung haben, scheiterten die Verhandlungen mit den Krankenkassen bezüglich der Finanzierung der StäB-Leistungen. Diese Krankenhäuser können ihre Leistungen daher nur unter der Regelung des § 8 der „Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2022 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022 – PEPPV 2022) erbringen. Demnach können Krankenhäuser für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200 Euro abrechnen, solange durch Verhandlungen mit den Krankenkassen die Vergütungshöhe nicht geändert wird.



5.5 Auswirkungen der Corona-Pandemie

Während der Corona-Pandemie musste die stationsäquivalente Behandlung als aufsuchende Behandlungsform unter strikter Beachtung der Hygienevorschriften durchgeführt werden, um sowohl die Patienten und deren Bezugspersonen als auch das Personal vor Infektionen zu schützen. Die Einrichtungen wurden daher nach den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die stationsäquivalente Behandlung gefragt (**Abb. 37**).

In 10% der Häuser hat sich die Einführung von StäB durch die Corona-Pandemie verzögert. In weiteren 7% der Häuser kam es in den Jahren 2020 bis 2022 zu einer Fallzahlreduktion bei den StäB-Fällen. Auf der anderen Seite berichteten 4% der Häuser genau das Gegenteil: Während der Corona-Zeit wurde die Fallzahl bei StäB sogar ausgeweitet.

72% der Krankenhäuser haben unabhängig von der Corona-Pandemie die stationsäquivalente Behandlung bisher nicht umgesetzt.

Hierzu wurden die Antwortkategorien „bisher keine Umsetzung“ und „keine Angabe möglich“ zusammengefasst. Insofern gibt es ein gemischtes Bild hinsichtlich der Auswirkungen von Corona auf die stationsäquivalente Behandlung.

Abb. **37** *Hat sich die Corona-Pandemie auf die stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V ausgewirkt? (Krankenhäuser in %)*

Nein, wie vor der Corona-Pandemie vorgesehen, hat unser Krankenhaus die stationsäquivalente Behandlung bisher nicht umgesetzt/oder keine Angabe möglich.

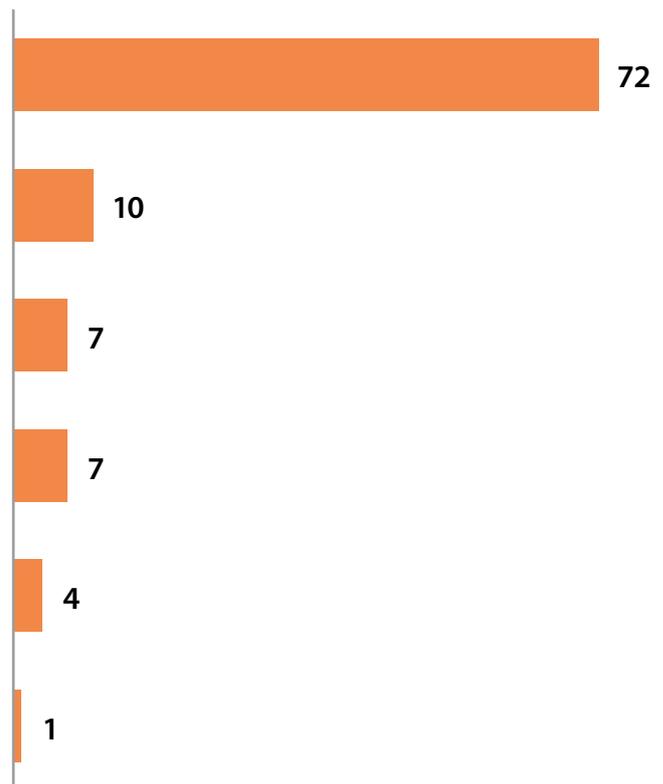
Ja, die Corona-Pandemie hat die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung in unserem Krankenhaus verzögert.

Nein, die Corona-Pandemie hatte keine Auswirkungen auf die Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung in unserem Krankenhaus und diese hat sich wie geplant entwickelt.

Ja, die Corona-Pandemie hat sich fallzahlreduzierend auf das Angebot der stationsäquivalenten Behandlung ausgewirkt.

Ja, die Corona-Pandemie hat sich fallzahlsteigernd auf das Angebot der stationsäquivalenten Behandlung ausgewirkt.

Ja, die Corona-Pandemie hat die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung in unserem Krankenhaus durch die Möglichkeit einer Behandlung im häuslichen Umfeld beschleunigt.



