Psychiatrie Barometer

Umfrage 2011

Dr. Karl Blum
Dr. Sabine Löffert
Dr. Matthias Offermanns
Dr. Petra Steffen

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

PSYCHiatrieBAROMETER 2011

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, November 2011

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG 5

1 STRUKTURDATEN DER KRANKENHÄUSER 7

1.1 FACH- UND ALLGEMEINKRANKENHÄUSER 7
1.2 VORGEHALTENE FACHABTEILUNGEN 8
1.3 BELEGUNGSDATEN DES BUDGETBEREICHS 10
1.4 VERTEILUNG DER FÄLLE NACH HAUPTDIAGNOSEN 14
1.5 BESONDERE PATIENTENKLIENTEL 18

2 STRUKTURDATEN DER FACHABTEILUNGEN 21

2.1 ANZAHL PLANBETTEN 21
2.2 VOLLSTATIONÄRE FÄLLE 23
2.3 TEILSTATIONÄRE FÄLLE 27
2.4 VERWEILDAUER 29
2.5 NUTZUNGSGRAD 30

3 DIAGNOSTISCHE VERFAHREN UND MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSANGEBOTE 33

3.1 DIAGNOSTIK 34
3.2 PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN 37
3.2.1 Psychotherapeutische Therapie in Einzel- oder Gruppenform 38
3.2.2 Kognitiv-behaviorale Verfahren 40
3.2.3 Operante Verfahren 41
3.2.4 Konfrontationsverfahren 43
3.2.5 Entspannungsverfahren 45
3.2.6 Weitere Verfahren 47
3.3 MEDIZINISCH-MEDIKAMENTÖSES ANGEBOT 49
3.4 BEGLEITENDE BEHANDLUNGSANGEBOTE 52
3.4.1 Gruppen- oder Paarangebote 52
3.4.2 Ergotherapie 54
3.4.3 Arbeitstherapien 56
3.4.4 Kreativtherapie 57
3.4.5 Physiotherapie 59
3.4.6 Sport- und Bewegungstherapien 60
3.4.7 Weitere begleitende Behandlungsangebote 62
3.5 EINBEZIEHUNG IN DIE BEHANDLUNG BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN 65

PSYCHiatrie BAROMETER 2011

3.6 Weiteres Leistungsangebot 69

4 AMBULANTE ANGEBOTE UND ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN LEISTUNGSERBRINGERN 71

4.1 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) 71
4.2 Ambulante Angebote 74
4.3 Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern bei zusätzlichen Angeboten 76

5 INTEGRIERTE VERSORGUNG BEI PATIENTEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN 79

5.1 Verträge und Patienten 79
5.2 Indikationen und Versorgungsbereiche 81
5.3 Kooperationspartner 82
5.4 Vergütung und Erlöse 82

6 STELLENBESETZUNGSPROBLEME 85

6.1 Ärztlicher Dienst 85
6.2 Pflegedienst 88
6.3 Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen 89
6.4 Pädagogische Berufe 90
6.5 Sonstige Gesundheitsfachberufe 91

7 MDK-PRÜFUNGEN 93

7.1 Fallzahlen für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen 93
7.2 Prüfanlässe 94
7.3 Prüfergebnisse 97
7.4 Bearbeitungsaufwand und Bearbeitungsfristen 98

8 PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG 100

8.1 Umsetzung des Psych-PV – Absolutwerte 101
8.2 Umsetzung des Psych-PV - Prozentwerte 103
8.3 Abweichungen von der Psych-PV 105

9 VORBEREITUNG AUF DAS NEUE ENTGELTSYSTEM 107

9.1 Kodierung von Diagnosen/Prozeduren 107
9.2 Zusätzliche Stellen und Mitarbeiter 109
9.3 Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem 111
9.4 Personal für Medizincontrolling 115

LITERATURVERZEICHNIS.....**116**

Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2011erstmalig die Ergebnisse des PSYCHiatrie Barometers vor, einem neuen 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 bewährte Konzept des DKI-Krankenhaus Barometers (DKI, 2000ff.) für den somatischen Bereich wird damit auf die Psychiatrie übertragen.

Das PSYCHiatrie Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VlK) und die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (DKVG).

Die jährlichen Ausgaben des PSYCHiatrie Barometers werden im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar sein (www.dki.de). Anfang 2012 wird eine um redaktionelle Beiträge namhafter Autoren ergänzte Buchfassung des PSYCHiatrie Barometers in der Deutschen Krankenhaus VerlagsGesellschaft erscheinen.[1]

Die Ergebnisse des PSYCHiatrie Barometers 2011 beruhen auf einer Vollerhebung in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von Mai bis Juli 2011 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 178 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.

[1] Vgl. Janßen, U./Blum, K. (Hrsg.): DKI-Barometer Psychiatrie 2010/2011. Düsseldorf 2012

Die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten werden nachfolgend aus Gründen der besseren Lesbarkeit als „*Psychiatrische Fachkrankenhäuser*“ bezeichnet. Ihnen werden die „*Allgemeinkrankenhäuser*“ gegenüber gestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachabteilungen vorhalten.

1 Strukturdaten der Krankenhäuser

1.1 Fach- und Allgemeinkrankenhäuser

Im PSYCHiatrie Barometer wurden eingeschlossen:

- Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowie
- Allgemeinkrankenhäuser, die neben somatischen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder neurologische Fachabteilungen vorhalten.

Diese Einteilung der Krankenhäuser orientiert sich an der Definition der Krankenhaustypen, wie sie das Statistische Bundesamt in den Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12, Reihe 6.1.1) vornimmt.

Die Verteilung der Krankenhäuser, die an der Erhebung teilgenommen haben, kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

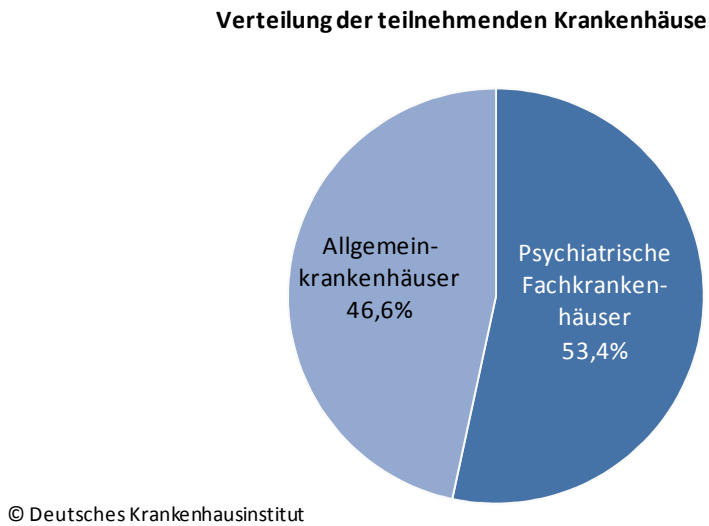


Abb. 1: Verteilung der Krankenhäuser nach der Art des Krankenhauses

Insgesamt 95 Psychiatrische Fachkrankenhäuser nahmen an der Erhebung teil. Bei den Allgemeinkrankenhäusern lag die Teilnehmerzahl bei 83.

Rund 7% der teilnehmenden Krankenhäuser behandeln überwiegend Kinder und Jugendliche. Bei einem Viertel dieser Häuser handelt es sich um somatische Kinderkrankenhäuser. Die restlichen Einrichtungen sind im Bereich der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser angesiedelt.

Rund drei Viertel der Krankenhäuser nehmen an der regionalen Versorgungsverpflichtung bzw. Pflichtversorgung für die Psychiatrie teil. Hierbei besteht kein Unterschied zwischen den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den Allgemeinkrankenhäusern. Der jeweilige Anteil ist vergleichbar hoch.

1.2 Vorgehaltene Fachabteilungen

Die befragten Krankenhäuser sollten Angaben zu den von ihnen vorgehaltenen Fachabteilungen im Bereich der Psychiatrischen Fachabteilungen und der Neurologie machen.

Mehr als vier Fünftel der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und drei Viertel der Allgemeinkrankenhäuser halten eine Fachabteilung für „Psychiatrie und Psychotherapie“ vor.

„Kinder- und Jugendpsychiatrische/ -psychotherapeutische“ Abteilungen bestehen in fast 30% der Psychiatrischen Einrichtungen sowie in mehr als einem Viertel der Allgemeinkrankenhäuser.

Eine Fachabteilung für „Psychosomatische Medizin“ wird in jedem dritten Psychiatrischen Fachkrankenhaus, aber in 42% der hier vertretenen Allgemeinkrankenhäuser betrieben. Eine eigenständige Abteilung im Bereich der „Psychotherapeutischen Medizin“ gibt es in rund einem Viertel der Psychiatrischen und der Allgemeinkrankenhäuser.

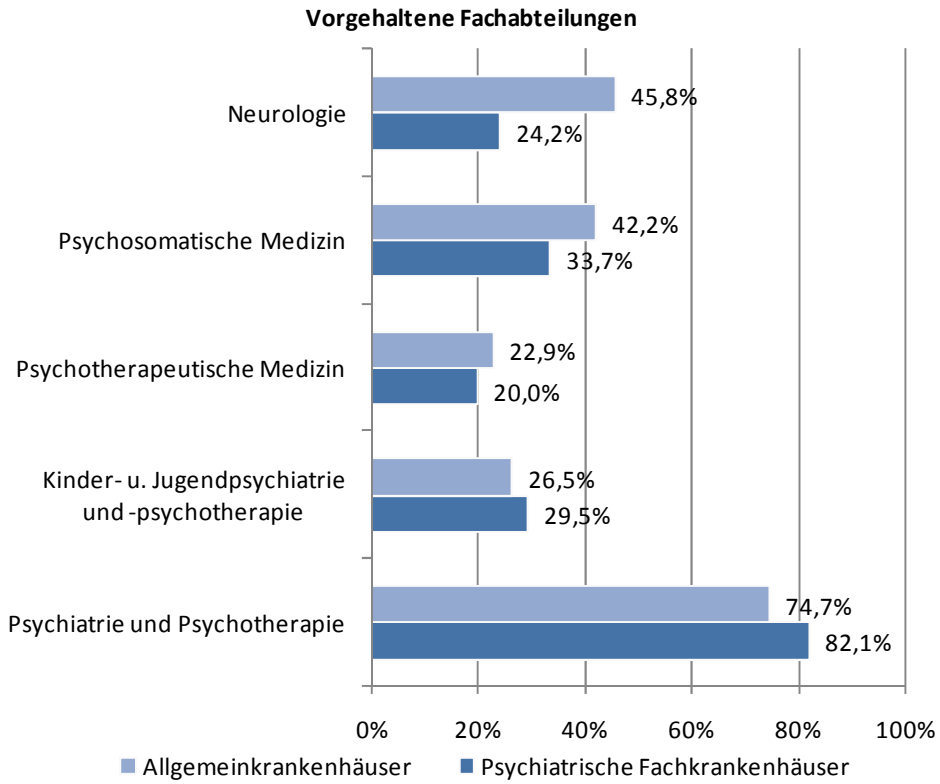


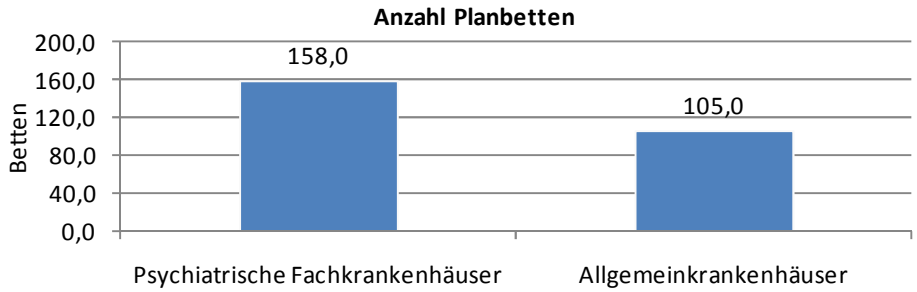
Abb. 2: Vorgehaltene Fachabteilungen

Neurologische Fachabteilungen gibt es in fast jedem zweiten der befragten Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen. Lediglich ein Viertel der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser hält eine Fachabteilung „Neurologie“ vor.

Der weit überwiegende Anteil der Allgemeinkrankenhäuser mit einer Neurologie hat zusätzlich noch eine andere psychiatrische Fachabteilung. Mehr als 60% dieser Häuser verfügt über zwei und mehr verschiedene psychiatrische Fachabteilungen, wobei die Kombination „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit „Psychosomatische Medizin“ dominiert.

1.3 Belegungsdaten des Budgetbereichs

Die Krankenhäuser sollten für das Jahr 2010 die Ist-Belegungsdaten des Budgetbereichs anhand der L1 der LKA angeben. Zunächst wurde nach der Anzahl der Planbetten im Budgetbereich gefragt.

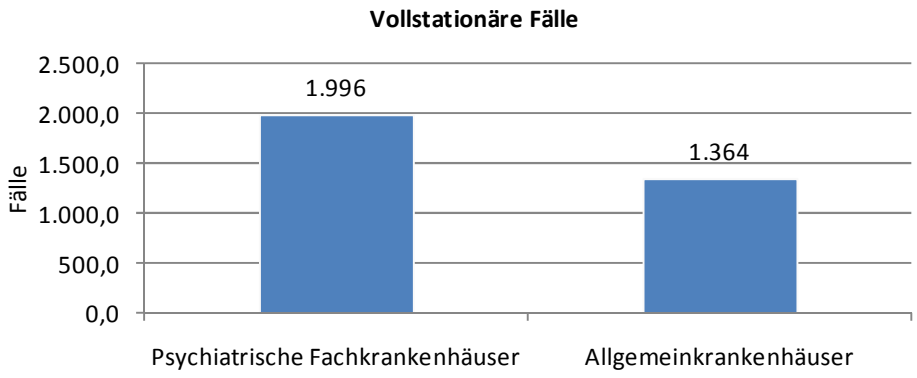


©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Anzahl Planbetten - Median

Die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser verfügen im Durchschnitt (Median) über 158 Betten, während die Allgemeinkrankenhäuser im Budgetbereich durchschnittlich 105 Betten vorhalten.

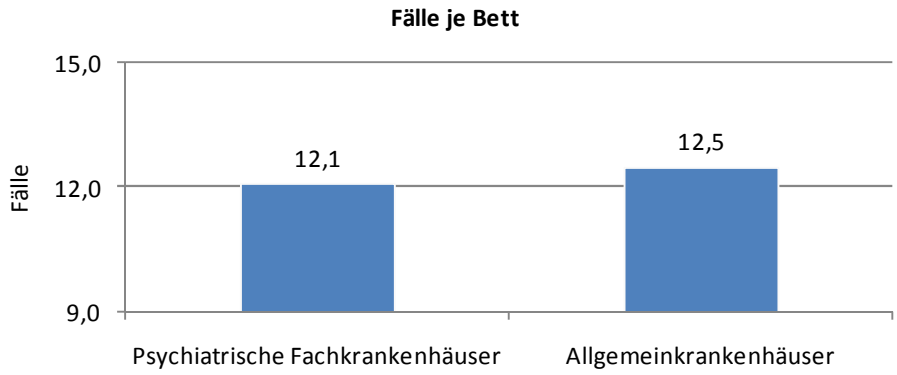
An vollstationären Fällen wurden im Jahr 2010 in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern im Mittel (Median) 1.996 Fälle erbracht. Bei den Allgemeinkrankenhäusern liegt die Fallzahl mit 1.364 deutlich niedriger.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Vollstationäre Fälle - Median

Bezieht man die vollstationären Fälle auf die vorhandene Planbettenzahl im Budgetbereich, so relativieren sich die Unterschiede sehr schnell.



©Deutsches Krankenhausinstitut

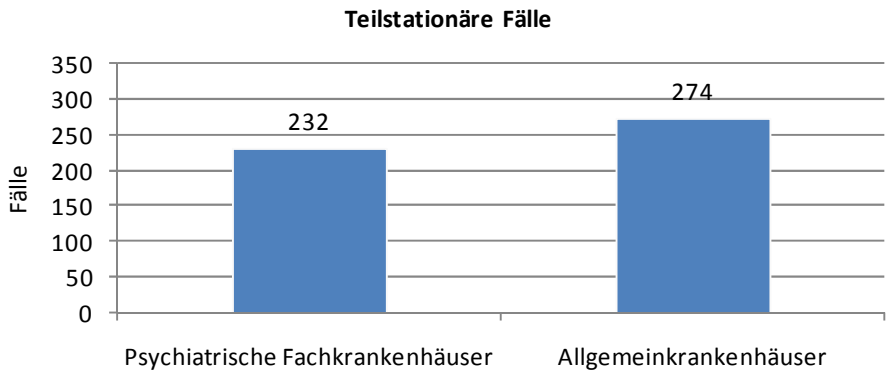
Abb. 5: Vollstationäre Fälle je Bett - Median

In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern kamen im Jahr 2010 durchschnittlich 12,1 Fälle auf ein Bett. In den Allgemeinkrankenhäusern lag der Wert mit 12,5 Fällen etwas höher.

Hinsichtlich der teilstationären Fälle ist zu sagen, dass es keine gesetzliche Definition gibt, was ein teilstationärer Fall ist. Das Bundessozialgericht hat in mehreren Urteilen versucht, eine entsprechende Definition zu entwickeln. „Im Unterschied zur ambulanten und zur vor- bzw. nachstationären Behandlung erfordert die teilstationäre Behandlung – ebenso wie die vollstationäre – die Aufnahme in das Krankenhaus, d.h. die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses …; die Inanspruchnahme des Krankenhauses ist hier allerdings zeitlich beschränkt. Wie der Senat (3. Senat des Bundessozialgerichts; DKI) bereits in seinem Urteil vom 4. März 2004 ausgeführt hat, erfolgt die Unterbringung der Patienten meist in sog. Tages- und Nachtkliniken, also ohne die ‚Rund-um-die-Uhr-Versorgung', aber dennoch unter Inanspruchnahme der medizinisch-organisatorischen Infrastruktur eines Krankenhauses … Zur Unterscheidung der teilstationären von der vollstationären Behandlung hat der

Senat auch hier als Abgrenzungsmerkmal den Verbleib ‚über Tag und Nacht' herangezogen." (Bundessozialgericht, 2007, RZ 21).

Insbesondere im Bereich der Psychiatrie erfolgt eine teilstationäre Behandlung in Form der Unterbringung in Tages- oder Nachtkliniken. „Kennzeichnend ist hier eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht zu Hause verbracht wird (Tageskliniken), oder auf die Behandlung abends und nachts, bei der der Patient sich tagsüber in seinem normalen Umfeld bewegt (Nachtkliniken). Aus der zeitlichen Beschränkung und den praktischen Anwendungsbereichen wird erkennbar, dass die teilstationäre Behandlung zwar keine ‚Rund-um-die-Uhr-Versorgung' der Patienten darstellt, sich die Behandlung aber auch nicht im Wesentlichen im Rahmen eines Tagesaufenthalts im Krankenhaus erschöpft. Vielmehr erstrecken sich teilstationäre Krankenhausbehandlungen auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmäßig über einen längeren Zeitraum, wobei allerdings die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist." (Bundessozialgericht, 2004, RZ 28).

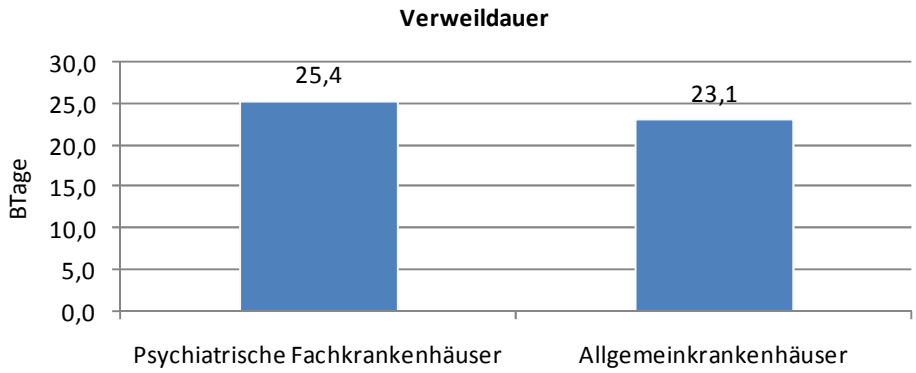


©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Teilstationäre Fälle - Median

In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern wurden im Durchschnitt (Median) 232 teilstationäre Fälle im Jahr 2010 erbracht. Der Budgetbereich der Allgemeinkrankenhäuser kam auf 274 teilstationäre Fälle.

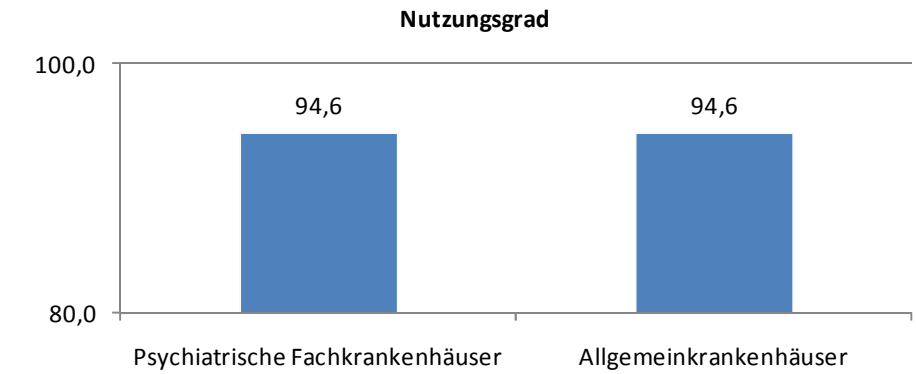
Die mittlere Verweildauer über alle Fälle aller Abteilungen im Budgetbereich lag im Jahr 2010 bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 25,4 Tagen.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Verweildauer - Median

In den Allgemeinkrankenhäusern lag die durchschnittliche Verweildauer 2010 bei 23,1 Tagen.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Nutzungsgrad - Median

Der Nutzungsgrad lag im Durchschnitt (Median) sowohl bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern als auch bei den Allgemeinkrankenhäusern bei 94,6%.

1.4 Verteilung der Fälle nach Hauptdiagnosen

Die Krankenhäuser wurden gebeten, die Anzahl der Fälle des Jahres 2010 nach den Hauptdiagnosegruppen des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) der ICD-10-GM anzugeben.

Wie schon bei den abteilungsspezifischen Daten deutlich wurde, werden in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern im Durchschnitt (Median) mehr Patienten behandelt als in den Allgemeinkrankenhäusern. Bei der Betrachtung der Fälle nach Hauptdiagnosegruppen bestätigt sich das noch einmal.

Bei den drei fallstärksten Hauptdiagnosegruppen „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, „F30-F39 Affektive Störungen“ sowie „F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ sind in den Psychiatrischen Fachkrankenhäuser im Mittel (Median) die Fallzahlen jeweils deutlich höher als in den Allgemeinkrankenhäusern. Insbesondere bei den Erkrankungen aus der Diagnosegruppe F10-F19 werden in den Psychiatrischen Kliniken fast doppelt soviele Patienten behandelt wie in den Allgemeinkrankenhäusern. Da insbesondere die Diagnose F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ besonders fallstark ist, wurde sie zusätzlich zur Darstellung in der Diagnosegruppe F10-F19 noch einzeln ausgewertet und dargestellt.

Bei den weniger fallstarken Hauptdiagnosegruppen wie den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“(ICD F40-F48) oder den „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD F50-F59) relativieren sich die Unterschiede. Allerdings sind hier auch nur entsprechend wenige Fälle versammelt.

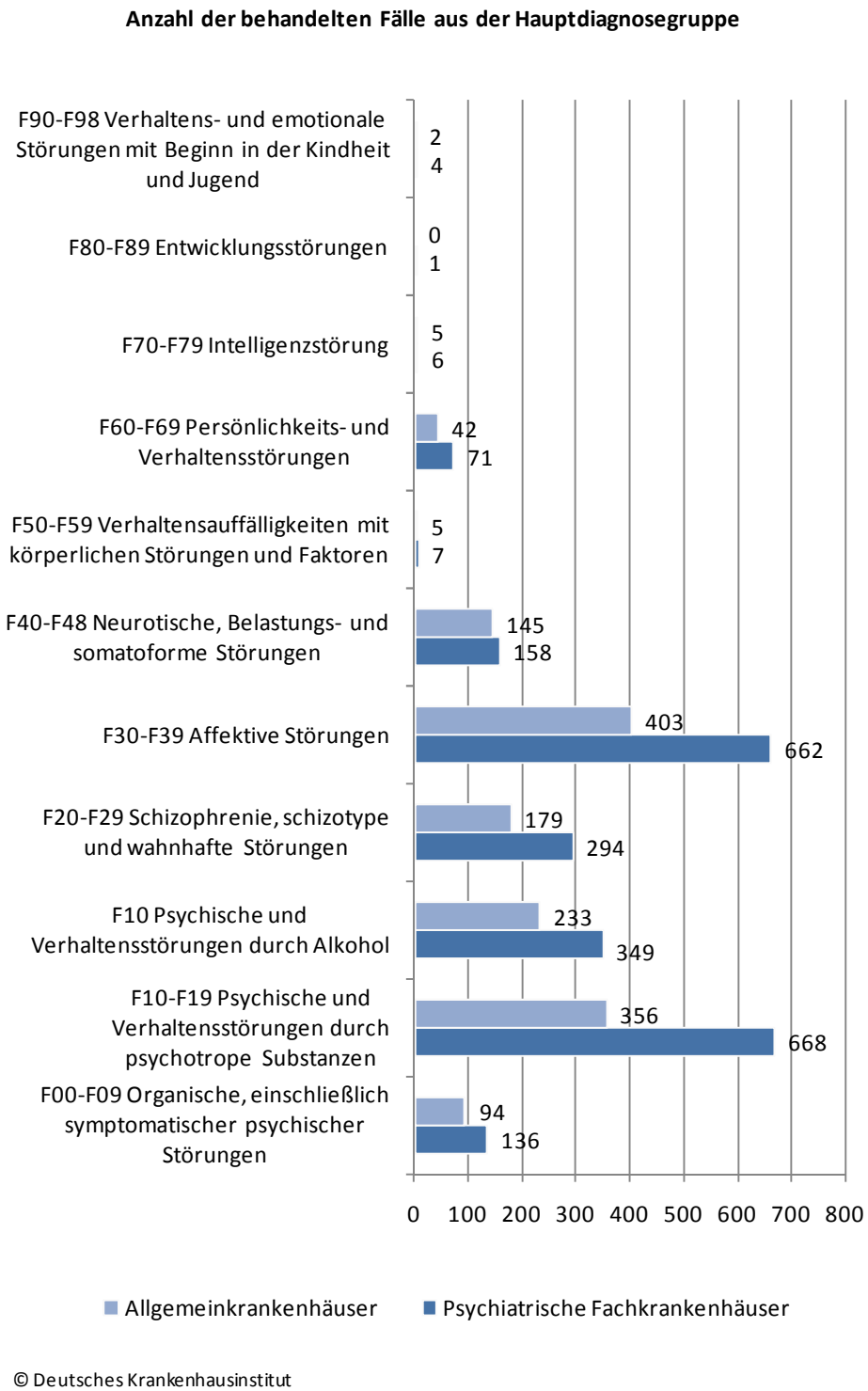


Abb. 9: Anzahl Fälle des Jahres 2010 nach Hauptdiagnosegruppen - Median

Abschließend soll nicht die Fallzahl, sondern die Anteile der behandelten Hauptdiagnosegruppen an den gesamten Fällen des ICD-10-Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) betrachtet werden.

Es zeigt sich, dass die Verteilung der Fälle trotz der Unterschiede in den Fallzahlen bei den meisten Diagnosegruppen bei Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern vergleichbar ist.

Wegen einer Hauptdiagnose aus der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD F10-F19) werden 31% der Patienten in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern behandelt. In den Allgemeinkrankenhäusern liegt der entsprechende Anteilswert bei rund 29%.

Nicht viel anders sieht es bei den „Affektiven Störungen“ (ICD F30-F39) aus. Je rund 28% der Patienten aus Psychiatrischen Einrichtungen und Allgemeinkrankenhäusern werden wegen einer Krankheit aus dieser Diagnosegruppe behandelt.

Bei der „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ (ICD F20-F29) sind die Unterschiede zwar etwas größer (Psychiatrische Fachkrankenhäuser: 13,5%; Allgemeinkrankenhäuser: 14,8%), aber immer noch vergleichbar hoch.

Die anderen Hauptdiagnosegruppen zeigen das gleiche Bild.

Etwas aus der Reihe fallen dagegen die „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (ICD F40-F48). In den Allgemeinkrankenhäusern ist der Anteil der deswegen behandelten Patienten etwas höher als in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern.

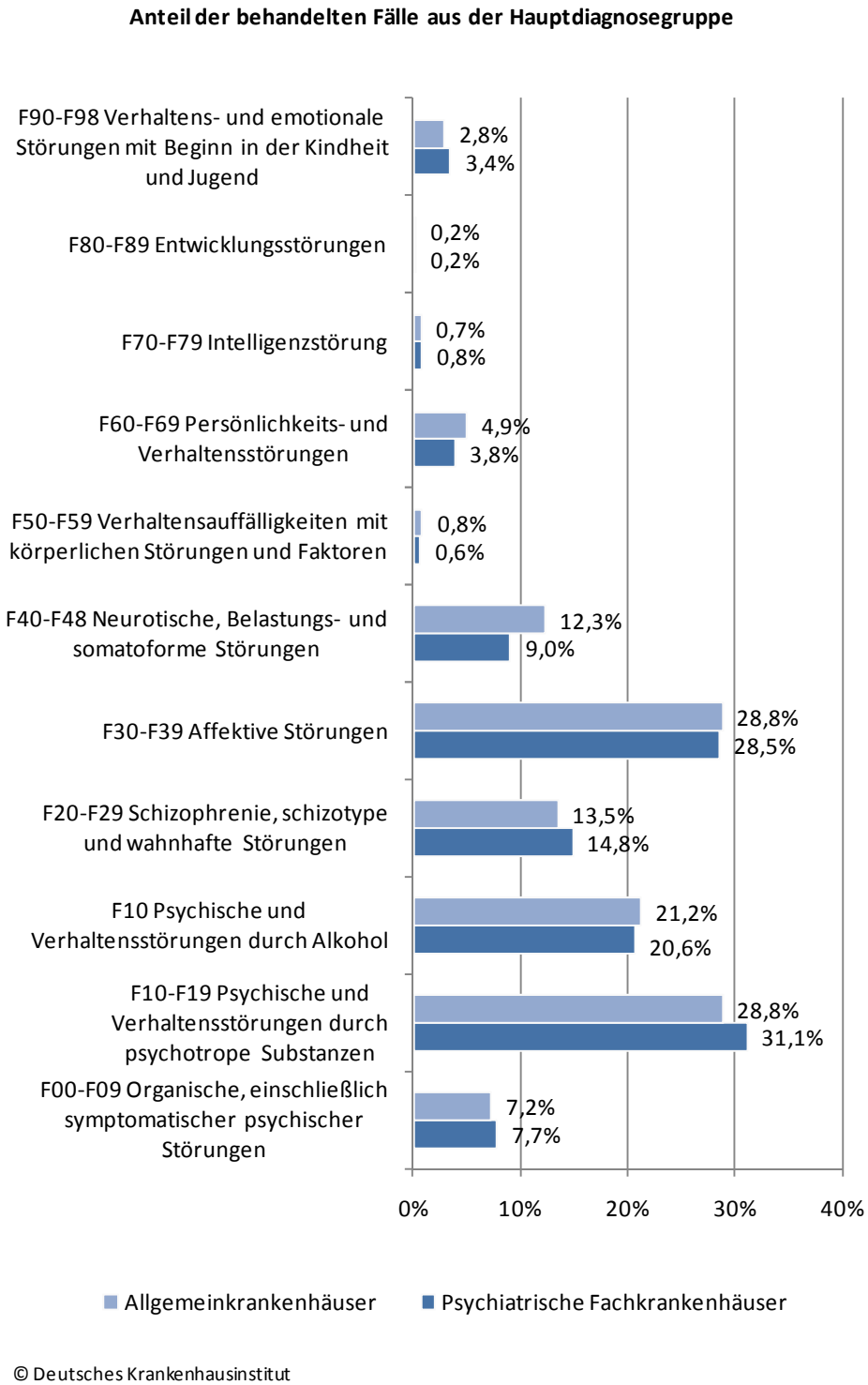


Abb. 10: Anteil Fälle des Jahres 2010 nach Hauptdiagnosegruppen

Insgesamt zeigt sich, dass zwar die Psychiatrischen Einrichtungen zum Teil deutlich mehr Patienten behandeln als die Allgemeinkrankenhäuser. Aber die Verteilung der Fälle nach Hauptdiagnosegruppen für das Leistungsspektrum der „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) ist sehr ähnlich.

1.5 Besondere Patientenklientel

Die Landesgesetze für psychisch kranke Personen (PsychKG) bzw. Gesetze über die Unterbringung psychisch Kranker (UBG) regeln, dass psychisch Kranke gegen ihren Willen in einer anerkannten Einrichtung untergebracht werden, sofern sie unterbringungsbedürftig sind.

Im Rahmen der Erhebung wurden die Krankenhäuser gefragt, wie hoch der Anteil der psychiatrischen Fälle nach PsychKG und UBG in der jeweiligen Einrichtung ist.

Sowohl in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern als auch den Allgemeinkrankenhäusern lag der durchschnittliche Anteil (Median) bei rund 5% der psychiatrischen Fälle.

Die Spannweite ist aber doch recht groß. In 25% der Krankenhäuser liegt der Anteil der Fälle nach PsychKG/ UBG unter 2%, während ein weiteres Viertel der Häuser auf 10% und mehr kommt. Dies gilt sowohl für Allgemeinkrankenhäuser als auch für Psychiatrische Fachkrankenhäuser.

Des Weiteren wurden die Krankenhäuser danach gefragt, in wie vielen voll- und teilstationären Fällen des Budgetbereichs Patienten die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben (entsprechend Anlage 2, Schlüssel 5 Nr. 4 und Nr. 15 der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V).

In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern beendeten 2010 im Mittel (Median) 123 Patienten die Behandlung gegen ärztlichen Rat. Das entspricht

einem Anteil von 8,6% aller voll- und teilstationären Patienten des Budgetbereichs.[2]

Bei den Allgemeinkrankenhäusern lag die Anzahl der Patienten des Budgetbereichs, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, bei durchschnittlich 104. Sie haben damit einen Anteil von 7,1% an allen voll- und teilstationären Fällen des Budgetbereichs.

Die Angaben zu den Patienten, die ihre Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, sollten noch nach vorgegebenen Hauptdiagnosegruppen des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) der ICD-10-GM untergliedert werden. Bei der Auswahl wurden nur folgende Hauptdiagnosegruppen berücksichtigt:

- „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD F10-F19),
- „Affektive Störungen“(ICD F30-F39) und
- „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD F50-F59).

Den größten Anteil der Patienten, die ihre Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, machen solche mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe „Fälle mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ aus. Bei den Psychiatrischen Einrichtungen liegt der entsprechende Anteil bei 60%, bei den Allgemeinkrankenhäusern immer noch bei 27%.

Dagegen sind „Fälle mit affektiven Störungen“ (ICD F30-F39) eher selten anzutreffen. In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern liegt der Anteil bei 13%, bei den Allgemeinkrankenhäusern bei rund 6%.

[2] Bei der Ermittlung des Anteilswertes wurden nur Krankenhäuser berücksichtigt, die sowohl Angaben zu den voll- und teilstationären Fällen als auch zu der Gesamtzahl der Fälle, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, gemacht haben. Bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern waren dies 60 Einrichtungen, bei den Allgemeinkrankenhäusern 53 Häuser.

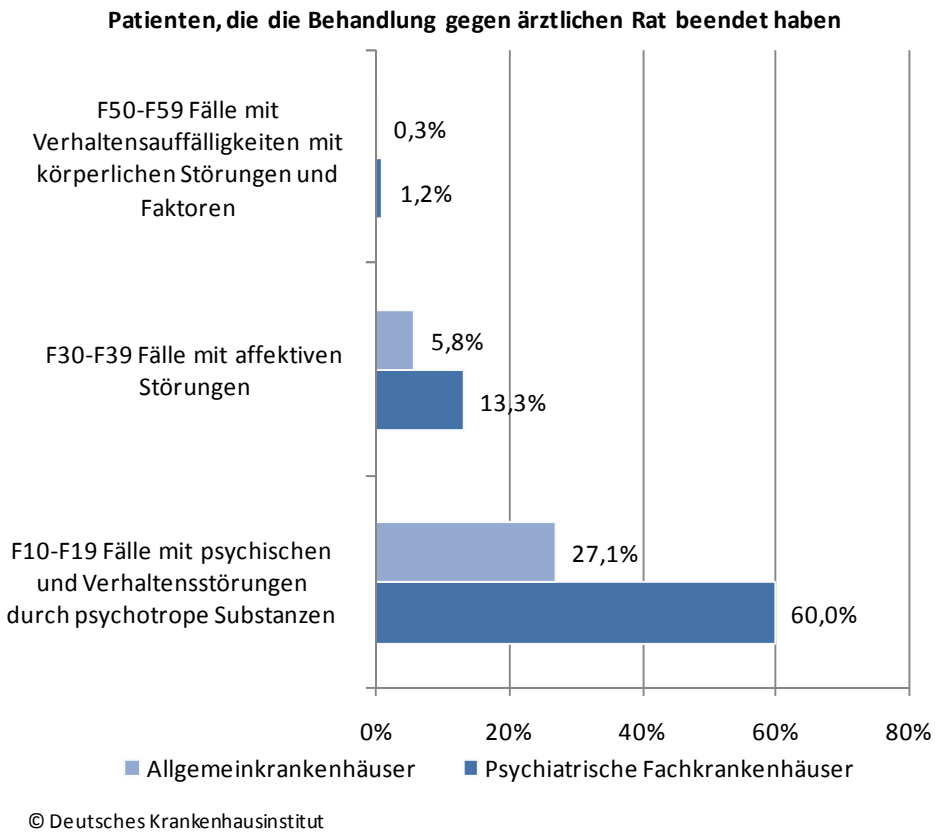


Abb. 11: Hauptdiagnosegruppen bei Patienten, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben

„Fälle mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD F50-F59) sind demgegenüber zu vernachlässigen, da die jeweiligen Anteile sehr gering sind.

2 Strukturdaten der Fachabteilungen

Im Unterschied zu den Belegungsdaten des Budgetbereichs werden im Folgenden die fachabteilungsspezifischen Daten ausgewertet. Hierbei werden vier Fachabteilungen etwas differenzierter betrachtet. Insgesamt 170 Krankenhäuser machten Angaben zu den von ihnen vorgehaltenen Fachabteilungen.

Die fachabteilungsspezifische Betrachtung führt selbstverständlich zu von der budgetbereichsspezifischen Betrachtung abweichenden Ergebnissen, da in letzterer die Ergebnisse von mehreren Abteilungen als Mittelwert eingehen.

2.1 Anzahl Planbetten

Für die Fachabteilungen

- Psychiatrie und Psychotherapie (n = 140),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, (n= 50)
- Psychotherapeutische Medizin (n = 38) sowie
- Neurologie (n = 61)

sollten die Krankenhäuser die fachabteilungsbezogene Anzahl der Planbetten angeben.

Wie zu erwarten war, liegt die mittlere Anzahl (Median) der Planbetten in den Psychiatrischen Krankenhäusern in der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ deutlich über der der Allgemeinkrankenhäuser.

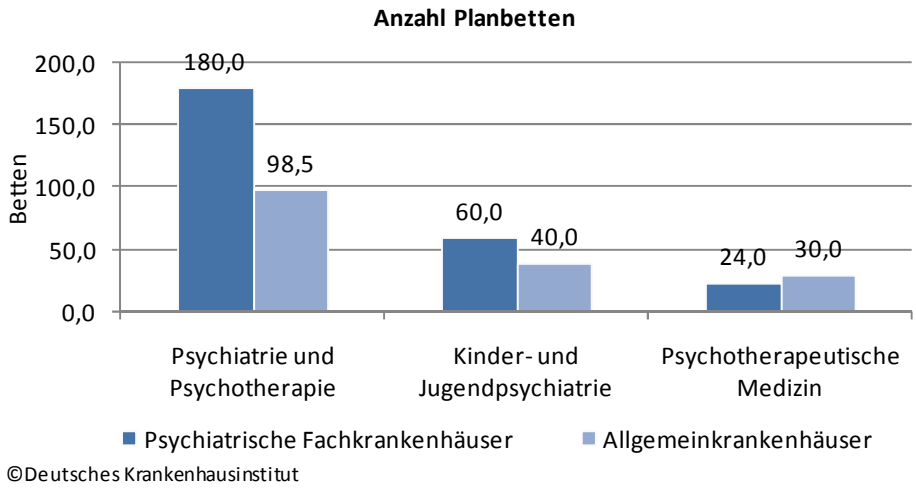
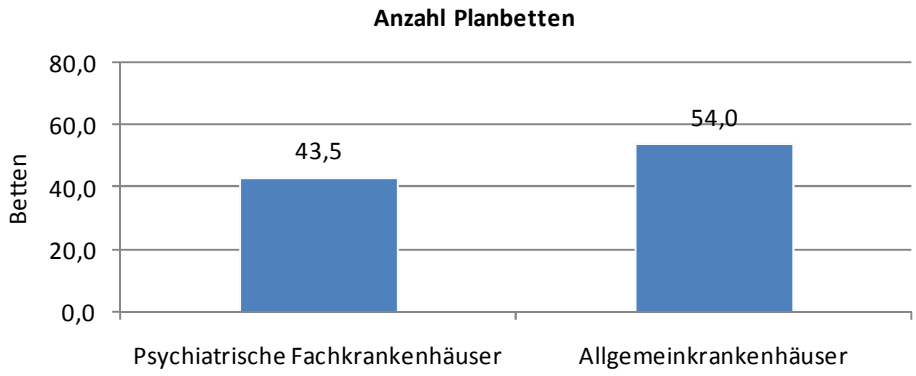


Abb. 12: Anzahl Planbetten – Median

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen die Psychiatrischen Kliniken im Mittel über ein Drittel mehr Betten als die Allgemeinkrankenhäuser. Betrachtet man nur die Einrichtungen, die überwiegend Kinder- und Jugendliche behandeln, so liegt der Mittelwert bei 66 Planbetten.

Lediglich in der „Psychotherapeutischen Medizin“ verfügen die Allgemeinkrankenhäuser über durchschnittlich mehr Betten als die Psychiatrischen Einrichtungen. Betrachtet man die Bettenverteilung dezidierter, so kann man feststellen, dass ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser über 43 und mehr Betten in der Psychotherapeutischen Medizin verfügt. Bei den Psychiatrischen Krankenhäusern hat dagegen ein Viertel der Häuser mehr als 53 Betten in diesem Bereich.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Anzahl Planbetten Neurologie - Median

Die Anzahl der Planbetten in der Fachabteilung Neurologie liegt im Mittel (Median) bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 43, bei den Allgemeinkrankenhäusern bei 54.

2.2 Vollstationäre Fälle

Die Krankenhäuser wurden daher auch gefragt, in welchem Umfange sie voll- und teilstationäre Behandlung durchführen. Hierzu sollten für die drei Fachabteilungen

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
- Psychotherapeutische Medizin

die voll- und teilstationären Fälle im Budgetbereich anhand der entsprechenden Angaben aus L3 der LKA angegeben werden.

Nach § 39 Abs. 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Allerdings gibt es keine gesetzliche Definition, was unter einer voll- oder teilstationären Behandlung zu verstehen ist.

In der amtlichen Begründung zum Gesundheits-Strukturgesetz (Deutscher Bundestag 1992, Begründung zu § 39 SGB V) ist eine weithin akzeptierte Definition enthalten, die auch das Bundessozialgericht seinen Urteilen zugrunde legt. Die Definition lautet: „Eine vollstationäre Behandlung erfordert die Aufnahme in das Krankenhaus, d.h. die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses.“.

Die vollstationären Fallzahlen liegen im Mittel (Median) bei der Abteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ in den Psychiatrischen Einrichtungen bei 2.193 Fällen. In den Allgemeinkrankenhäusern liegt der Mittelwert (Median) mit 1.351 Fällen deutlich niedriger.

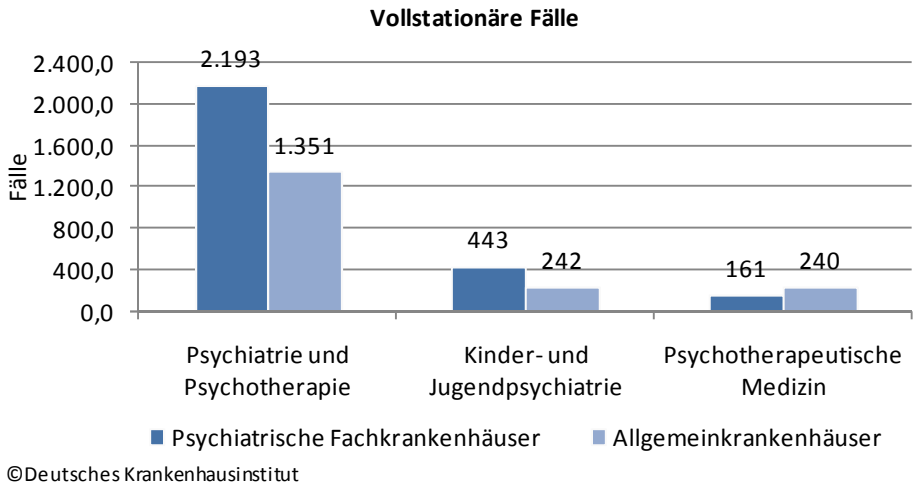
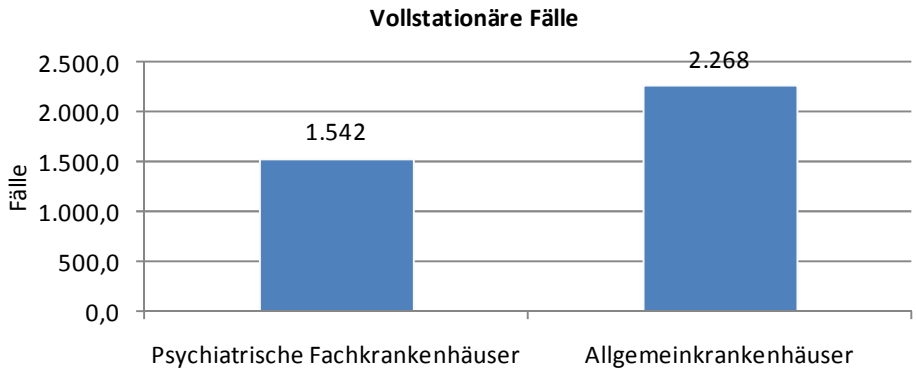


Abb. 14: Vollstationäre Fälle – Median

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen die Psychiatrischen Krankenhäuser auf 443 vollstationäre Fälle und die Allgemeinkrankenhäuser auf 242. Die Einrichtungen, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, liegen bei 444 Fällen. Allerdings kommen 25% dieser Einrichtungen auf 782 vollstationäre Fälle und mehr.

Die Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin“ stellt insofern eine Besonderheit dar, als hier die mittlere vollstationäre Fallzahl in den Allgemeinkrankenhäusern höher liegt als in den Psychiatrischen Kliniken.

Im Unterschied zu den gerade behandelten Fachabteilungen gilt das pauschalierte Entgeltsystem mit seinen DRGs und Zusatzentgelten für die Neurologie schon seit einigen Jahren. Die Fallzahldefinition ist daher eine andere als bei den oben aufgeführten Fachabteilungen. Bei einem Vergleich der vollstationären Fälle muss dies berücksichtigt werden.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Vollstationäre Fälle Neurologie - Median

In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern lag die mittlere Fallzahl (Median) in der Neurologie bei 1.542, während sie in den Allgemeinkrankenhäusern mit 2.268 Fällen deutlich höher lag.

Referenziert man die vollstationären Fälle auf die Anzahl der Planbetten, erhält man die Kennziffer „Fälle je Bett“, die einen besseren Vergleich als die reine Anzahl der vollstationären Fälle erlaubt.