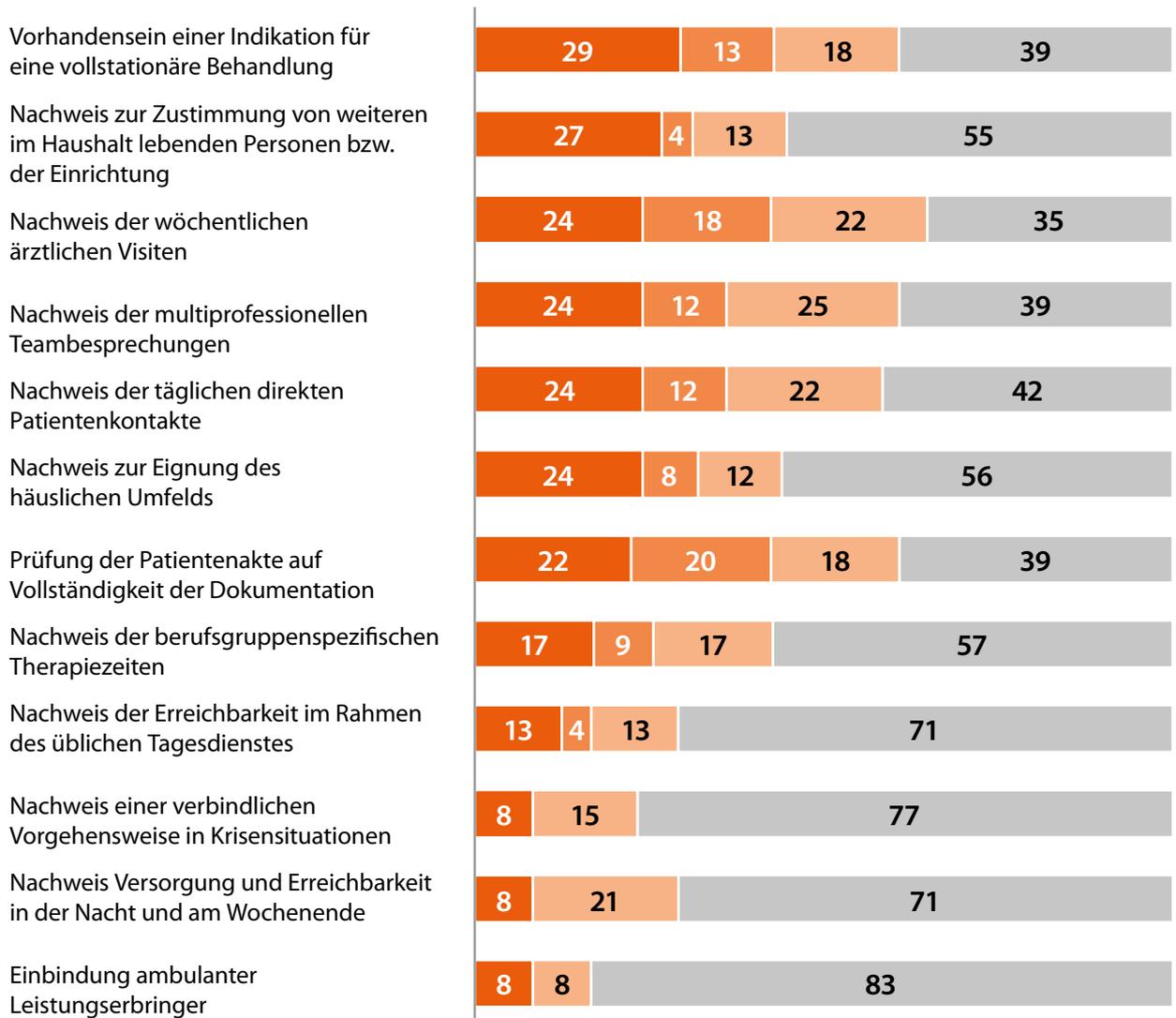
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

5.6 Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei der stationsäquivalenten Behandlung

Die Krankenhäuser, die schon stationsäquivalente Behandlung erbringen, wurden danach gefragt, wie hoch die Prüfquote des Medizinischen Dienstes bei diesen Fällen im Jahr 2021 war (**Abb. 38**).

Im Mittel (Median) lag die Prüfquote bei 30%. In Abteilungspsychiatrien lag sie mit rund 27% darunter, während sie in den Fachkrankenhäusern mit fast 45% deutlich höher war.

Abb. 38 *Wie häufig kam es zu den genannten Prüfanlässen bei der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115 d SGB V im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst? (Krankenhäuser in %)*



Aufgrund der geringen Zahl der Krankenhäuser, die sich zu Veränderungen der Prüfquoten im Zeitverlauf geäußert haben, lässt sich hier keine allgemeine Tendenz ableiten. Dennoch ist festzustellen, dass diejenigen, die keine Veränderung feststellen können, sich die Waage mit denjenigen halten, die ein Absenken angegeben haben. Der Anteil der Häuser, die eine steigende Prüfquote verzeichneten, liegt nur leicht unter diesen beiden Gruppen.

Abschließend wurden die Krankenhäuser nach den Prüfanlässen bei der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst gefragt.

Die Krankenhäuser gaben an, dass sehr oft die nachstehenden Prüfanlässe vom Medizinischen Dienst geprüft wurden:

- Vorhandensein einer Indikation für eine vollstationäre Behandlung (29 %),
- Nachweis zur Zustimmung von weiteren im Haushalt lebenden Personen, bzw. der Einrichtung (27 %),
- Nachweis der wöchentlichen ärztlichen Visiten (24 %),
- Nachweis der multiprofessionellen Teambesprechungen (24 %),
- Nachweis der täglichen direkten Patientenkontakte (22 %),
- Nachweis zur Eignung des häuslichen Umfeldes (24 %) sowie
- Prüfung der Patientenakte auf Vollständigkeit der Dokumentation (22 %).

Diese Prüfanlässe bestätigen zum einen die Diskussionen um die Rahmenbedingungen der stationsäquivalenten Behandlung, zum anderen die Erfahrungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen bei der Implementierung dieser Behandlungsform.

Die Häufigkeit der Prüfung einer Indikation für eine vollstationäre Behandlung weist darauf hin, dass die grundsätzlichen Bedenken der Krankenkassen gegenüber der StäB weiterhin bestehen.

Der Umfang und die Häufigkeit der Prüfung von Dokumentationsanforderungen spiegeln das grundsätzliche Problem im Gesundheitswesen wider: die überbordende Dokumentation mit damit zusammenhängenden bürokratischen Aufwänden.

Literaturverzeichnis

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI, 2022).
Psychiatrie Barometer - Umfrage 2021/2022.

Online verfügbar unter:

https://www.dki.de/sites/default/files/2022-07/2022_Final_Psych-Barometer_web.pdf