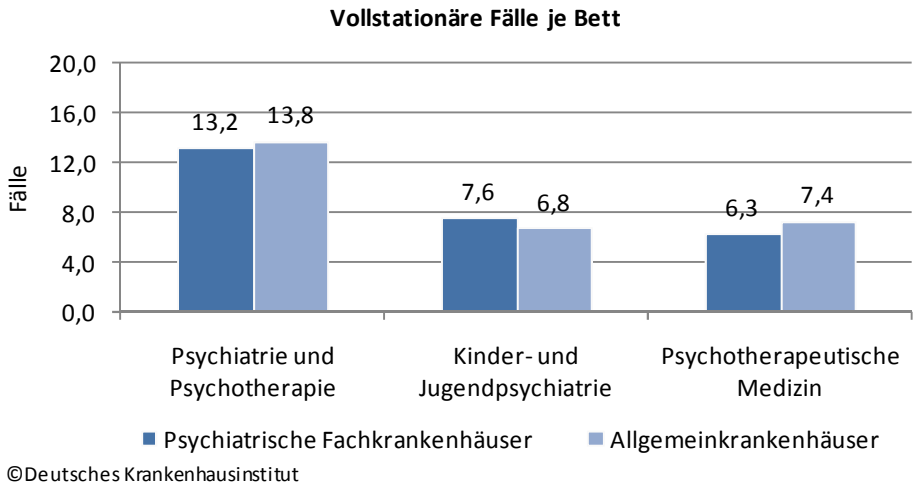


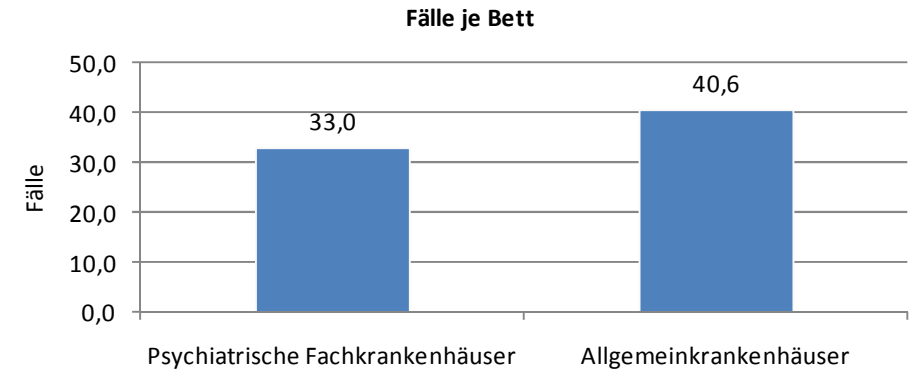
Abb. 16: Vollstationäre Fälle je Bett - Median

In den Psychiatrischen Krankenhäusern kommen auf ein Bett 13,2 vollstationäre Fälle, in den Allgemeinkrankenhäusern 13,8. Zwar haben die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowohl mehr Planbetten als auch mehr vollstationäre Fälle in der Abteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“. Aber der Unterschied ist bei der Anzahl der Planbetten deutlich höher als bei der Zahl der vollstationären Fälle. Daraus resultiert dies nur auf den ersten Blick erstaunliche Ergebnis.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bleibt die Relation erhalten. Die Psychiatrischen Krankenhäuser kommen auf 7,6 und die Allgemeinkrankenhäuser auf 6,8 Fälle je Bett. Betrachtet man die Einrichtungen, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, separat, dann kommen hier 6,2 vollstationäre Fälle auf ein Bett.

Die Psychotherapeutische Medizin zeigt 6,3 Fälle je Bett bei den Psychiatrischen Einrichtungen und 7,4 bei den Allgemeinkrankenhäusern.

In den neurologischen Fachabteilungen kommen die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser auf 33 Fälle je Bett.



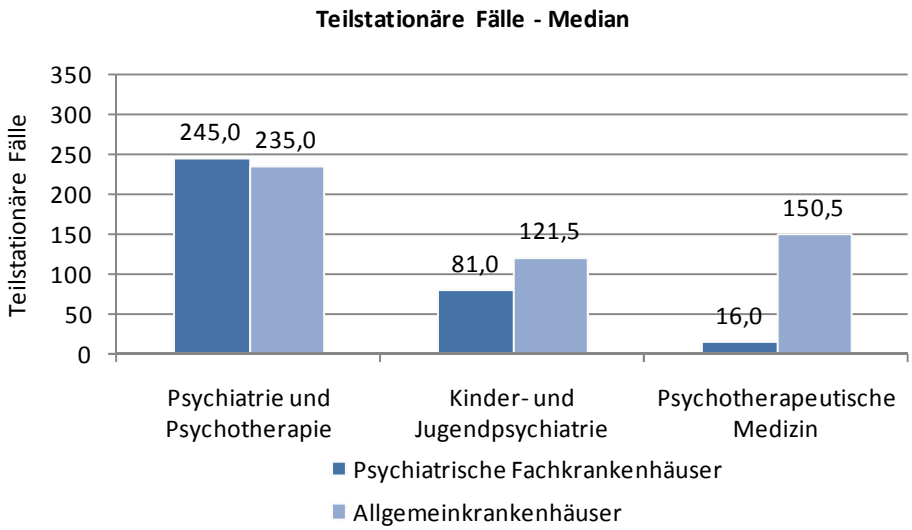
©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Vollstationäre Fälle je Bett Neurologie - Median

Mit 40,6 Fällen je Bett liegen die Fachabteilungen für Neurologie in den Allgemeinkrankenhäusern auch hier wieder etwas höher.

2.3 Teilstationäre Fälle

Im Mittel (Median) wurden im Jahr 2010 in der Abteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ in den Psychiatrischen Einrichtungen 245 teilstationäre Fälle abgerechnet. In den Allgemeinkrankenhäusern lag die mittlere Anzahl bei 235 teilstationären Fällen.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Teilstationäre Fälle – Median

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, vor allem aber in der Psychotherapeutischen Medizin, kehrt sich das Verhältnis um. Nunmehr werden in den Allgemeinkrankenhäusern deutlich mehr teilstationäre Fälle als in den Psychiatrischen Krankenhäusern behandelt.

Betrachtet man den Anteil der teilstationären Fälle an allen stationären (vollstationären und teilstationären) Fällen, so wird für alle drei Bereiche deutlich, dass der Anteil der teilstationären Fälle in den Allgemeinkrankenhäusern höher ist als in den Psychiatrischen Einrichtungen.

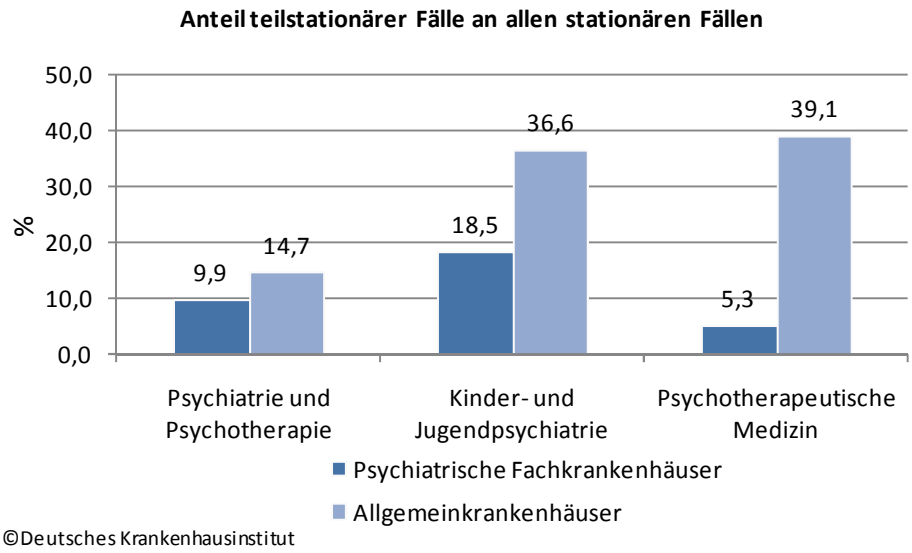


Abb. 19: Anteil teilstationärer Fälle an allen stationären Fällen

Selbst in der Abteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“, wo die mittlere Anzahl der teilstationären Fälle in den Psychiatrischen Krankenhäusern noch höher als bei den Allgemeinkrankenhäusern lag, liegt nunmehr der Anteil niedriger.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Psychotherapeutischen Medizin ist mehr als ein Drittel aller stationären Fälle in den Allgemeinkrankenhäusern ein teilstationärer Fall.

2.4 Verweildauer

Die durchschnittliche (Median) Verweildauer in Tagen bewegt sich in der Abteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ zwischen 23,1 (Psychiatrische Krankenhäuser) und 21,8 (Allgemeinkrankenhäuser) Tagen.

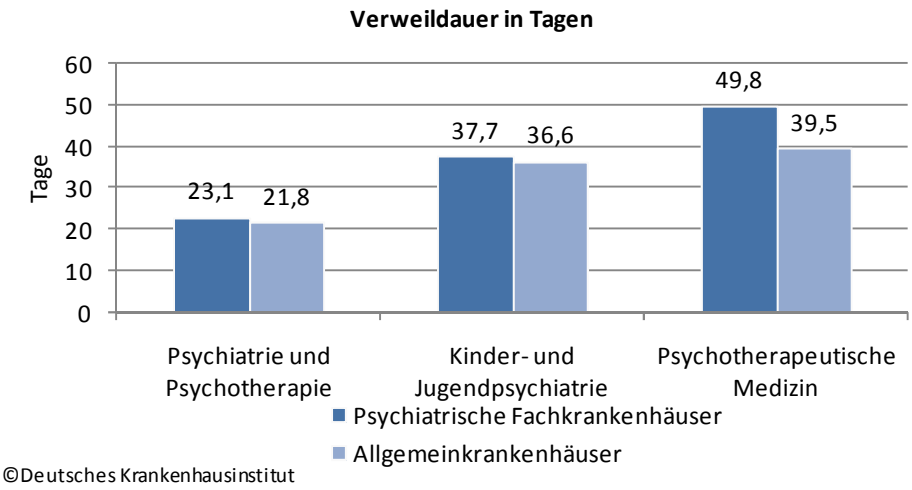
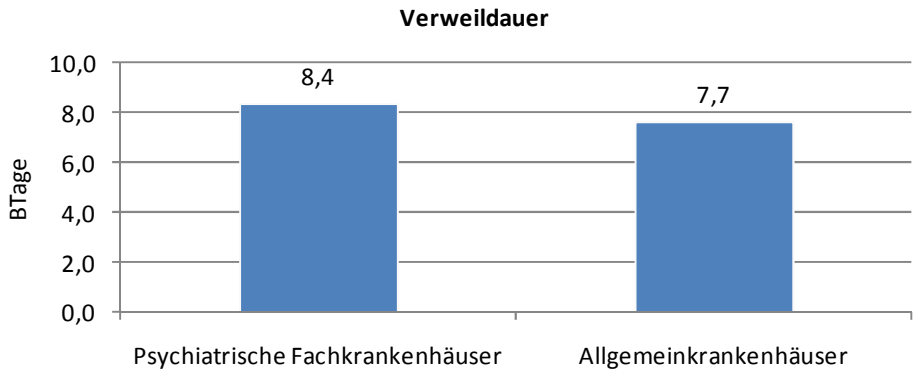


Abb. 20: Verweildauer in Tagen - Median

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Unterschied in der Verweildauer zwischen den Psychiatrischen (37,7 Tage) und den Allgemeinkrankenhäusern (36,6 Tage) noch kleiner. Betrachtet man auch hier die Einrichtungen, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, gesondert, dann zeigt sich hier eine mittlere Verweildauer von 40,9 Tagen.

Den größten Unterschied in der Verweildauer sieht man bei der Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin“. Hier kommen die Psychiatrischen Kliniken im Mittel auf 49,8 Tage, während die Allgemeinkrankenhäuser eine durchschnittliche Verweildauer von 39,5 Tagen aufweisen. Betrachtet man noch das obere Quartil, dann weisen 25% der Psychiatrischen Krankenhäuser eine mittlere Verweildauer von 58 und mehr Tagen auf. Bei den Allgemeinkrankenhäusern liegt dieser Wert bei 46 Tagen.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Verweildauer in Tagen Neurologie - Median

Die durchschnittliche Verweildauer (Median) in der Neurologie lag in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern im Jahr 2010 bei 8,4 Tagen, in den Allgemeinkrankenhäusern bei 7,7 Tagen.

2.5 Nutzungsgrad

Der Nutzungsgrad fasst die Angaben zu Bettenzahlen und Pflegetagen in einer Kennziffer zusammen. Durch die Normierung auf 100% ist eine leichte Vergleichbarkeit gegeben.

Die Allgemeinkrankenhäuser weisen mit 95,9% in der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ einen leicht höheren Nutzungsgrad als die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser auf, der hier bei 93,8% liegt. Im Vergleich zum Nutzungsgrad in den somatischen Fachabteilungen sind beide Werte außerordentlich hoch. Blickt man dann noch auf das obere Quartil, so kann man feststellen, dass ein Viertel der Krankenhäuser einen Nutzungsgrad aufweist, der bei 98% und höher liegt.

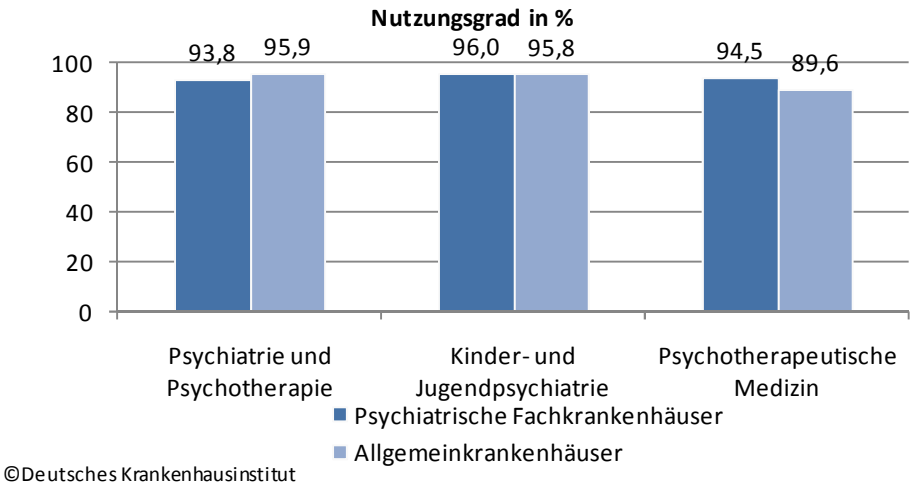
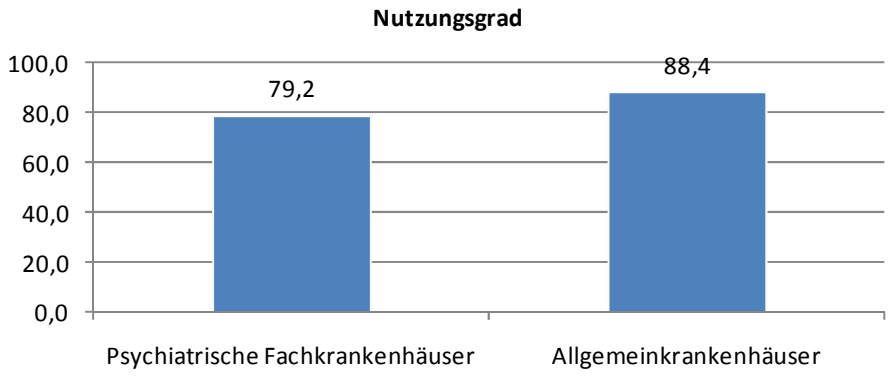


Abb. 22: Nutzungsgrad - Median

Die Psychiatrischen Einrichtungen verfügen im Mittel über eine höhere Fallzahl, eine höhere Verweildauer und auch eine höhere Bettenzahl. Dennoch ist der Nutzungsgrad in der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ niedriger. Dies liegt daran, dass im Vergleich die Bettenzahl in den Allgemeinkrankenhäusern deutlich niedriger ist als die anderen Kennzahlen. Da die Bettenzahl bei der Ermittlung des Nutzungsgrad als Divisor in die Kennzahl eingeht, resultiert daraus für die Allgemeinkrankenhäuser ein höherer Nutzungsgrad.

Der Nutzungsgrad in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt sowohl bei den Allgemeinkrankenhäusern als auch bei den Psychiatrischen Einrichtungen bei rund 96%. Für die Einrichtungen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, liegt der Nutzungsgrad mit 97,4% nur unwesentlich höher.

Deutlichere Unterschiede weist dagegen die Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin“ auf. Während die Psychiatrischen Einrichtungen auf einen Nutzungsgrad von 94,5% kommen, liegt der Auslastungsgrad in den Allgemeinkrankenhäusern bei 89,6%. Allerdings kommen 25% der Allgemeinkrankenhäuser auf einen Nutzungsgrad von 94% und mehr. Bei den Psychiatrischen Einrichtungen liegt das obere Quartil bei 97% und mehr.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Nutzungsgrad Neurologie - Median

Der Nutzungsgrad in den neurologischen Fachabteilungen lag 2010 in den Psychiatrischen Krankenhäusern im Durchschnitt (Median) bei 79,2% und in den Allgemeinkrankenhäusern bei 88,4%.

3 Diagnostische Verfahren und medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote

Es stehen verschiedene Anamneseverfahren und medizinisch-therapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, um psychiatrische, neurologische oder psychosomatische Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Der Einsatz der entsprechenden Ansätze hängt stark mit der jeweiligen Erkrankung oder Störung zusammen.

In dem ersten PSYCHiatrie Barometer wurde erfragt, inwieweit verschiedene diagnostische, therapeutische oder begleitende Behandlungsangebote bei der Therapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen in den Psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2010 allgemein eingesetzt wurden. Dies erfolgte diagnoseunabhängig, da zunächst ein Überblick über alle angewandten Verfahren gegeben werden soll. Für die Ergebnisse des vorliegenden PSYCHiatrie Barometers bedeutet dies, dass keine Rückschlüsse gezogen werden können, inwieweit die erfragten Methoden oder Maßnahmen in den Häusern adäquat zur Therapie eingesetzt wurden. In einer der nachfolgenden PSYCHiatrie Barometer werden diese Angebote erneut und dann indikationsbezogen erhoben. Auf dieser Basis können dann eher Zusammenhänge betrachtet werden.

Bisher gibt es wenig empirische Ergebnisse, inwieweit es Unterschiede oder Ähnlichkeiten bei der Nutzung verschiedener Diagnose- oder Therapiemöglichkeiten von Patienten mit psychiatrischen, psychosomatischen oder neurologischen Erkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen zwischen Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern gibt. Aus diesem Grund wird der Einsatz der verschiedenen diagnostischen Verfahren und medizinisch-therapeutischer Behandlungsangebote differenziert für Psychiatrische Fach- und Allgemeinkrankenhäuser dargestellt. Die erzielten Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund der jeweiligen Leistungsspektren der beiden Krankenhaustypen interpretiert werden, die sich nicht wesentlich unterscheiden. In Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern wurden jeweils überwiegend psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope

Substanzen (F10-F19), affektive Störungen (F30-F39) sowie Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29) behandelt (vgl. dazu Kap. 1).

3.1 Diagnostik

Der diagnostische Prozess in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie umfasst verschiedene Verfahren, die sich zum Teil etwas überschneiden. Neben der klassifikatorischen Diagnostik, die zur Identifikation der psychischen Störung dient, stehen beispielweise die dispositionelle (z. B. Persönlichkeitsdiagnostik) oder biographische Diagnostik (z. B. Beschreibung der Person) zur Verfügung. Bei der diagnostischen Anamnese können oder sollten je nach Erkrankungsart verschiedene psychologische (z. B. Depressionsskalen, Intelligenztests) und klinische Tests (z. B. Laboruntersuchungen, Untersuchungen im Schlaflabor) zur Erfassung medizinischer Beschwerden genutzt werden (Wittchen& Hoyer, 2006).

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit sie im Jahr 2010 bei ihren Patienten mit psychischen Erkrankungen neben der routinemäßigen Anamnese bestimmte Diagnoseverfahren eingesetzt haben. Die biographische Anamnese, die Erfassung psychosomatischer Krankheitszustände sowie Laboruntersuchungen wurden jeweils von einem Großteil der Krankenhäuser standardmäßig zur Diagnostik bei Patienten mit psychischen Erkrankungen genutzt. Die beiden erstgenannten Methoden wurden tendenziell häufiger in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern herangezogen (Abb.24& 25).

Etwa die Hälfte der Krankenhäuser hat jeweils im Jahr 2010 neben der routinemäßigen Anamnese standardisierte und psychometrische Testverfahren, wie z. B. Depressions- oder Angstskalen, herangezogen, um eine psychische Störung zu diagnostizieren (Abb.24 & 25).

Das Schlaflabor und die projektiven Verfahren wurden insgesamt am seltensten eingesetzt. Rund die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser und knapp zwei Drittel der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben keine Schlaflabore im Rahmen der Diagnostik genutzt. Etwa ein Drittel der Fachkliniken und knapp die Hälfte der Allgemeinen Kliniken haben jeweils auf den Einsatz von

projektiven Verfahren, wie z. B. dem Rohrschach- oder Apperzeptions-Test, verzichtet (Abb.24 & 25).

Jeweils gut ein Drittel der Psychiatrischen und der Allgemeinkrankenhäuser hat darüber hinaus weitere Verfahren zur Diagnose eingesetzt. Die Antworten bei der offenen Frage ließen sich sieben Kategorien zuordnen: In Psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäusern wurden jeweils am häufigsten ergänzend weitere psychologische Verfahren eingesetzt, die zur indikationsübergreifenden Diagnostik von psychischen Störungen genutzt werden können, wie z. B.die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD).

Darüber hinaus wurden in jeweils knapp 20% der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser bildgebende Verfahren, wie z. B. MRT oder CCT, und spezielle Verfahren für Kinder, z. B. Scenotest, genutzt. Etwas weniger häufig wurden jeweils spezifische Methoden zur Demenztestung oder für andere Indikationen, wie z. B. Autismus oder Schizophrenie, genannt.

In Allgemeinkrankenhäusern wurden nach den übergreifenden psychologischen Tests, insbesondere Verfahren zur Diagnose von Demenz genutzt. Etwas weniger häufig wurden bildgebende Verfahren, z. B. craniale Computertomographie (CCT) und spezielle indikationsspezifische Tests genannt.

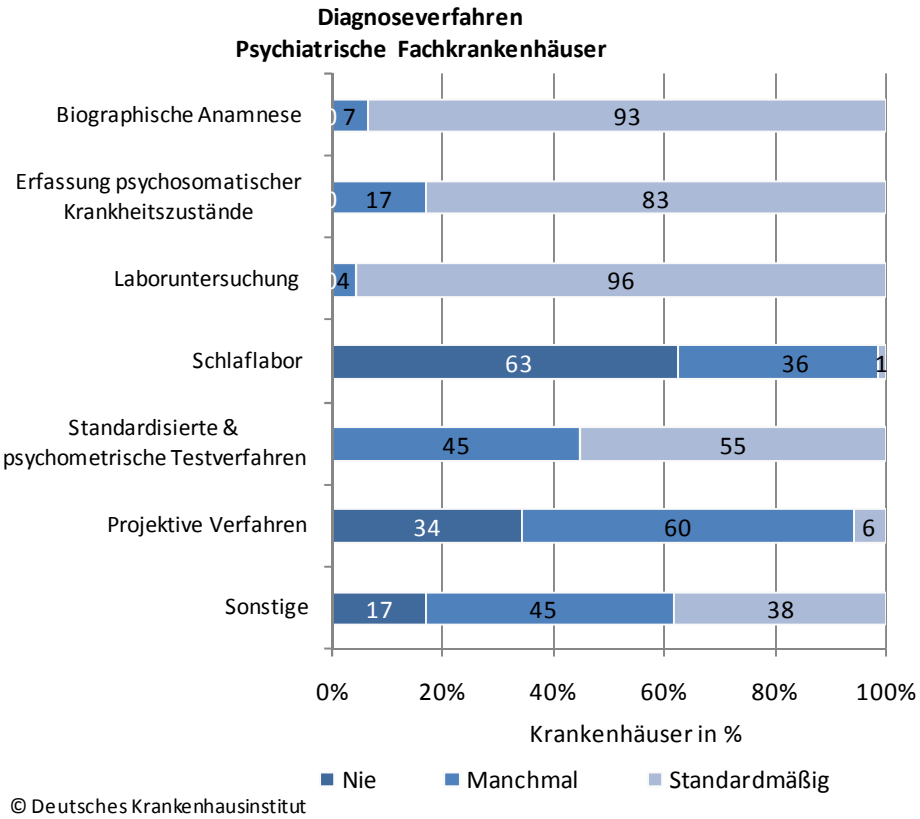


Abb. 24: Eingesetzte Diagnoseverfahren in Psychiatrischen Krankenhäusern

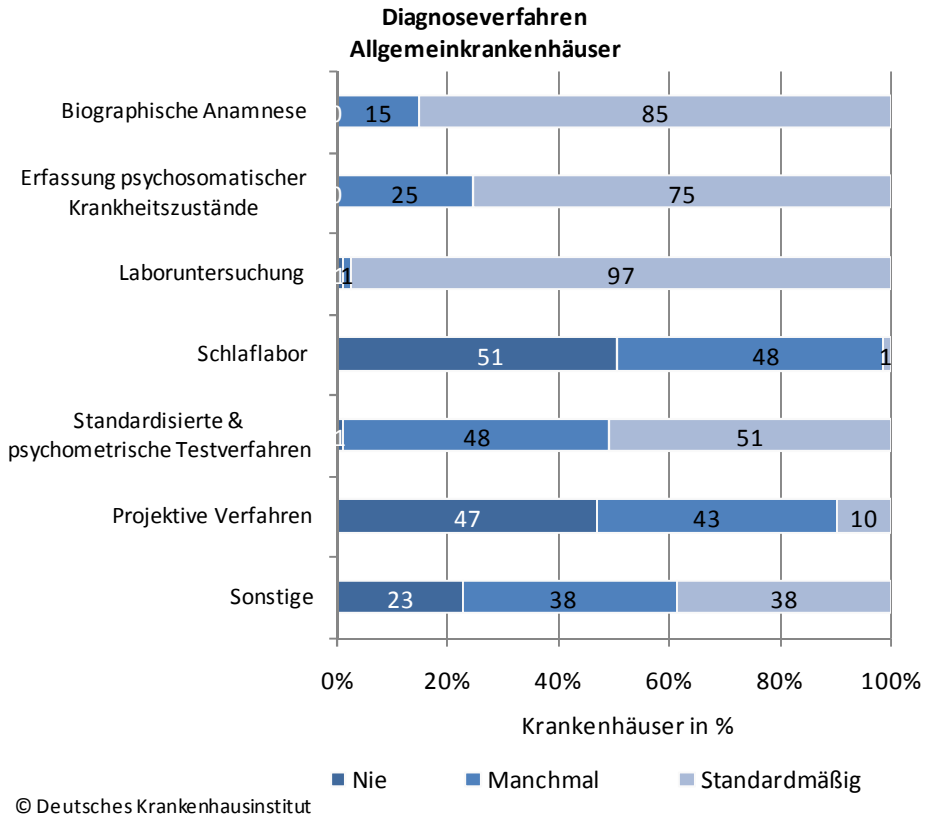


Abb. 25: Eingesetzte Diagnoseverfahren in Allgemeinkrankenhäusern

3.2 Psychotherapeutische Verfahren

Bei der Behandlung von psychisch erkrankten Patienten werden im Rahmen stationärer Aufenthalte meist heterogene Therapiekomponenten in einem komplexen Therapieprogramm zusammengestellt. Zentraler Bestandteil der Therapieprogramme sind psychotherapeutische Ansätze. Die verschiedenen Richtungen und Ansätze lassen sich großen Überkategorien zuordnen. Im Krankenhaus zählen insbesondere tiefenpsychologisch-fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapien zu den gängigen Verfahren. Alle Ansätze können in Einzel- oder Gruppentherapien durchgeführt werden. Ein Vorteil von Gruppensettings ist, dass die Teilnehmer unter anderem erfahren, dass andere Personen die gleichen oder ähnliche Schwierigkeiten haben. Dahingegen kann in Einzeltherapien verstärkt auf die individuellen Probleme eingegangen werden. Beide Therapieformen können kurz- oder langfristig ausgerichtet sein (Wittchen& Hoyer, 2006).

3.2.1 Psychotherapeutische Therapie in Einzel- oder Gruppenform

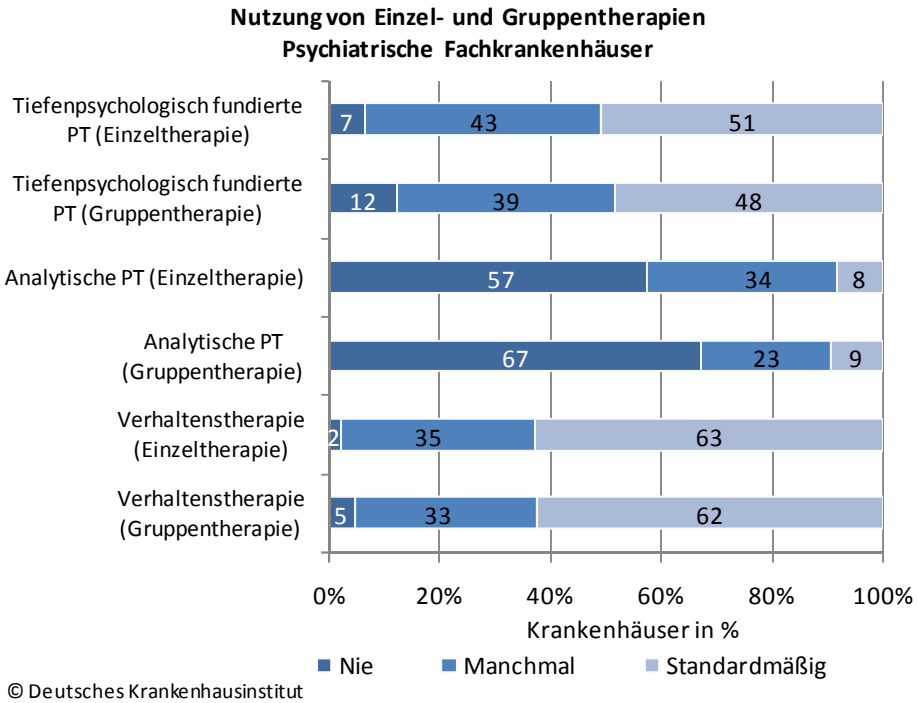
Für die drei psychotherapeutischen Verfahren wurde erfragt, inwieweit die Krankenhäuser diese im Jahr 2010 bei ihren Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen als Einzel- oder Gruppentherapie eingesetzt haben.

Verhaltenstherapien wurden im Jahr 2010 in allen Krankenhäusern am häufigsten zur Behandlung psychischer Erkrankungen genutzt. In Psychiatrischen Fachkrankenhäusern wurden verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapien in gleichem Maße zur Behandlung herangezogen, während in Allgemeinkrankenhäusern eine leichte Präferenz zu erkennen ist, die Verhaltenstherapie in Gruppen durchzuführen (Abb. 26 & 27).

Tiefenpsychologisch fundierte Ansätze kamen in rund der Hälfte der Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz. Bei beiden Krankenhaustypen wurde kein Unterschied in der Nutzung von tiefenpsychologisch ausgerichteten Einzel- oder Gruppentherapien gemacht (Abb. 26 & 27).

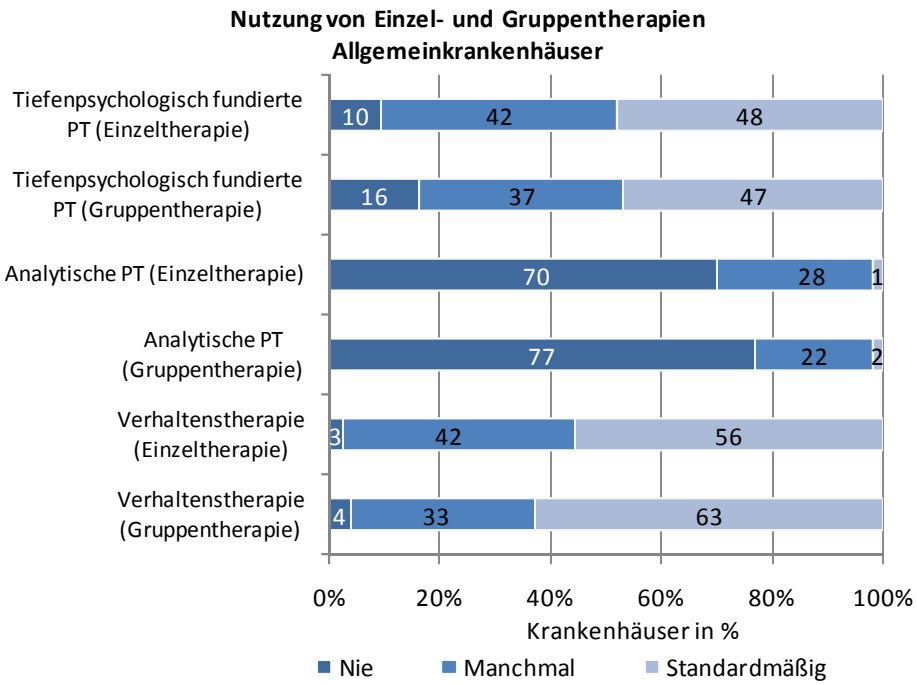
Die analytische Psychotherapie zählte in den Krankenhäusern nicht zu den gewählten Standardverfahren. In einem Großteil der Krankenhäuser wurden die Patienten mit psychischen Störungen im Jahr 2010 nicht im Rahmen einer analytischen Psychotherapie behandelt. Im Vergleich haben Psychiatrische Fachkrankenhäuser diese Therapieform, wenn auch auf einem geringen Niveau, sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapie häufiger genutzt als Allgemeinkrankenhäuser[3](Abb. 26 & 27)

[3] Knapp 22% der Allgemeinkrankenhäuser hat zu dem Einsatz der analytischen Psychotherapie als Gruppentherapie keine Angabe gemacht.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Einsatz von Einzel- und Gruppentherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Einsatz von Einzel- und Gruppentherapien in Allgemeinkrankenhäusern

3.2.2 Kognitiv-behaviorale Verfahren

Im Rahmen kognitiv-behavioraler Ansätze werden psychische Störungen als das Resultat einer fehlerhaften Wahrnehmung der Situationsrealität, falscher Schlussfolgerungen oder inadäquater Problemlösungen verstanden (Wittchen& Hoyer, 2006). Unter kognitiv-behavioralen Ansätzen können verschiedene Verfahren oder Ansätze subsumiert werden. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit sie im Jahr 2010 vier verschiedene kognitiv-behaviorale Verfahren bei Patienten mit psychischen Erkrankungen angewandt haben.

Die Psychoedukation wurde im Jahr 2010 von den Psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäusern erwartungsgemäß am häufigsten zur Therapie von psychischen Störungen genutzt. Je rund drei Viertel beider Krankenhaustypen haben diese standardmäßig angewandt (Abb. 28 & 29).

Kognitive Therapien, z. B. nach A. T. Beck, wurden von jeweils knapp 40% der Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäuser standardmäßig zur Behandlung eingesetzt. Dialektisch-behaviorale Verfahren (z. B. M. Lineham) wurden in den Fachkliniken fast ebenso häufig (38%) und in Allgemeinkliniken etwas seltener (30%) regelmäßig bei der Behandlungvon psychisch erkrankten Patienten angewandt (Abb. 28 & 29).

Rational-emotive Therapien, z. B. A. Ellis, wurden von allen vier kognitiv-behavioralen Varianten in Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäusern am seltensten zur Therapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen genutzt. Knapp zwei Drittel der Fachkrankenhäuser und gut die Hälfte der Allgemeinen Kliniken haben darauf verzichtet (Abb. 28 & 29).

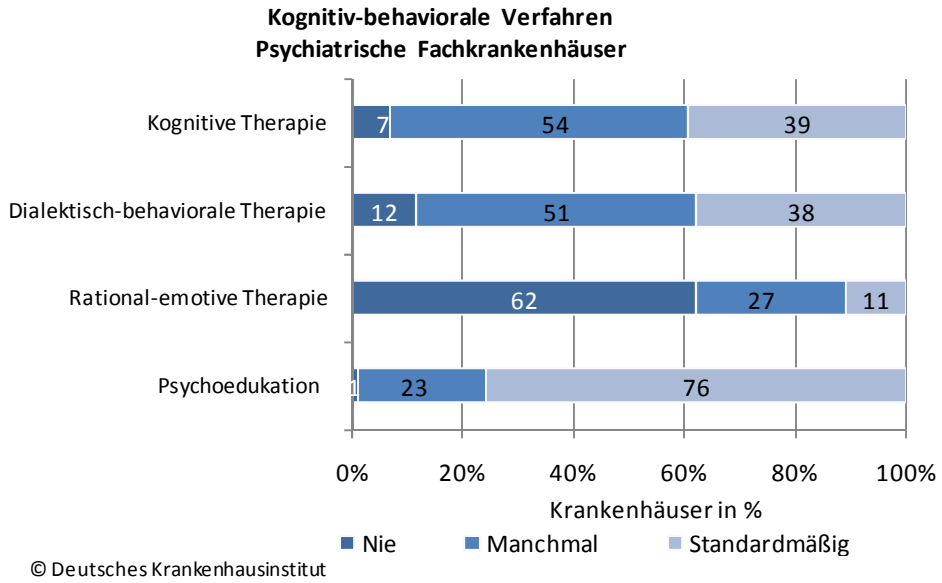


Abb. 28: Nutzung kognitiv-behavioraler Verfahren in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

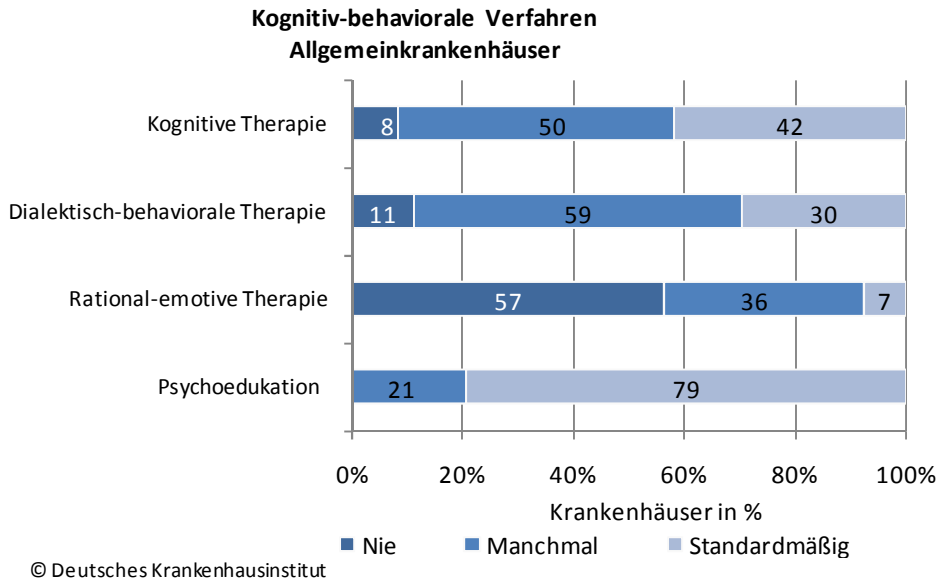


Abb. 29: Nutzung kognitiv-behavioraler Verfahren in Allgemeinkrankenhäusern

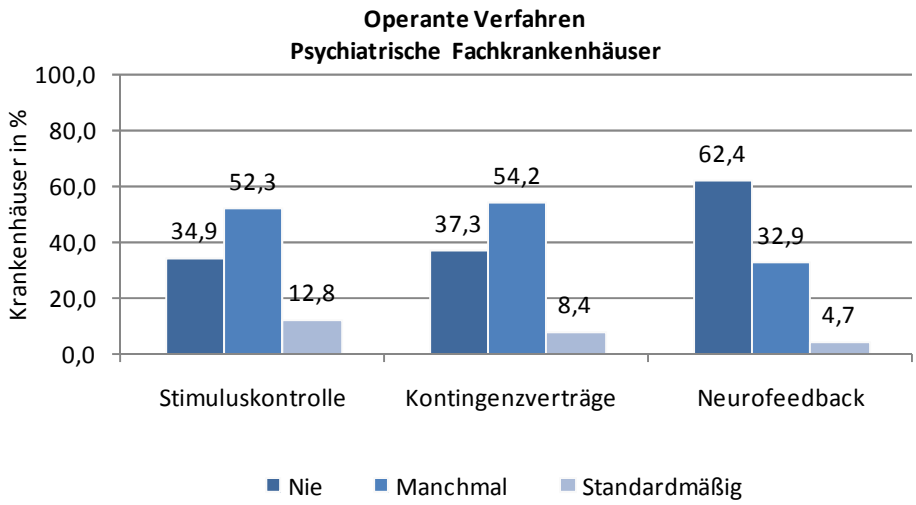
3.2.3 Operante Verfahren

Operante Verfahren nutzen lerntheoretische Prinzipien mit dem Ziel, „Verhalten durch eine geplante und systematische Manipulation seiner verstärkenden

Bedingungen (Konsequenzen) auszuformen“ (Junge-Hoffmeister, 2006, S. 436). Unter Verhalten werden in diesem Zusammenhang auch physiologische Zustände, wie Hirnstromaktivitäten oder kognitive Prozesse (z. B. Nachdenken), gefasst.

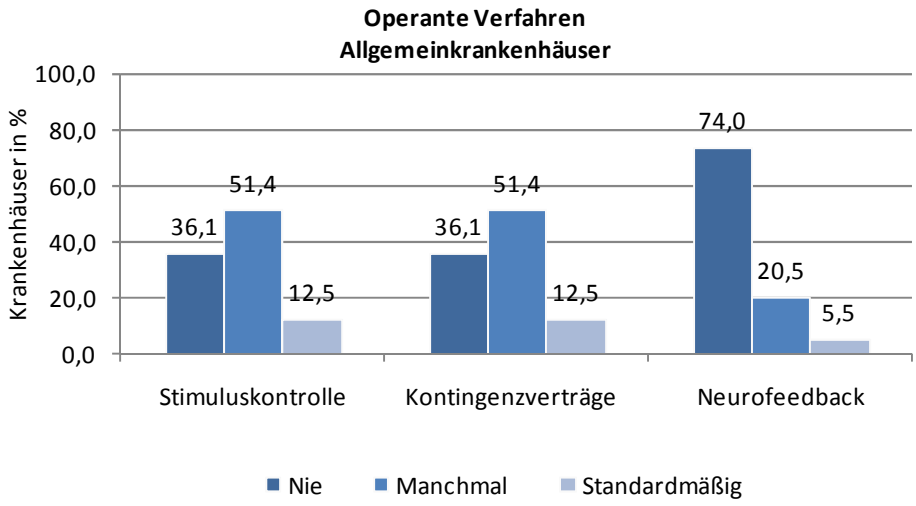
Die Krankenhäuser haben im Jahr 2010 keine der drei erfragten operanten Verfahren standardmäßig zur Therapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen genutzt. Jeweils gut die Hälfte der Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser haben gelegentlich Stimuluskontrolle und Kontingenzverträge zur Behandlung von psychischen Erkrankungen angewandt (Abb. 30 & 31).

Die Neurofeedback-Methode wurde von den operanten Verfahren am seltensten eingesetzt. Psychiatrische Krankenhäuser haben diese etwas häufiger bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen genutzt als Allgemeine Kliniken. Etwa drei Viertel der Allgemeinkrankenhäuser und knapp zwei Drittel der Psychiatrien haben in ihrem Therapieprogramm ganz das auf Neurofeedback-Verfahren verzichtet (Abb. 30 & 31).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Einsatz operanter Verfahren in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Einsatz operanter Verfahren in Allgemeinkrankenhäusern

3.2.4 Konfrontationsverfahren

Konfrontationsverfahren können bei der Therapie einer Vielzahl von psychischen Störungen, wie z. B. Angststörungen, Süchten oder Essstörungen, eingesetzt werden. Die Patienten werden bei diesen Verfahren genau mit den Reizen oder Situationen konfrontiert, die sie fürchten (Wittchen& Hoyer, 2006). Es wurde erfragt, inwieweit die Krankenhäuser im Jahr 2010 fünf verschiedene Konfrontationsverfahren zur Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eingesetzt haben.

Die Allgemeinkrankenhäuser setzten die verschiedenen Konfrontationsverfahren in der Tendenz etwas öfter standardmäßig ein als die Psychiatrischen Fachkliniken. Bei beiden Krankenhaustypen wurden Angstbewältigungstrainings und Reizkonfrontation in vivo auf und außerhalb des Klinikgeländes von allen erfragten Verfahren am häufigsten eingesetzt. 55% der Allgemeinen Kliniken und knapp die Hälfte der Psychiatrien haben das Angstbewältigungstraining standardmäßig angewandt. Knapp ein Drittel der Psychiatrischen Fachkliniken und rund 40% der Allgemeinen Häuser konfrontierten ihre Patienten auf oder außerhalb des Klinikgeländes mit den spezifischen Reizen oder Situationen (Abb. 32 & 33).

Die systematische Desensibilisierung wurde vergleichsweise wenig und in 22% der Fach- und 27% der Allgemeinen Krankenhäuser standardmäßig zur Behandlung von psychischen Erkrankungen eingesetzt. Die Reizüberflutung (flooding) wurde von allen fünf Konfrontationsverfahren am seltensten angewandt. 44% der Psychiatrischen und 56% der Allgemeinkrankenhäuser haben ganz darauf verzichtet, ihre Patienten einer Reizüberflutung auszusetzen (Abb. 32 & 33).

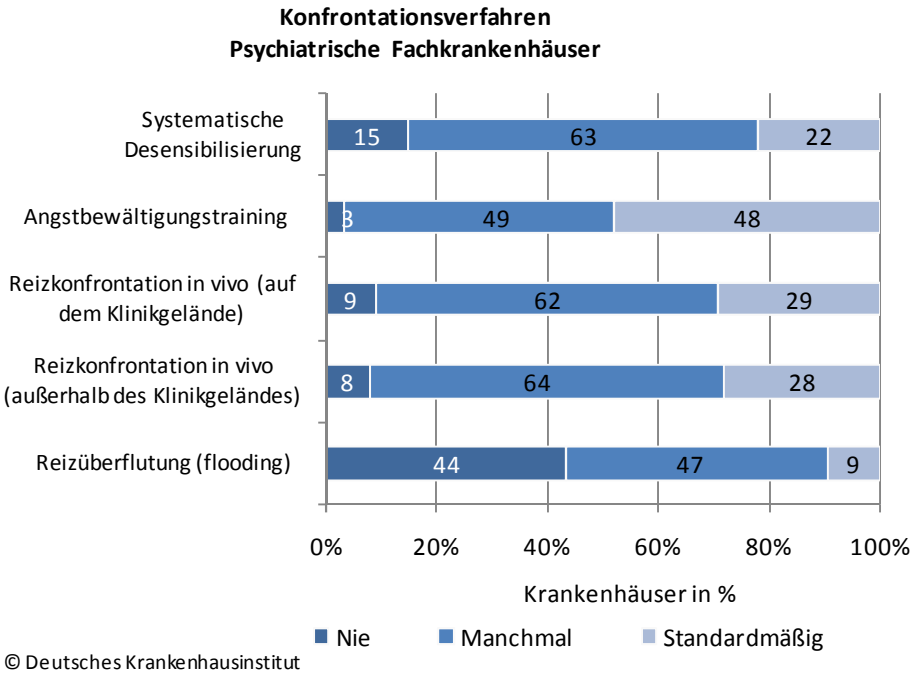


Abb. 32: Einsatz von Konfrontationsverfahren in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

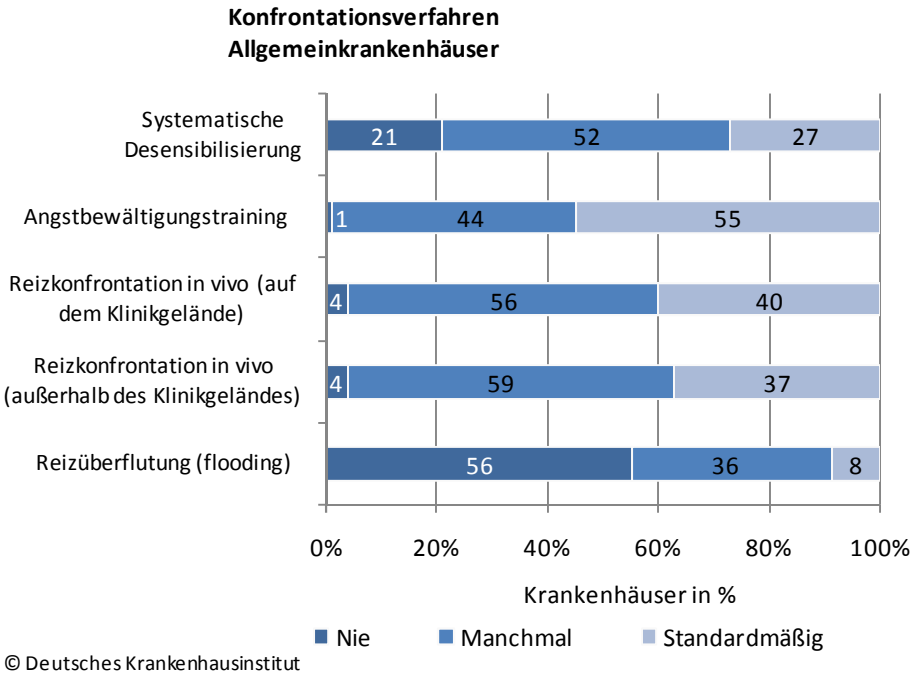


Abb. 33: Einsatz von Konfrontationsverfahren in Allgemeinkrankenhäusern

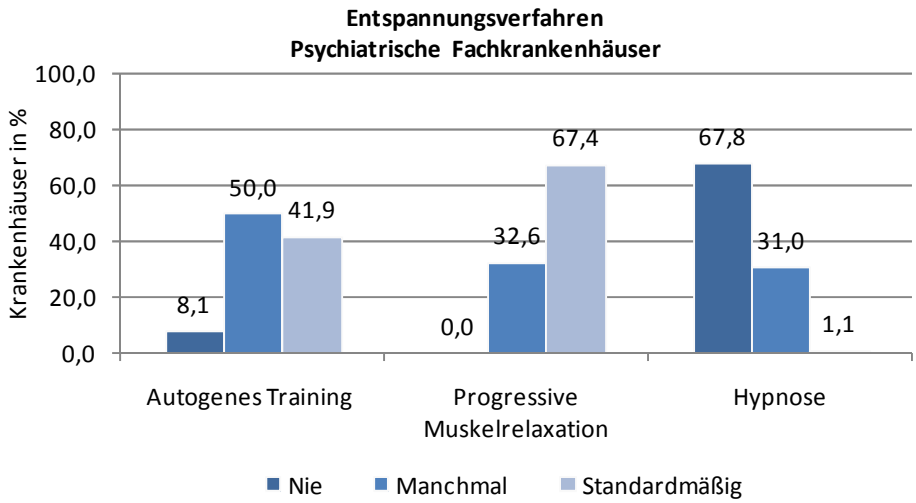
3.2.5 Entspannungsverfahren

Bei vielen psychischen und Verhaltensstörungen bieten Entspannungsverfahren eine sinnvolle und effektive Unterstützung und Ergänzung der therapeutischen Behandlung. Oftmals wirken sie gezielt auf eine somatische Entspannung hin. Der Einsatz von drei Entspannungsverfahren bei Patienten mit psychischen Störungen wurde für das Jahr 2010 erfragt.

Alle Krankenhäuser haben die progressive Muskelrelaxation (PMR) bei der Behandlung von psychischen Störungen eingesetzt. Im Großteil der Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäuser wurde die PMR standardmäßig angewandt (Abb. 34 & 35).

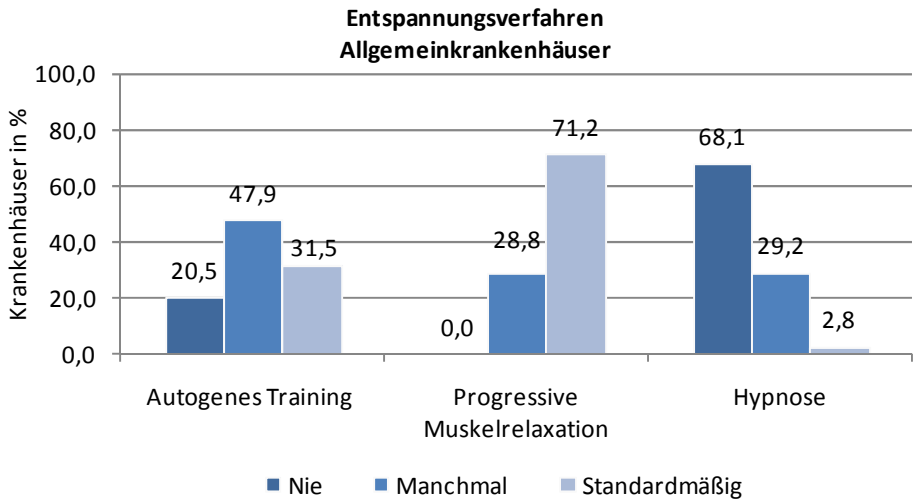
Das autogene Training wurde in Psychiatrien etwas häufiger im Rahmen der Therapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen genutzt als in Allgemeinen Kliniken. 42% der Psychiatrischen und 32% der Allgemeinen Krankenhäuser haben standardmäßig autogenes Training eingesetzt (Abb. 34 & 35).

Hypnosen wurden von allen drei Entspannungsverfahren am seltensten und so gut wie gar nicht standardmäßig angewandt. Jeweils gut zwei Drittel beider Krankenhaustypen haben auf einen Einsatz verzichtet (Abb. 34 & 35).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Einsatz von Entspannungsverfahren in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Einsatz von Entspannungsverfahren in Allgemeinkrankenhäusern

3.2.6 Weitere Verfahren

Die Krankenhäuser wurden zudem danach gefragt, inwieweit sie im Jahr 2010 bei ihren Patienten mit psychischen Erkrankungen bestimmte weitere Verfahren angewandt haben. Diese Ansätze, wie z. B. Selbst- oder Fremdbeobachtung, lassen sich zum Teil auch diagnostischen oder anderen Verfahren zuordnen.

Selbstbeobachtung (z. B. Wochenpläne oder Tagebücher) sowie Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings wurden in fast allen Psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäuser bei der Therapie von Patienten mit psychischen Störungen eingesetzt. Bei jeweils etwas mehr als der Hälfte der beiden Krankenhaustypen zählten die genannten Verfahren zum Standard (Abb. 36 & 37).

Gesprächspsychotherapien wurden ebenfalls von mehr als der Hälfte der Psychiatrien und Allgemeinen Kliniken regelmäßig zur Behandlung von psychisch Erkrankten angewandt. In der Tendenz nutzten die Fachkliniken diese Therapieform etwas häufiger als die Allgemeinkrankenhäuser (Abb. 36 & 37).

Fremdbeobachtungen, wie Rollenspiele oder Verhaltensproben, ergänzten das Therapieprogramm ebenfalls häufig. Gut die Hälfte der Allgemeinen Häuser und 45% der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben dieses Verfahren standardmäßig genutzt (Abb. 36 & 37).

Am seltensten wurde von den fünf erfragten Methoden das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) eingesetzt. Mehr Allgemeinkrankenhäuser (63%) als Psychiatrien (42%) haben darauf verzichtet, dieses Verfahren bei der Therapie zu berücksichtigen. Ungefähr die Hälfte der Fach- und 30% der Allgemeinkrankenhäuser hat EMDR „manchmal“ angewandt (Abb. 36 & 37).

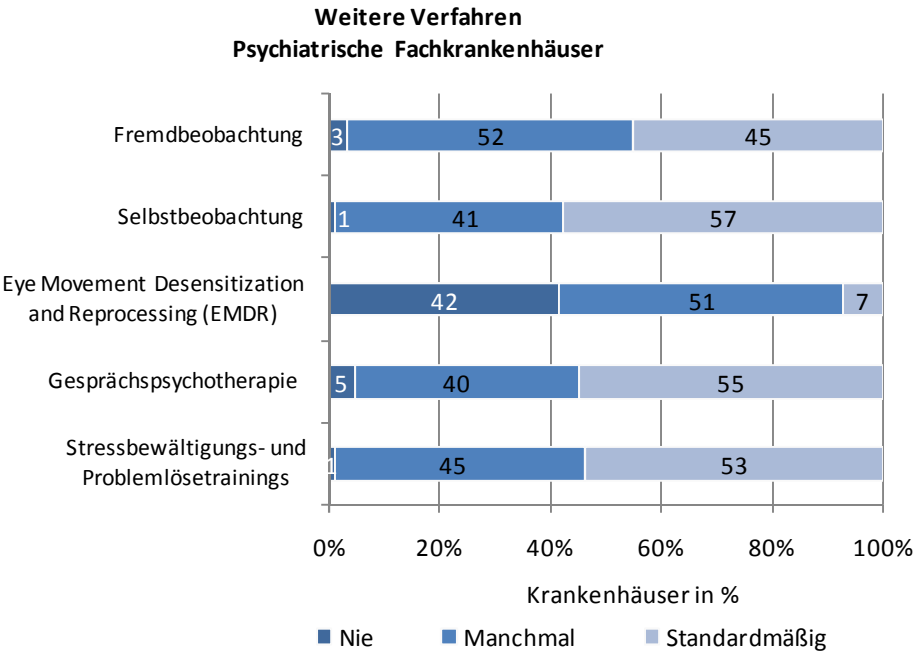


Abb. 36: Nutzung weiterer Verfahren in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

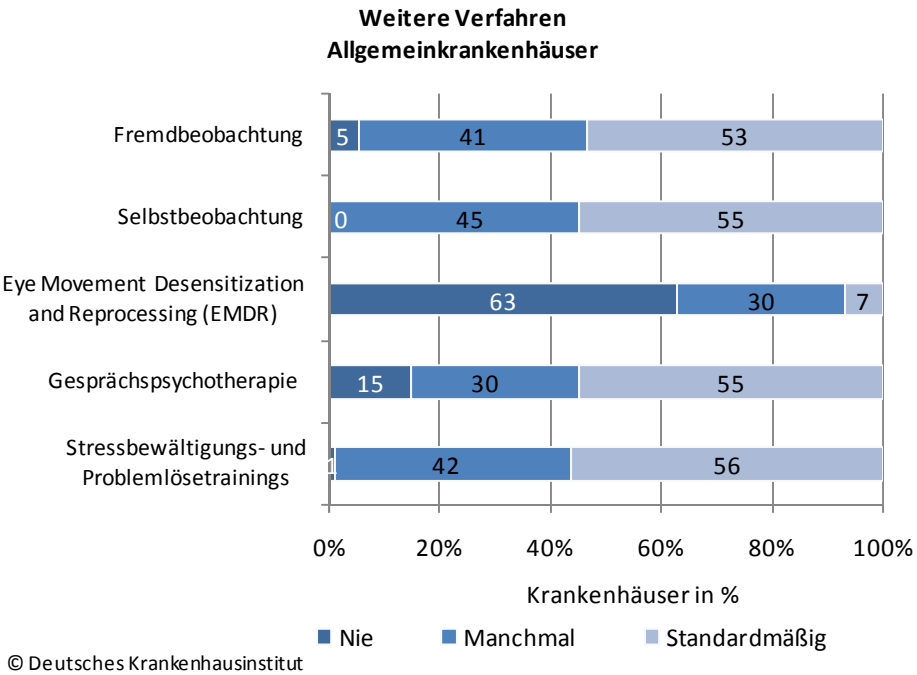


Abb. 37: Nutzung weiterer Verfahren in Allgemeinkrankenhäusern

Jeweils rund 20% der beiden Krankenhaustypen nutzten darüber hinaus gelegentlich „sonstige Verfahren“ zur Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen: Das Therapieprogramm wurde beispielsweise durch die Adherence-Therapie, systemische Therapien oder die Interpersonelle Psychotherapie ergänzt.

3.3 Medizinisch-medikamentöses Angebot

Um psychische Störungen erfolgreich zu behandeln, stehen neben psychotherapeutischen Ansätzen, auch unterschiedliche medizinisch-medikamentöse Angebote zur Verfügung. Der angemessene Einsatz der verschiedenen Methoden variiert je nach Störungsart und -schwere. Bei (unipolaren) Depressionen, einer der häufigsten im Krankenhaus behandelten psychischen Störung, wird beispielsweise in der Leitlinie der Einsatz einer Pharmakotherapie, Elektrokrampf- oder Wachtherapie (Schlafentzungsverfahren) empfohlen. Unabhängig von der vorliegenden Diagnose sollten die Krankenhäuser Angaben machen, inwieweit sie im Jahr 2010 bei den Patienten mit psychischer Erkrankung verschiedene medizinisch-medikamentöse Angebote genutzt haben.

Die Psychopharmakotherapie zählte im Jahr 2010 erwartungsgemäß sowohl bei den Fach- als auch den Allgemeinen Kliniken zum Standardverfahren bei der Therapie von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen. Alle Krankenhäuser haben zumindest gelegentlich Psychopharmaka zur Behandlung herangezogen (Abb. 38 & 39).

Dahingegen wurde ein Großteil der weiteren erfragten Verfahren weder von Psychiatrischen Fachkrankenhäusern noch von Allgemeinkrankenhäusern standardmäßig bei der Therapie eingesetzt: Lichttherapie und Akupunktur wurden von den Fachkliniken etwas häufiger zur Behandlung von psychischen Erkrankungen herangezogen als in Allgemeinen Kliniken. 25% der Psychiatrischen Fachkliniken setzten standardmäßig die Lichttherapie und knapp 15% die Akupunktur ein. Im Vergleich ergänzte bei 10% der Allgemeinen Häuser die Lichttherapie und bei 4% die Akupunktur das Behandlungsangebot (Abb. 38 & 39).

Schlafentzugsverfahren wurden jeweils von 70% der beiden Krankenhaustypen gelegentlich zur Behandlung von psychischen Erkrankungen eingesetzt. Elektrokrampftherapien wurden in Allgemeinkrankenhäusern etwas häufiger genutzt als in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Gut die Hälfte der Allgemeinen Kliniken und knapp 40% der Fachkliniken setzten das Verfahren zumindest „manchmal“ ein. 62% der Fach- und die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser haben auf einen Einsatz verzichtet (Abb. 38 & 39).

Homoöpathie wurde in den Häusern oftmals nicht in das Behandlungsprogramm integriert. In gut einem Drittel der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und knapp einem Viertel der Allgemeinkrankenhäuser wurde diese hin und wieder herangezogen. Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) wurde von allen erfragten medizinisch-medikamentösen Angeboten am seltensten zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen eingesetzt. 87% der Psychiatrischen und 79% der Allgemeinen Kliniken haben auf die Nutzung im Jahr 2010 verzichtet (Abb. 38 & 39).

Rund die Hälfte der Psychiatrischen Fachkliniken und gut ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser haben zudem gelegentlich oder standardmäßig weitere Verfahren genutzt: Hier wurden beispielsweise Snoezelen, Aromatherapie oder Substitutionstherapie genannt.

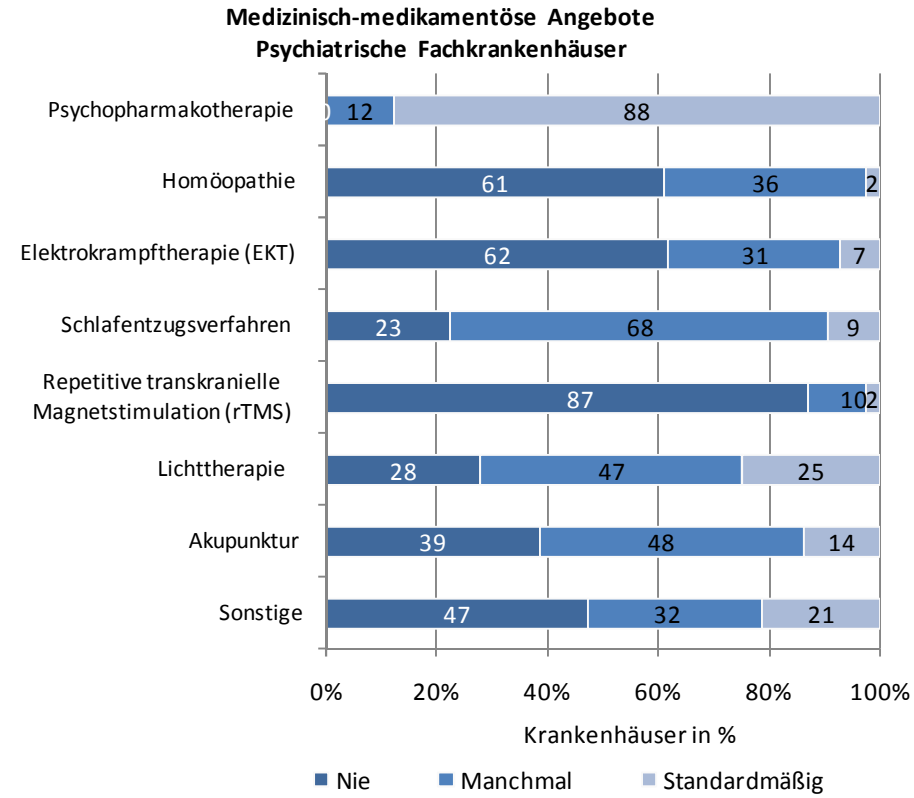


Abb. 38: Eingesetzte medizinisch-medikamentöse Angebote in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

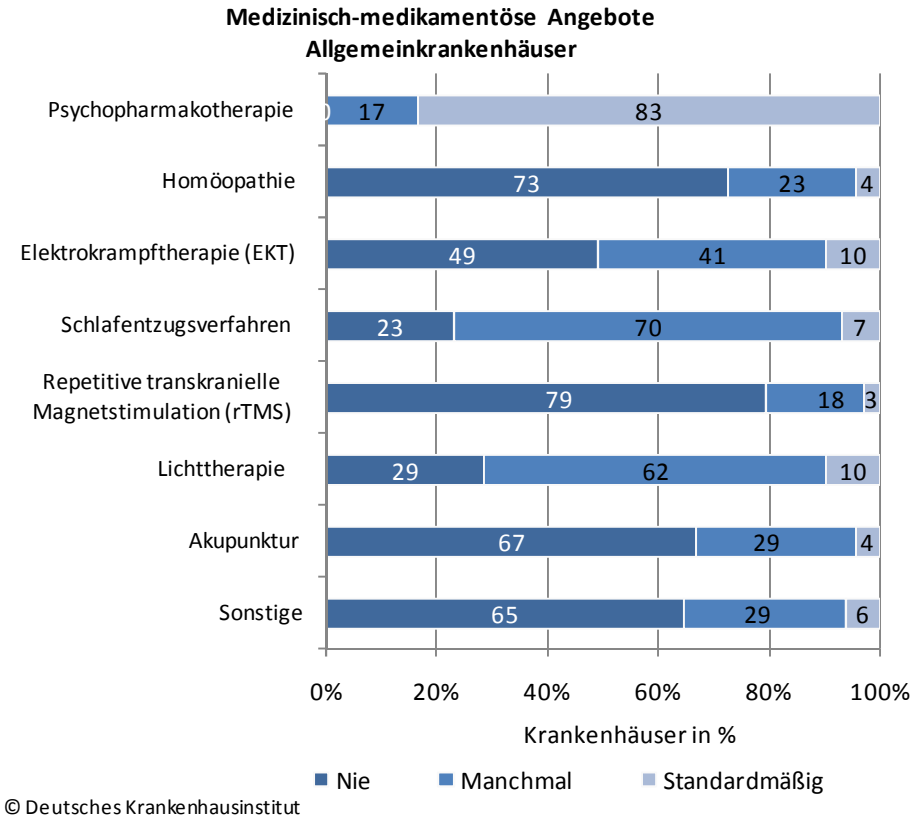


Abb. 39: Eingesetzte medizinisch-medikamentöse Angebote in Allgemeinkrankenhäusern

3.4 Begleitende Behandlungsangebote

Das Behandlungs- und Therapiekonzept kann bei Patienten mit psychischen Erkrankungen neben den psychotherapeutischen Interventionen und medizinisch-medikamentösen Angeboten auch verschiedene weitere Behandlungskomponenten umfassen, wie beispielsweise Ergo-, Arbeits- oder Kreativtherapien. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, in welchem Umfang sie im Jahr 2010 ihren Patienten mit psychischen Störungen unterschiedliche begleitende Behandlungsangebote gemacht haben.

3.4.1 Gruppen- oder Paarangebote

Nahezu alle Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäuser haben eine Form der Gruppenverfahren im Rahmen der Therapie genutzt. Jeweils rund

die Hälfte der beiden Krankenhaustypen hat angegeben, im Jahr 2010 Gruppenverfahren standardmäßig eingesetzt zu haben (Abb. 40 & 41).

Von den erfragten speziellen Gruppenverfahren wurden den Patienten mit psychischen Erkrankungen am häufigsten Angehörigengruppen angeboten. In der Tendenz nutzten die Fachkrankenhäuser die Gruppen mit Angehörigen öfter als die Allgemeinen Kliniken: Gut die Hälfte der Psychiatrischen Krankenhäuser und 43% der Allgemeinkliniken griffen standardmäßig auf diese Methode zurück (Abb. 40 & 41).

Dahingegen zählten Familien- und Paartherapien vergleichsweise selten zum Standard. Familientherapien wurden in Psychiatrischen Krankenhäusern und Paartherapien in Allgemeinen Häusern etwas häufiger genutzt (Abb. 40 & 41).

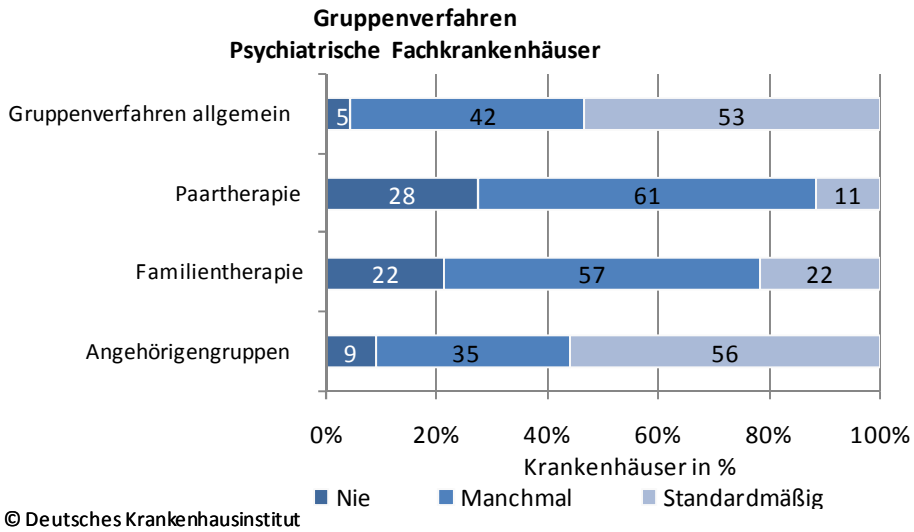


Abb. 40: Nutzung von begleitenden Gruppenverfahren in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

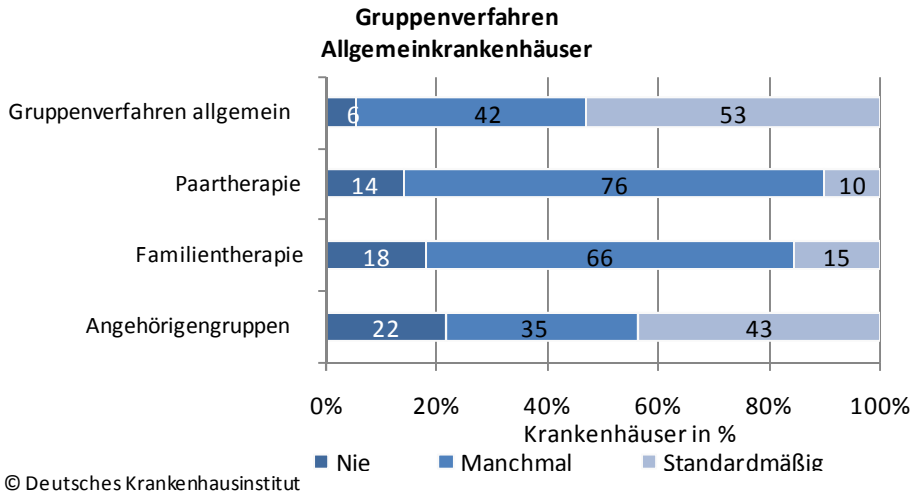


Abb. 41: Nutzung von begleitenden Gruppenverfahren in Allgemeinkrankenhäusern

3.4.2 Ergotherapie

Ergotherapeutische Angebote zählten bei der Therapie von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen im Jahr 2010 in Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern vielfach zum Standard. Jeweils rund drei Viertel der beiden Krankenhaustypen haben angegeben, dass sie eine Form der Ergotherapie standardmäßig genutzt haben (Abb. 42 & 43).

Die materialgebundene Ergotherapie wurde in beiden Krankenhaustypen von allen erfragten Varianten am häufigsten bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen angewandt. Psychiatrische Fachkrankenhäuser (85%) griffen hierbei etwas öfter standardmäßig auf diese Variante der Ergotherapie zurück als Allgemeine Häuser (73%) (Abb. 42 & 43).

Die Ergotherapie mit Computern wurde in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern ebenfalls etwas häufiger als in Allgemeinkliniken genutzt. In rund der Hälfte der Fachkliniken und in 42% der Allgemeinen Häuser zählte ihr Einsatz bei der Therapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen im Jahr 2010 zum Standard (Abb. 42 & 43).

Das Haushaltstraining wurde von allen ergotherapeutischen Varianten am seltensten im Rahmen der Behandlung genutzt. Dennoch hat knapp die Hälfte

der Psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäuser mit ihren psychisch erkrankten Patienten standardmäßig die Führung des Haushalts trainiert (Abb. 42 & 43).

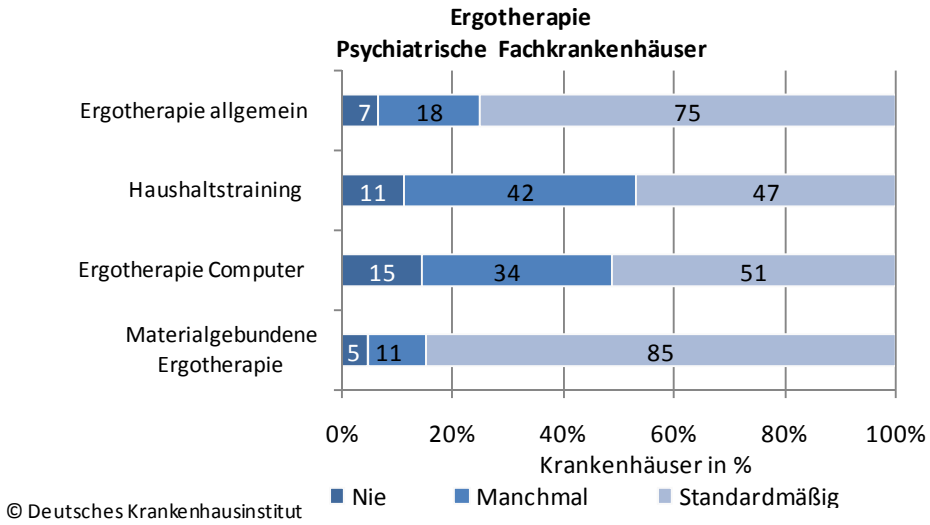


Abb. 42: Nutzung von Ergotherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

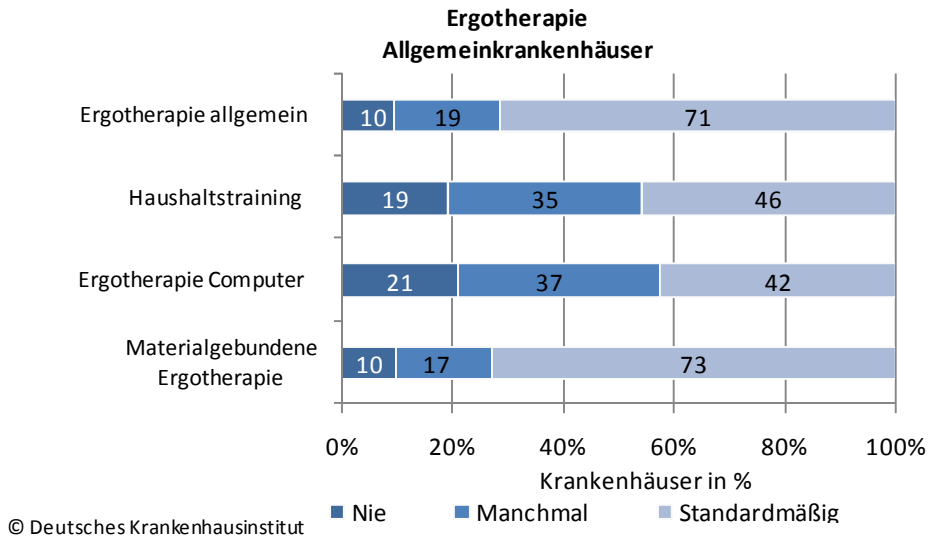


Abb. 43: Nutzung von Ergotherapien in Allgemeinkrankenhäusern

3.4.3 Arbeitstherapien

Bei der Nutzung von Arbeitstherapien zeigten sich im Jahr 2010 deutliche Unterschiede zwischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern[4]. Alle Psychiatrischen Fachkliniken haben verschiedene Varianten der Arbeitstherapie häufiger zur Therapie von Patienten mit psychischen Störungen eingesetzt als die Allgemeinen Häuser (Abb. 44 & 45). Im Einzelnen zeigten sich folgende Ergebnisse:

Die Arbeitstherapie gehörte bei etwa der Hälfte der Psychiatrien und 21% der Allgemeinkliniken standardmäßig zum Angebot. Die materialgebundene Arbeitstherapie zählte bei beiden Krankenhaustypen zu der am häufigsten genutzten Variante. Die Hälfte der Fachkrankenhäuser und gut ein Viertel der Allgemeinen Häuser nutzten die materialgebundene Arbeitstherapie standardmäßig. Dennoch hat auch gut ein Drittel der Allgemeinkliniken dieses Verfahren gar nicht eingesetzt (Abb. 44 & 45).

Die arbeitstherapeutischen Methoden „Produktion und Fertigung“ sowie „Computer“ wurden jeweils in knapp einem Drittel der Psychiatrien und 13-14% der Allgemeinkrankenhäuser standardmäßig genutzt. Ein Großteil der Allgemeinen Kliniken hat jedoch ganz auf einen Einsatz verzichtet (Abb. 44 & 45).

[4] Bei den spezifischen Varianten der Arbeitstherapie hat jeweils ein größerer Teil der Allgemeinkrankenhäuser keine Angabe gemacht.

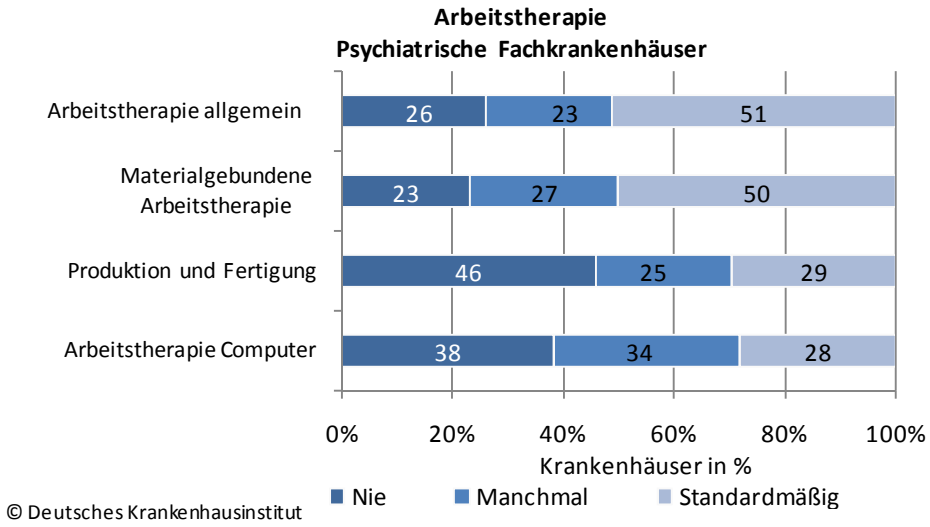


Abb. 44: Nutzung von Arbeitstherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

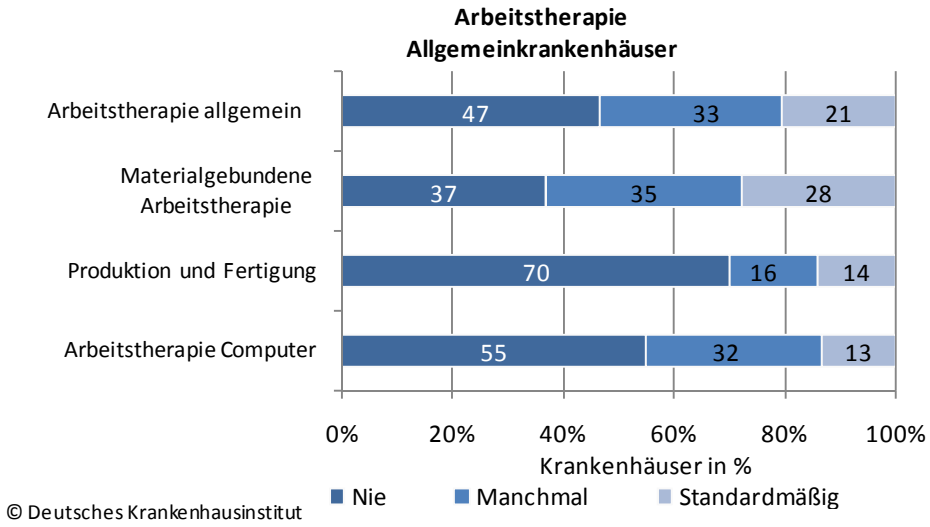


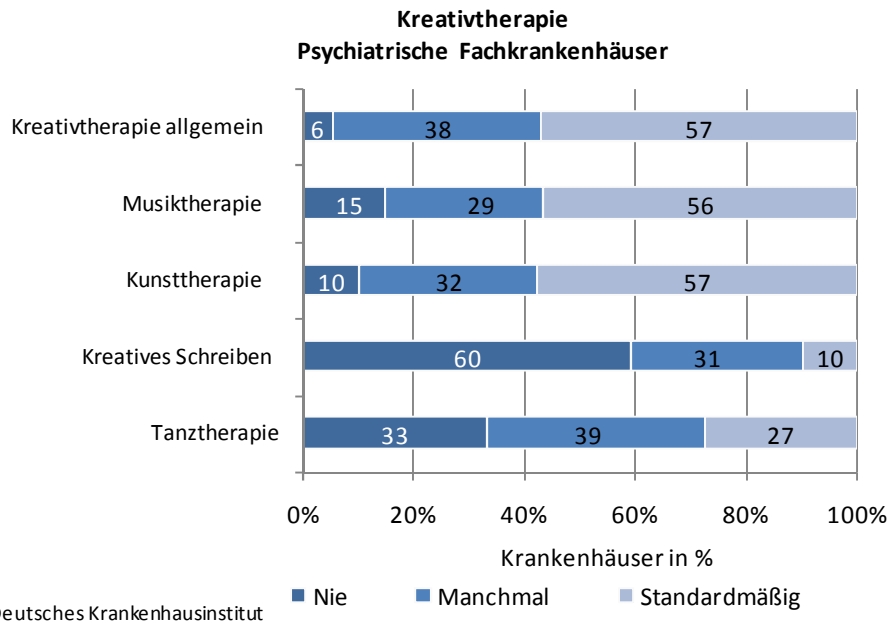
Abb. 45: Nutzung von Arbeitstherapien in Allgemeinkrankenhäusern

3.4.4 Kreativtherapie

Nahezu alle Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser haben im Jahr 2010 bei den Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Form der Kreativtherapie angewandt, wobei jeweils gut die Hälfte der beiden Krankenhaustypen standardmäßig Kreativtherapien genutzt hat (Abb. 46 & 47).

Musik- und Kunsttherapie wurden in allen Häusern von den vier erfragten Varianten der kreativtherapeutischen Verfahren am häufigsten angeboten. Beide Methoden zählten jeweils in gut der Hälfte der Psychiatrien zum Standard. Die Kunsttherapie wurde ebenfalls in 51% der Allgemeinkrankenhäuser standardmäßig genutzt. Dahingegen wurde die Musiktherapie in den Allgemeinen Häusern seltener (42%) standardmäßig eingesetzt als in den Fachkrankenhäusern (56%) (Abb. 46 & 47).

Beim Einsatz der Tanztherapie zeigte sich sowohl bei Psychiatrischen als auch Allgemeinkrankenhäusern kein eindeutiges Bild: Je knapp ein Drittel der beiden Krankenhaustypen setzte die Tanztherapie standardmäßig und ein Drittel setzte sie gar nicht zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen ein. Das kreative Schreiben war die am seltensten angewandte Variante der Kreativtherapie. 60% der Psychiatrien und 66% der Allgemeinkrankenhäuser haben auf einen Einsatz verzichtet (Abb. 46 & 47).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Einsatz von Kreativtherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

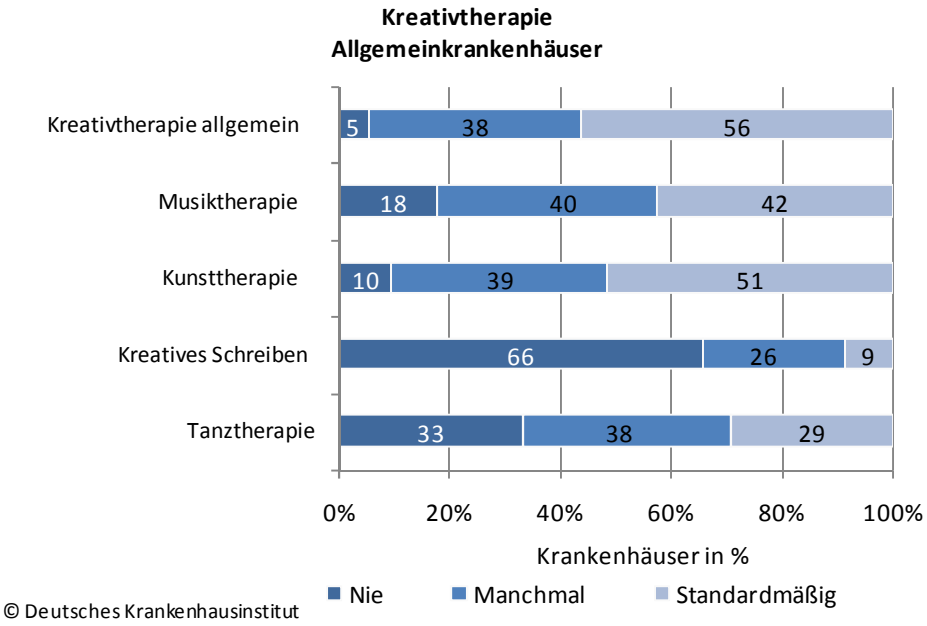


Abb. 47: Einsatz von Kreativtherapien in Allgemeinkrankenhäusern

3.4.5 Physiotherapie

Physiotherapeutische Verfahren wurden im Jahr 2010 in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern häufiger zur begleitenden Behandlung von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen genutzt als in den Allgemeinkrankenhäusern. Über die Hälfte der Fach- und 45% der Allgemeinen Kliniken setzte eine Form der Physiotherapie standardmäßig ein (Abb. 48 & 49).

Krankengymnastik und Massagen wurden von beiden Krankenhaustypen von den physiotherapeutischen Methoden am häufigsten angewandt, um psychisch erkrankte Patienten zu behandeln. Der Einsatz von Krankengymnastik zählte in gut der Hälfte der Psychiatrien und damit etwas häufiger zum Standardangebot als in den Allgemeinkrankenhäusern (44%). Dahingegen wurden Kneipp-Anwendungen eher unregelmäßig oder gar nicht von den Häusern zur Behandlung genutzt. Gut ein Drittel der Fach- und 44% der Allgemeinen Kliniken hat diese Variante der Physiotherapie gar nicht eingesetzt (Abb. 48 & 49).

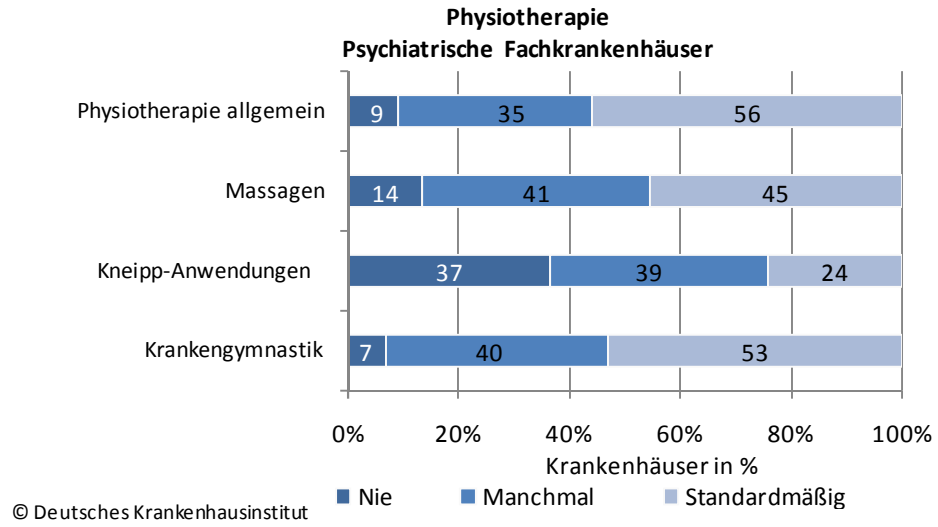


Abb. 48: Nutzung von Physiotherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

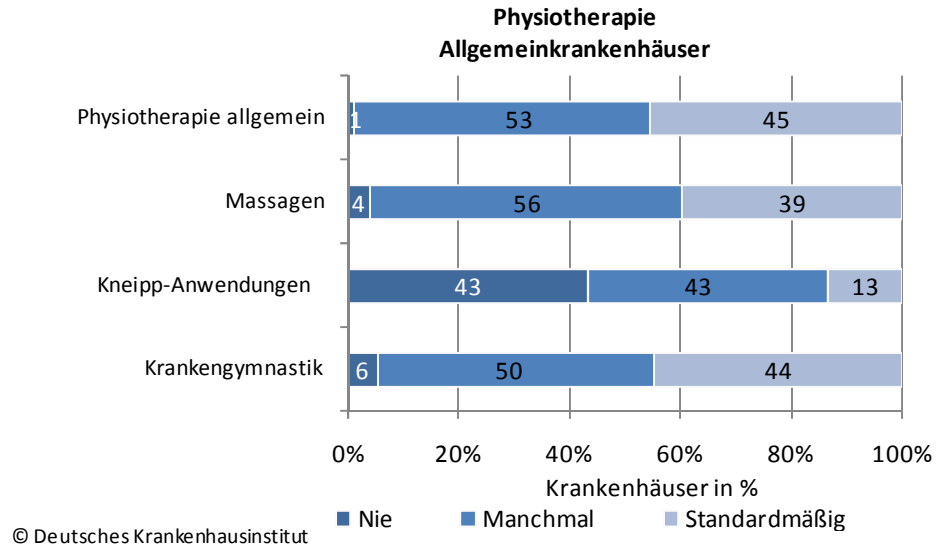


Abb. 49: Nutzung von Physiotherapien in Allgemeinkrankenhäusern

3.4.6 Sport- und Bewegungstherapien

Nahezu alle erfragten Varianten der Sport- und Bewegungstherapien zählten im Jahr 2010 zum Behandlungsangebot der Häuser. Sport- und Bewegungstherapien gehörten in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen häufiger zum Standard als

in Allgemeinkrankenhäusern (Abb. 50 & 51). Im Einzelnen zeigten sich folgende Ergebnisse:

Zwei Drittel der Psychiatrien und gut die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser haben im Jahr 2010 standardmäßig Sport- und Bewegungstherapien bei der Behandlung von psychisch erkrankten Patienten genutzt. Walking und Körperwahrnehmungsübungen wurden in nahezu allen Häusern eingesetzt und zählten jeweils in rund der Hälfte der Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser zum Standardangebot (Abb. 50 & 51).

Auch Wirbelsäulengymnastik, Fitnesstraining sowie Schwimmen, Bewegungsbad oder Wassergymnastik wurden regelmäßig bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen genutzt, wobei diese in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern öfter genutzt wurden als in Allgemeinkliniken. 41% bis 46% der Psychiatrischen Fachkliniken und 26 % bis 36% der Allgemeinen Häuser setzten diese Varianten standardmäßig zur Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ein (Abb. 50 & 51).

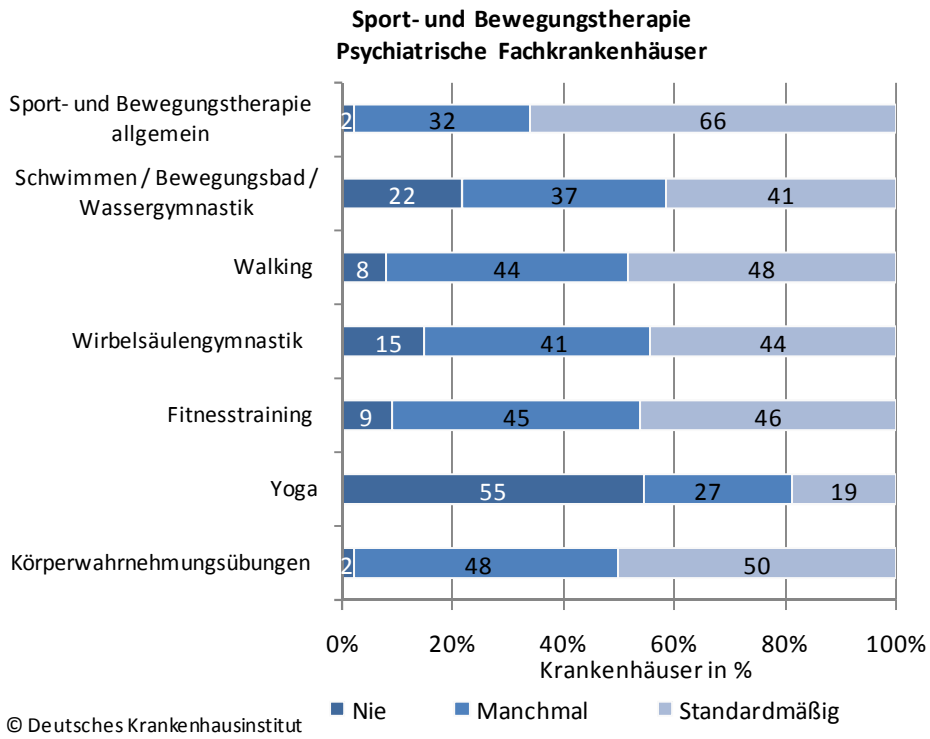


Abb. 50: Einsatz von Sport- und Bewegungstherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

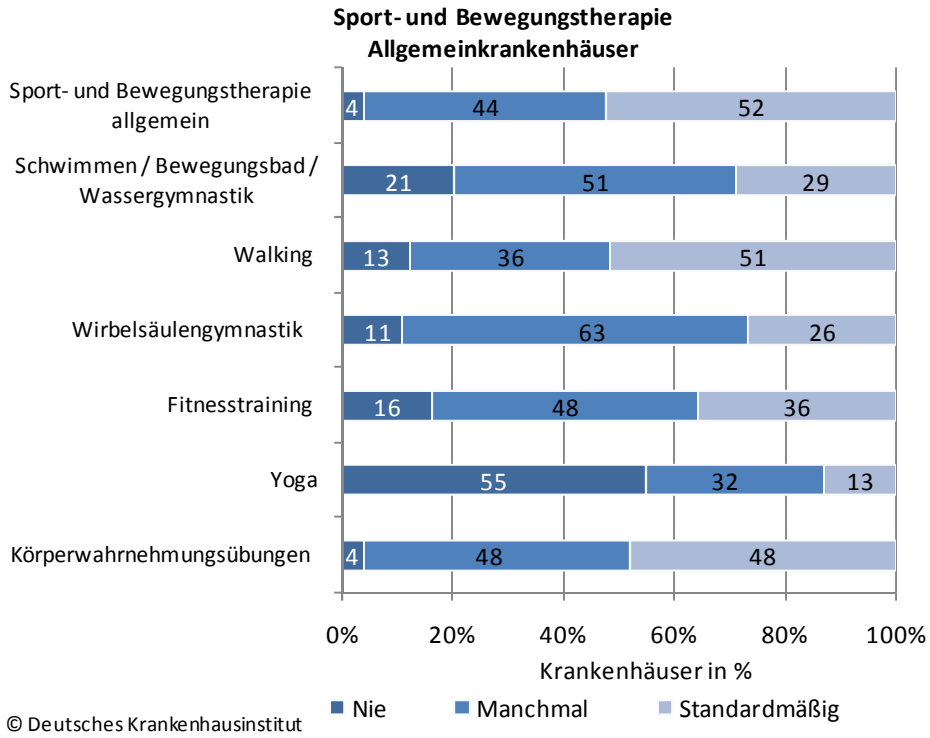


Abb. 51: Einsatz von Sport- und Bewegungstherapien in Allgemeinkrankenhäusern

Yoga zählte im Jahr 2010 nicht zum Standardangebot der Fach- und Allgemeinkliniken bei psychisch erkrankten Patienten. In jeweils über der Hälfte der beiden Krankenhaustypen wurde Yoga nicht zur Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eingesetzt (Abb. 50 & 51). Sowohl Fach- als auch Allgemeine Kliniken scheinen hier eher auf den Einsatz von Progressiver Muskelrelaxation oder autogenem Training zu setzen (vgl. Abb. 34 & 35).

3.4.7 Weitere begleitende Behandlungsangebote

Das Therapieprogramm von Patienten mit psychischen Erkrankungen kann durch weitere Angebote ergänzt werden, die auf Grund ihrer inhaltlichen Heterogenität unter „weitere Verfahren“ subsumiert wurden. Ein Großteil der Krankenhäuser setzte im Jahr 2010 zumindest gelegentlich weitere Angebote bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen ein. Die meisten unter „weitere Möglichkeiten“ zusammengefassten Verfahren wurden von den

Psychiatrischen Fachkrankenhäusern häufiger bei der Therapie eingesetzt als von den Allgemeinen Kliniken (Abb. 52 & 53).

Das soziale Kompetenztraining ergänzte von den neun erfragten weiteren Angebotsmöglichkeiten am häufigsten das Therapieprogramm von psychisch erkrankten Patienten. Bei je rund zwei Dritteln der beiden Krankenhaustypen zählte das Social-Skills-Training zum Standard. Gedächtnis- und Hirnleistungstrainings, Deeskalation sowie Diät- und Ernährungsberatungen wurden in 41% bis 48% der Psychiatrien standardmäßig genutzt. Dahingegen wurden diese Angebote von nur 26% bis 35% der Allgemeinhäuser regelmäßig in der Behandlung eingesetzt (Abb. 52 & 53).

Aufmerksamkeitstrainings wurden etwas weniger häufig standardmäßig in das Behandlungskonzept von Patienten mit psychischen Störungen integriert als die bisher genannten weiteren Verfahren. Gut ein Drittel der Fachkrankenhäuser und rund ein Viertel der Allgemeinkliniken gaben an, dass diese zum Standard gehörten (Abb. 52 & 53).

Erlebnistherapie, Psychomotorik, Logopädie oder Neurolinguistisches Programmieren (NLP) zählten im Jahr 2010 nicht zu den Standardbehandlungsmethoden der Psychiatrien und Allgemeinkrankenhäuser. Je gut ein Drittel der Fachkrankenhäuser verzichtete auf den Einsatz von Erlebnistherapie oder Psychomotorik, die Hälfte nutzte keine Logopädie und knapp drei Viertel haben kein NLP angewandt. Etwas weniger als die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser griff nicht auf Logopädie und Psychomotorik zurück; gut die Hälfte verzichtete auf das Behandlungskonzept der Erlebnistherapie und 82% haben kein neurolinguistisches Programmieren in den Therapieplan aufgenommen (Abb. 52 & 53).

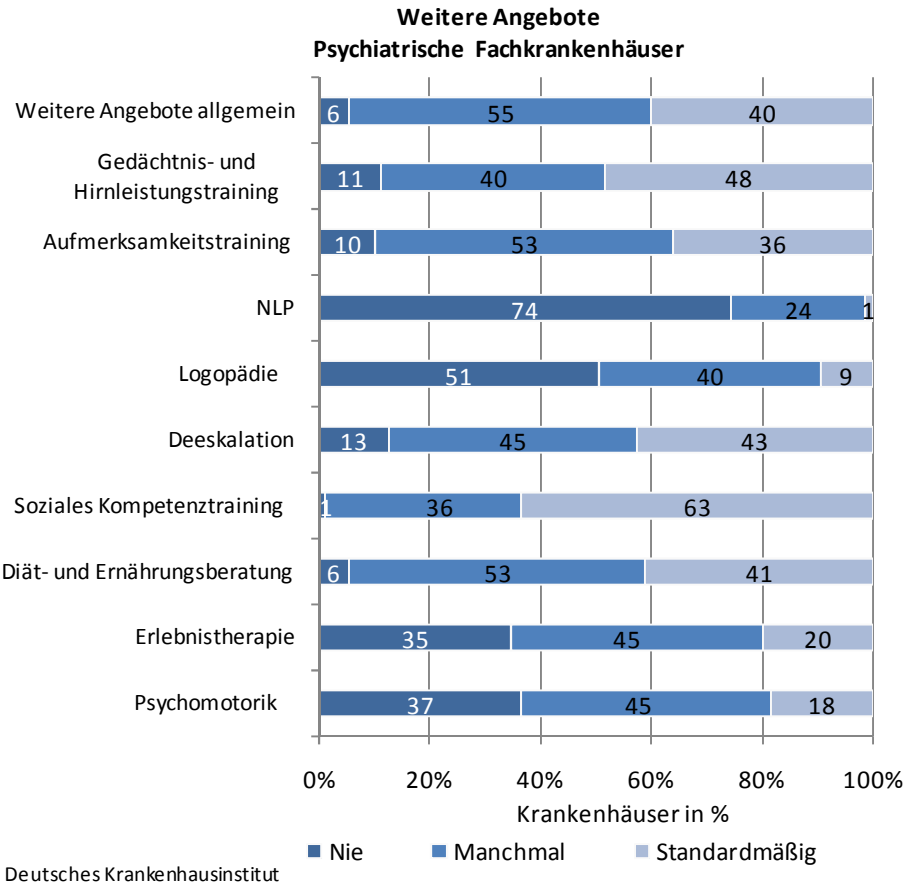


Abb. 52: Nutzung von weiteren Angeboten in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

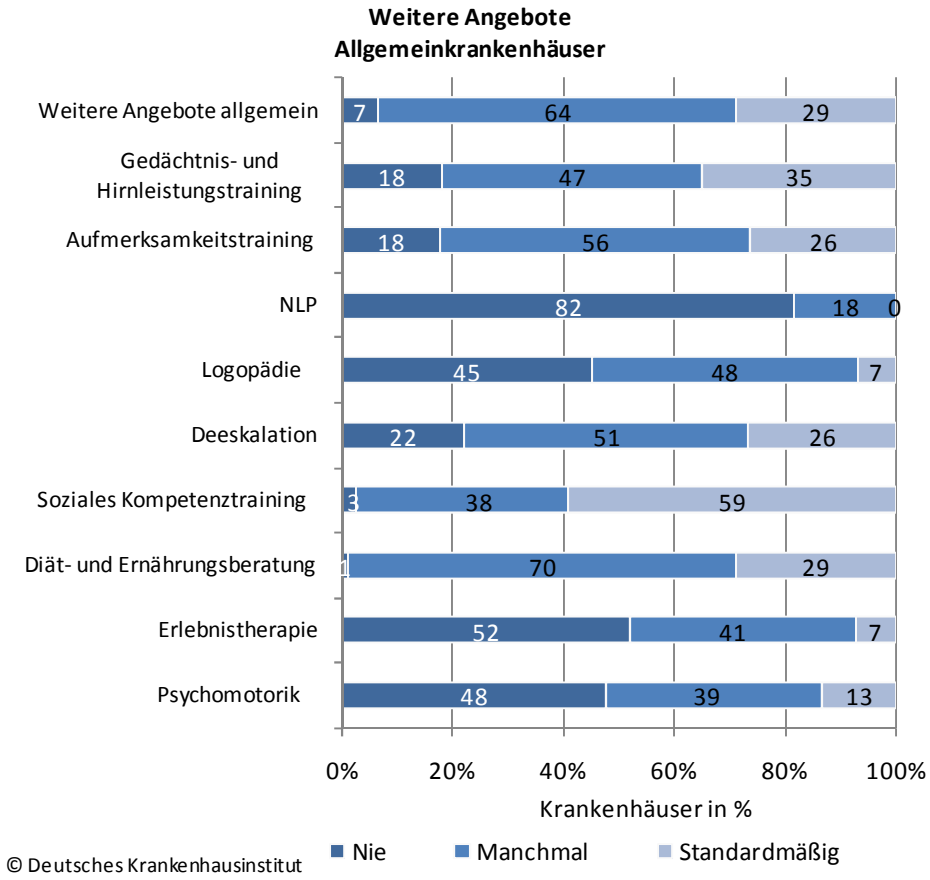


Abb. 53: Nutzung von weiteren Angeboten in Allgemeinkrankenhäusern

3.5 Einbeziehung in die Behandlung

Für eine erfolgreiche Behandlung ist in der Regel eine gute Mitarbeit der Patienten Voraussetzung. Daher wird beispielsweise bei Patienten mit unipolarer Depression ausdrücklich in der Leitlinie empfohlen, dass mögliche Behandlungsstrategien und deren (Neben)wirkungen und Risiken im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mit den Patienten besprochen und entschieden werden (DGPPN et al. 2009). Die Krankenhäuser wurden gefragt, inwieweit im Jahr 2010 bei Patienten mit Depressiver Episode oder Rezidivierender depressiver Störung (ICD F32 / F33) Entscheidungen im Sinne eines „informed consent“ mit den Patienten gemeinsam getroffen wurden.

Die Krankenhäuser haben im Jahr 2010 ihre Patienten mit F32 / F33-Diagnose nach eigenen Angaben bei nahezu allen Therapieentscheidungen

zumindest unregelmäßig mit einbezogen. Ein Großteil der Allgemeinen und Fachkrankenhäuser hat die Pharmakotherapie, die Teilnahme an psychotherapeutischen Gruppenverfahren, die begleitenden Behandlungsangebote (z. B. Kreativtherapie, Physiotherapie) sowie die psychotherapeutischen Verfahren (z. B. Verhaltenstherapie) mit den Patienten standardmäßig im Sinne eines „informed consent“ abgestimmt (Abb. 54 & 55).

Bei jeweils etwa drei Vierteln der beiden Krankenhaustypen wurde die Einbeziehung der Angehörigen von Patienten mit depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung, beispielsweise im Rahmen von Angehörigengruppen, standardmäßig gemeinsam mit den Patienten festgelegt (Abb. 54 & 55).

Die Entscheidungen zur medizinischen Therapie, wie beispielsweise der Elektrokrampf- oder Wachtherapie, sowie zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen wurden jeweils bei rund zwei Dritteln der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit den Patienten regelhaft zusammen getroffen. Knapp drei Viertel der Allgemeinkrankenhäuser haben ihre depressiven Patienten bei der Festlegung der medizinischen Therapie und gut die Hälfte bei der Selbsthilfegruppenteilnahme nach eigenen Angaben immer mit einbezogen (Abb. 54 & 55).

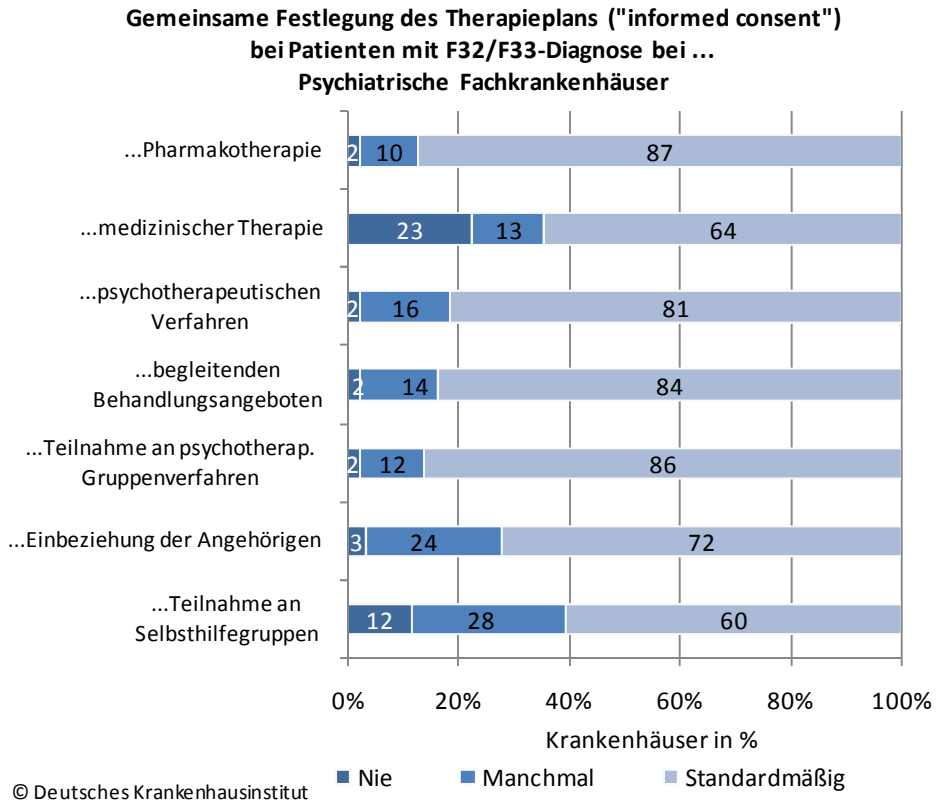


Abb. 54: Therapieplanung bei depressiven Patienten in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

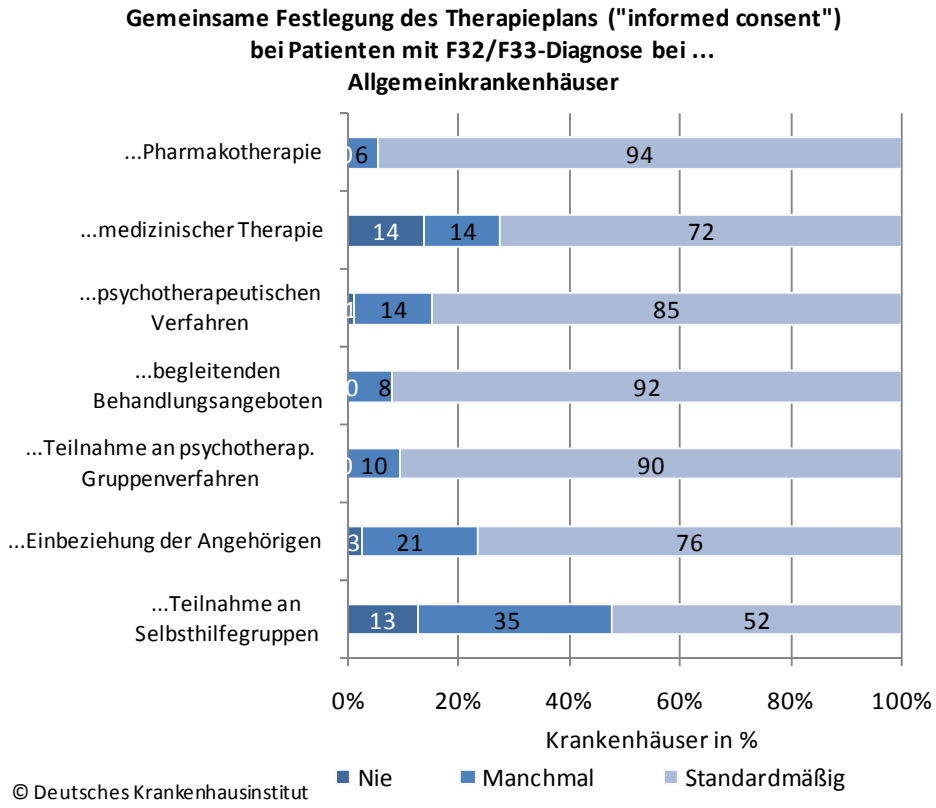
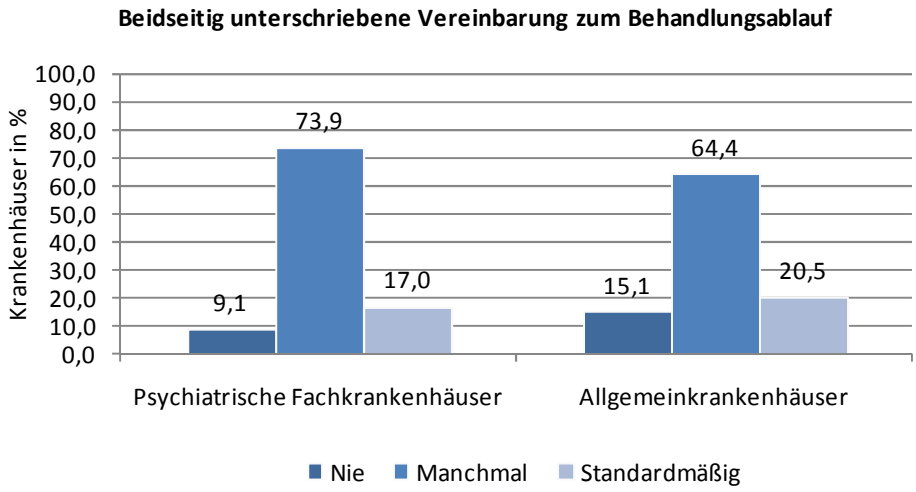


Abb. 55: Therapieplanung bei depressiven Patienten in Allgemeinkrankenhäusern

Schriftliche Behandlungsvereinbarungen, die gemeinsam mit den Patienten festgelegt und von beiden Parteien unterzeichnet werden, manifestieren und versinnbildlichen die gemeinsam getroffenen Entscheidungen des Therapieplans. Beidseitig unterschriebene Vereinbarungen zum Behandlungsablauf wurden im Jahr 2010 weder in den Psychiatrischen noch in den Allgemeinen Krankenhäusern standardmäßig bei den Patienten mit psychischen Erkrankungen eingesetzt. Knapp drei Viertel der Fach- und rund zwei Drittel der Allgemeinkliniken nutzten dieses Angebot im Jahr 2010 „manchmal“ (Abb. 56).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 56: Einsatz von schriftlichen Behandlungsvereinbarungen

3.6 Weiteres Leistungsangebot

Angehörigen-, Berufs- oder Rehabilitationsberatungen, Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen sowie die Möglichkeit der Aufnahme von Mutter oder Vater und Kind können das Leistungsspektrum von Krankenhäusern bei der Behandlung von psychisch erkrankten Patienten abrunden.

Zwei Drittel der Psychiatrischen Fach- und 60% der Allgemeinkrankenhäuser haben ihren psychisch erkrankten Patienten bzw. deren Angehörigen die Möglichkeit einer Angehörigenberatung standardmäßig offeriert. In über der Hälfte der beiden Krankenhaustypen zählte der Kontakt zu oder die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zum Standard (Abb. 57 & 58).

Je rund ein Drittel der Fach- und Allgemeinkliniken hat im Jahr 2010 ihren Patienten mit psychischen Erkrankungen regelhaft eine Rehabilitationsberatung angeboten. Berufsberatungen wurden den Patienten in etwa einem Viertel der beiden Krankenhaustypen standardmäßig offeriert (Abb. 57 & 58).

Die Unterbringung oder Aufnahmemöglichkeit von Mutter oder Vater und Kind zählte in den Allgemeinkrankenhäusern nicht zum Standardangebot. 39% der allgemeinen Krankenhäuser haben ihren Patienten mit psychischen

Erkrankungen ein entsprechendes Angebot gemacht. In den Fachkliniken hielten 56% der Häuser diese Möglichkeit vor (Abb. 57 & 58).

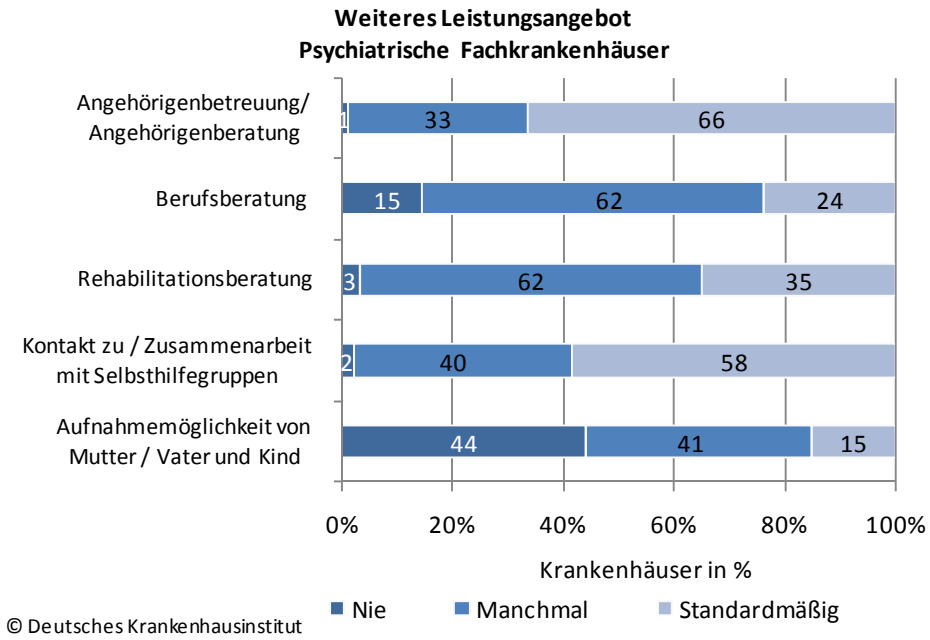


Abb. 57: Weiteres Leistungsangebot in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

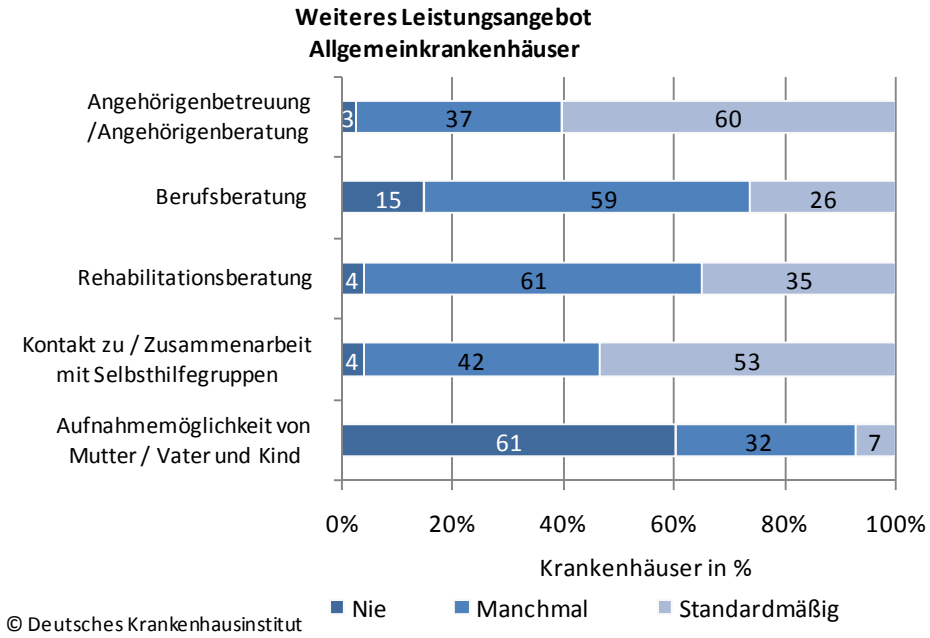


Abb. 58: Weiteres Leistungsangebot in Allgemeinkrankenhäusern

4 Ambulante Angebote und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern

4.1 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Gemäß § 118 SGB V sind Psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten und damit zur Vorhaltung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu ermächtigen. Das Behandlungsangebot von PIA soll auf Patienten ausgerichtet sein, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen einer zu großen Entfernung zu geeigneten Ärzten eine solche krankenhausnahe Versorgung benötigen.

Auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen, die eine regionale Versorgungsverpflichtung übernommen haben, können ermächtigt werden, Psychiatrische Institutsambulanzen zu führen. Anders als bei den Fachkrankenhäusern sind bei den Allgemeinkrankenhäusern Kriterien festgelegt, welche Patienten in einer PIA behandelt werden können. In der zum 1. Juli 2010 in Kraft getretenen gemeinsamen Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118Abs. 2 SGB V sind entsprechende Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

Die Krankenhäuser wurden nach der Erbringung ambulanter Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2010 für Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen sowie den entsprechenden Schwerpunkten gefragt. Ein Großteil der Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser hat im Jahr 2010 eine Psychiatrische Institutsambulanz für Patienten mit psychischen Erkrankungen vorgehalten. PIA waren in Fachkliniken noch deutlich häufiger eingerichtet als in Allgemeinkliniken (Abb. 59).

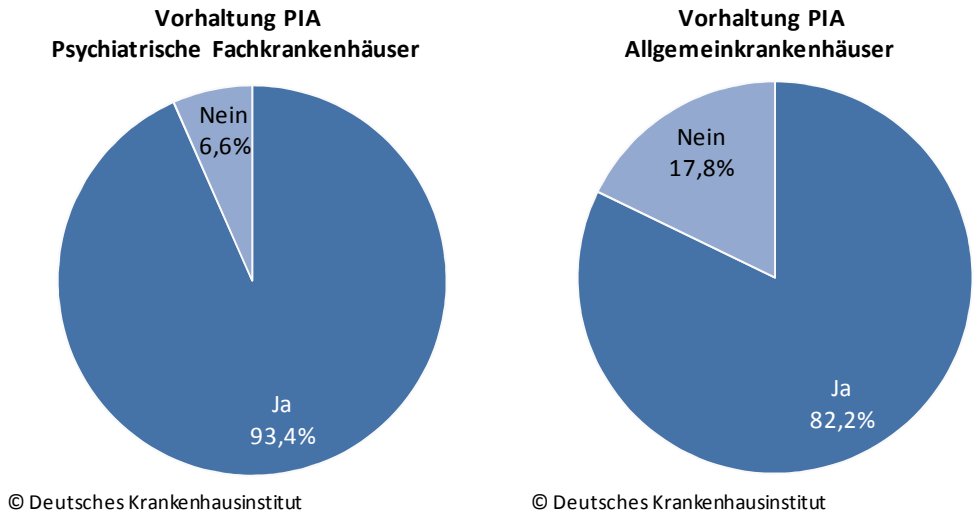


Abb. 59: Psychiatrische Institutsambulanzen im Jahr 2010

Psychiatrische Fachkrankenhäuser haben im Jahr 2010 in den PIA im Schnitt vier und Allgemeinkrankenhäuser drei unterschiedliche Schwerpunkte für Patienten mit psychischen Erkrankungen vorgehalten. Von den neun erfragten möglichen PIA-Schwerpunkten wurden jeweils zwei von einem Großteil der Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser angeboten: Gerontopsychiatrische und Suchtmedizinische Ambulanzen zählten oftmals zum Standardangebot der Krankenhäuser (Abb. 60).

Bei der Vorhaltung von Spezialsprechstunden[5] zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Krankenhaustypen, wobei die Psychiatrien diese häufiger eingerichtet hatten. Knapp zwei Drittel der Fachkrankenhäuser und 43% der Allgemeinen Häuser hielten diese im Jahr 2010 vor (Abb. 60). Das Spektrum dieser Spezialsprechstunden variierte zwischen Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäusern. Die Fachkliniken hielten insbesondere zusätzlich Spezialsprechstunden für Migranten, ADHS, Gedächtnistraining, Borderline sowie für Menschen mit geistiger Behinderung vor. In

[5] Die Vorhaltung von Spezialsprechstunden wurde in der Befragung explizit als PIA-Schwerpunkt erfragt. Dennoch sind Spezialsprechstunden nicht zwangsläufig Teil einer PIA, sondern können auch im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen mit Spezialisierungen bzw. von allgemeinen Ambulanzen angeboten werden. Dies war jedoch nicht Gegenstand der Befragung.

Allgemeinkrankenhäusern wurden insbesondere Spezialsprechstunden für ADHS, Trauma, Spielsucht, Autismus und Essstörungen angeboten.

Eine Ambulanz für psychosomatische Medizin und Psychotherapie war in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern etwas häufiger eingerichtet als in Allgemeinhäusern: Rund die Hälfte der Fachkliniken und gut ein Drittel der Allgemeinkliniken hatten ein entsprechendes Angebot. Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanzen waren in gut einem Drittel der Fachkliniken und knapp einem Drittel der Allgemeinkrankenhäuser eingerichtet (Abb. 60).

Deutliche Unterschiede zwischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern zeigten sich bei der Vorhaltung von Forensischen- und Opferambulanzen. Beide Varianten waren in den Fachkrankenhäusern deutlich häufiger vorhanden. 41% der Psychiatrien hielten eine Forensische- und knapp ein Drittel der Fachkrankenhäuser hielt eine Ambulanz für Opfer vor. Knapp 15% der Allgemeinkrankenhäuser hielten jeweils diese beiden Schwerpunkte vor (Abb. 60).

Die Krankenhäuser hatten insgesamt relativ selten eine psychoonkologische Ambulanz[6] eingerichtet. Bei jeweils weniger als 20% der Fach- und Allgemeinkliniken war dies der Fall (Abb. 60).

Neben den erfragten Schwerpunkten haben rund die Hälfte der Psychiatrien und knapp die Hälfte der Allgemeinen Häuser weitere Schwerpunkte in den PIA vorgehalten. Die Allgemeinkrankenhäuser haben unter sonstigen Schwerpunktangeboten der PIA insbesondere Ambulanzen für Patienten mit Borderlinestörungen, Psychosen oder affektiven Störungen genannt. In Psychiatrien wurden insbesondere ebenfalls ambulante Angebote für Borderline-, Trauma- und Suchtpatienten angeführt.

[6] Die Vorhaltung von psychoonkologischen Ambulanzen wurde in der Befragung explizit als PIA-Schwerpunkt erfragt. Gleichwohl sind psychoonkologische Ambulanzen nicht zwangsläufig Teil einer PIA, sondern können auch Teil einer internistisch/onkologischen Abteilung oder Palliativabteilung sein. Dies war jedoch nicht Gegenstand der Befragung.

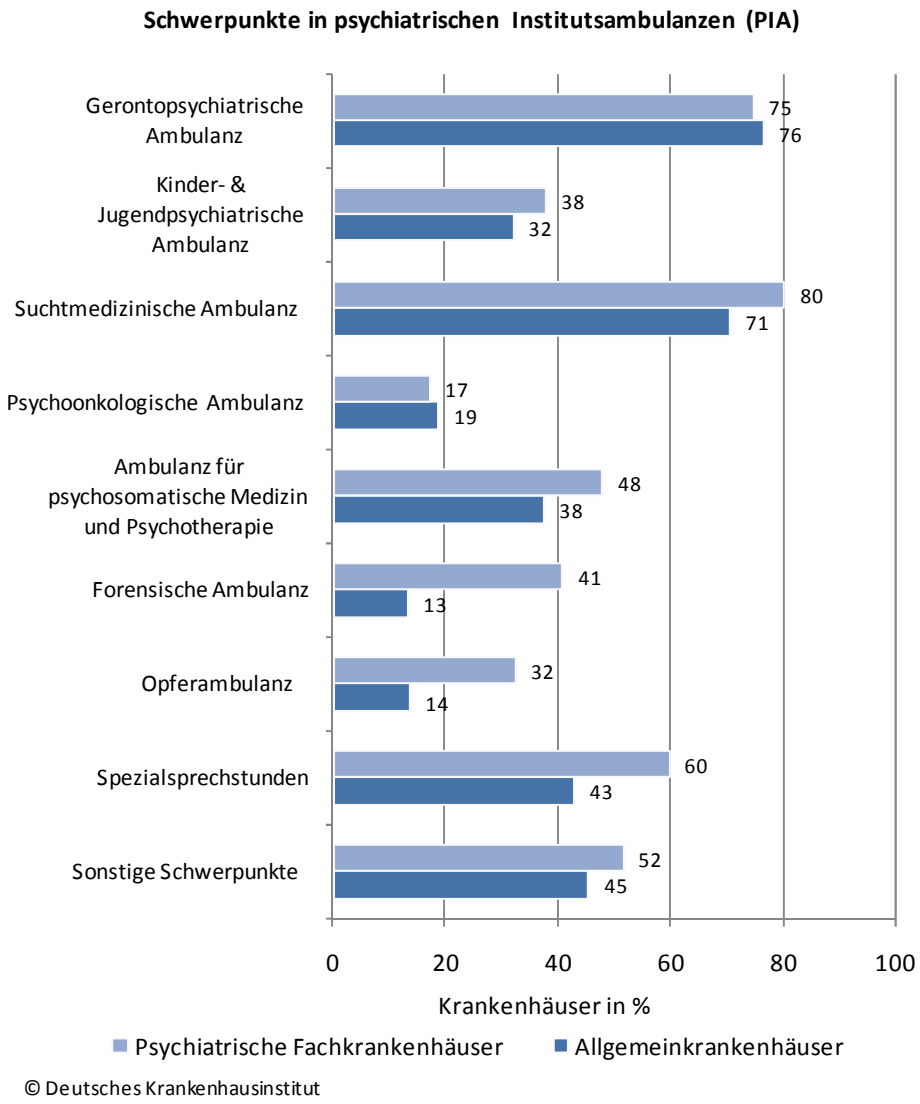


Abb. 60: Schwerpunkte von psychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2010

4.2 Ambulante Angebote

Des Weiteren wurde erfragt, inwieweit die Krankenhäuser im Jahr 2010 für ihre Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen weitere ambulante Angebote standardmäßig vorgehalten haben. Sowohl Psychiatrische als auch Allgemeinkrankenhäuser haben im Schnitt zwei der fünf erfragten ambulanten Angebote offeriert, deren Erbringung jeweils an bestimmte (rechtliche) Bedingungen geknüpft ist.

Die ambulante Notfallbehandlung von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen sowie Privatambulanzen wurden von den erfragten ambulanten Angeboten von den Krankenhäusern am häufigsten vorgehalten. Jeweils rund drei Viertel der beiden Krankenhaustypen boten eine entsprechende Notfallversorgung an. Bei der Vorhaltung von Privatambulanzen zeigten sich Unterschiede nach Krankenhaustyp: In 85% der Fach- und 70% der Allgemeinkliniken wurden psychisch erkrankte Patienten in Privatambulanzen behandelt (Abb. 61).

Ermächtigungsambulanzen nach § 116 SGB V wurden in je einem Viertel der Psychiatrischen Fach- und Allgemeinkrankenhäuser vorgehalten. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ nach § 119 SGB V) zur ambulanten Versorgung von Kindern wurden etwas weniger häufig in Psychiatrien (4%) im Vergleich zu Allgemeinkrankenhäusern (13%) vorgehalten (Abb. 61).

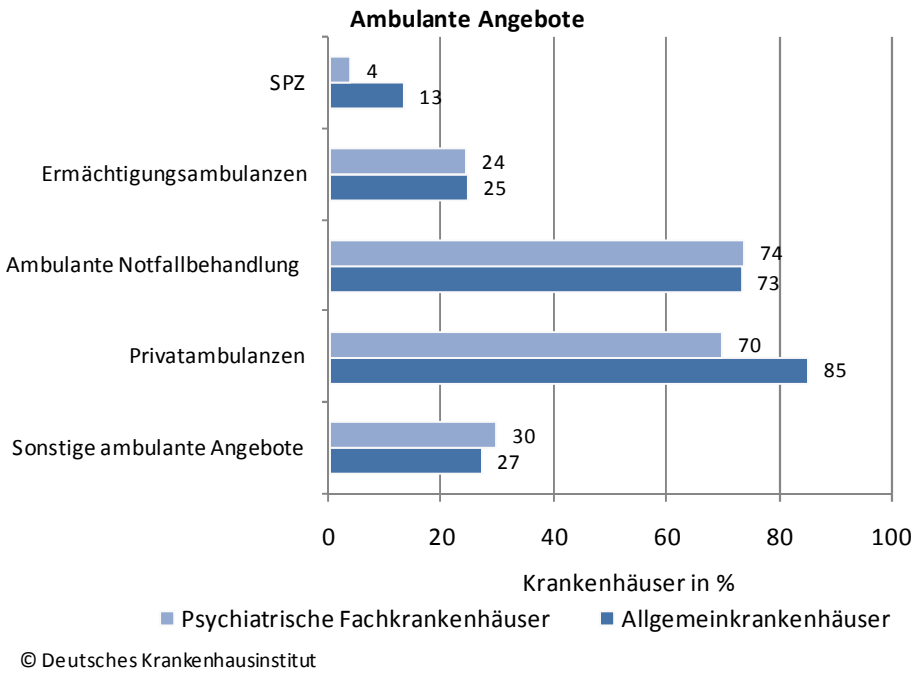


Abb. 61: Ambulante Angebote im Jahr 2010

4.3 Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern bei zusätzlichen Angeboten

Krankenhäuser bieten zunehmend Leistungen an, die über ihre stationären Kernleistungen hinausgehen. Die Hintergründe dieser Entwicklungen sind vielschichtig. Hier sind insbesondere der zunehmende Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sowie eine verbesserte Verzahnung von Versorgungsbereichen und Leistungsangeboten im Sinne einer (patientenorientierten) sektorenübergreifende Versorgung zu nennen. In diesem Sinn wurden die Krankenhäuser danach gefragt, inwieweit sie spezifische Angebote selbst oder in Kooperation mit anderen Leistungserbringern vorhalten.

Wohnangebote (z. B. Wohngruppen) wurden sowohl von Psychiatrischen als auch Allgemeinkrankenhäusern von den erfragten Angeboten oder Leistungen jeweils am häufigsten vorgehalten. Insgesamt lag der Anteil von Fachkliniken (70%), die ihren Patienten mit psychischen Störungen Wohnangebote offeriert haben, deutlich über dem der Allgemeinkliniken (56%). Um Wohnangebote zu realisieren, kooperieren Allgemeine Krankenhäuser in der Regel mit externen Anbietern. Dahingegen ist bei den Psychiatrischen Fachkliniken keine klare Tendenz zu erkennen, wie dieses Angebot ermöglicht wird: Je gut zwei Drittel der Psychiatrien hielten Wohnangebote in der eigenen Einrichtung oder in Zusammenarbeit mit externen Anbietern vor, gut ein Viertel kooperierte hier mit Einrichtungen des eigenen Trägers (Abb. 62 & 63).

Mehr als die Hälfte der Fach- und 50% der Allgemeinkrankenhäuser halten Rehabilitationseinrichtungen für Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen vor. Auch diese werden von den Allgemeinen Häusern mehrheitlich in Kooperation mit externen Anbietern realisiert. In Psychiatrischen Fachkliniken wurden die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke in der Regel entweder von der eigenen Einrichtung oder in Zusammenarbeit mit externen Anbietern verwirklicht (Abb. 62 & 63).

Das Angebot von ambulanten fachpsychiatrischen Pflegediensten wird in Allgemeinkrankenhäusern (56%) etwas häufiger vorgehalten als in Fachkliniken (40%). Fachkliniken arbeiten am häufigsten mit ambulanten fachpsychiatrischen Pflegediensten der eigenen Einrichtung zusammen, während die

Allgemeinkrankenhäuser auch hier meist auf die Zusammenarbeit mit externen Anbietern zurückgreifen (Abb. 62 & 63).

Medizinische Versorgungszentren (MVZ nach § 95 SGB V) und ambulante Soziotherapien durch entsprechende Fachkräfte ergänzen bei je rund einem Drittel der beiden Krankenhaustypen und damit vergleichsweise selten das Leistungsspektrum der Krankenhäuser. MVZ werden sowohl bei Fach- als auch bei Allgemeinkliniken am häufigsten von der eigenen Einrichtung selbst realisiert. Auch das Angebot der ambulanten Soziotherapie wird in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern am häufigsten durch die eigene Einrichtung verwirklicht, während über die Hälfte der Allgemeinen Häuser diese Leistung in Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern ermöglicht (Abb. 62 & 63).

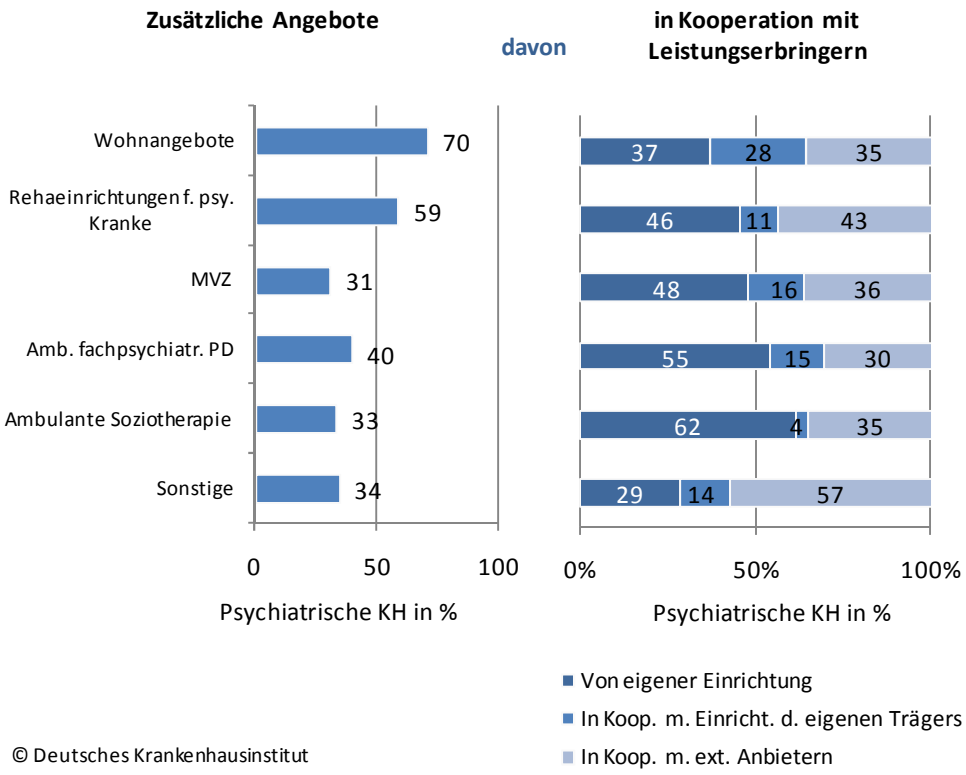
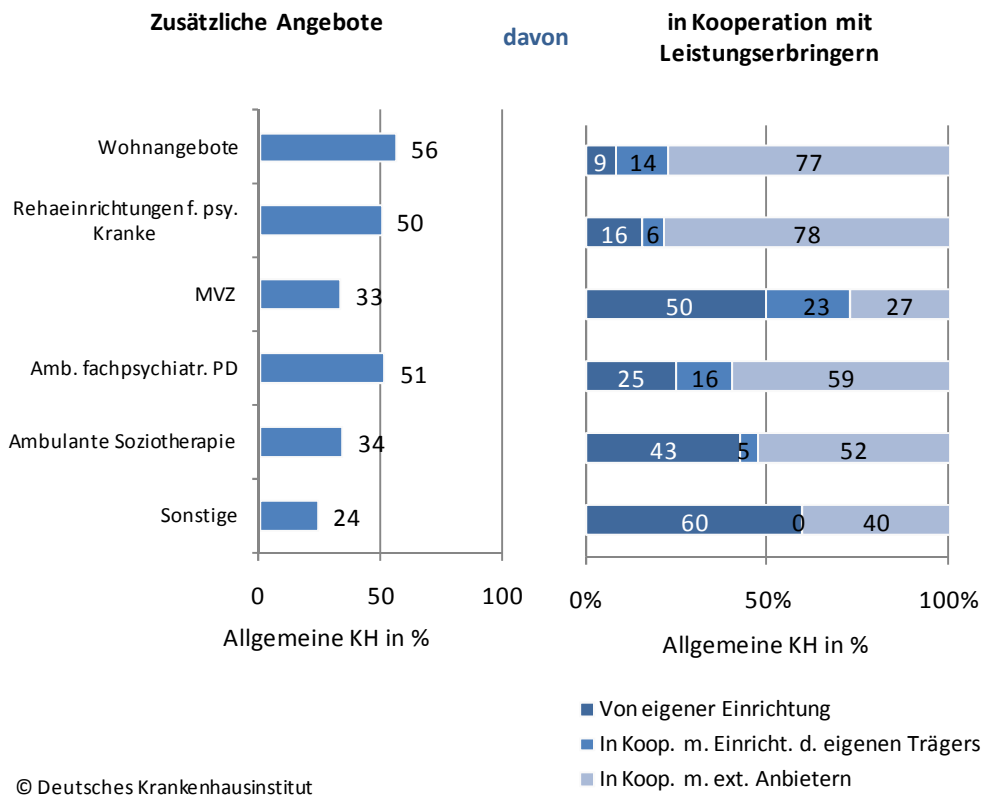


Abb. 62: Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern bei Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

Etwa ein Drittel der Fach- und knapp ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser bieten weitere Angebote, wie beispielsweise Tagesstätten, an. Diese werden in den Allgemeinkliniken in erster Linie von der eigenen Einrichtung realisiert, während Psychiatrische Fachkliniken verstärkt auf die Kooperation mit externen Anbietern setzen (Abb. 62 & 63).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 63: Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern bei Allgemeinkrankenhäusern

5 Integrierte Versorgung bei Patienten mit psychischen Erkrankungen

Im Rahmen der Integrierten Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren-übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung realisiert werden. Zur Förderung der Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V gab es von 2004-2008 eine Anschubfinanzierung, bei der die Krankenkassen bis zu einem Prozent der ambulanten Gesamtvergütung sowie bis zu einem Prozent der stationären Rechnungsbeträge einbehalten konnten. Über die Verbreitung von Integrationsverträgen in Psychiatrischen Einrichtungen liegen bislang wenige Informationen vor. Aus diesem Grund wurde erfragt, inwieweit die Krankenhäuser zum Befragungszeitpunkt Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a-140d SGB V für Patienten mit psychischen Erkrankungen abgeschlossen hatten.

5.1 Verträge und Patienten

Die Ergebnisse zeigen, dass die Krankenhäuser zum Befragungszeitpunkt relativ selten Integrierte Versorgungsverträge vereinbart hatten. Psychiatrische Krankenhäuser hatten etwas häufiger Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung für Patienten mit psychischen Störungen abgeschlossen (19%) als Allgemeinkrankenhäuser (7%). Je etwa 10% der beiden Krankenhaustypen waren zum Befragungszeitpunkt mit der konkreten Planung Integrierter Versorgungsverträge beschäftigt (Abb. 64).

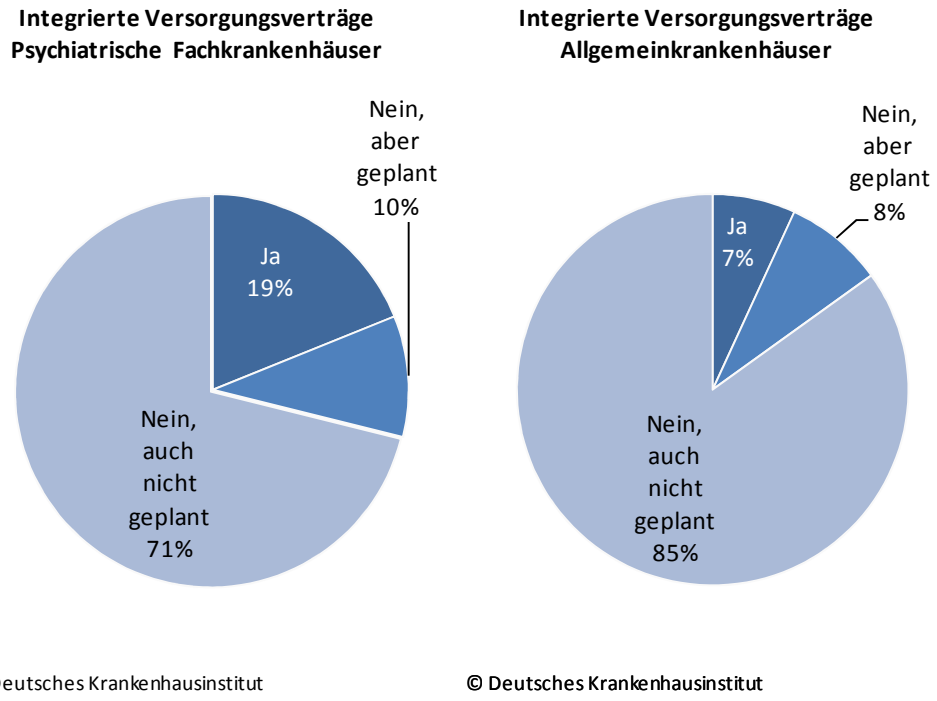


Abb. 64: Integrierte Versorgungsverträge

Insgesamt haben fünf Allgemeinkrankenhäuser angegeben, Integrierte Versorgungverträge ausgehandelt zu haben. Auf Grund der geringen Fallzahl, die ebenso die Psychiatrien (n=17) betrifft, werden in Abweichung zu den vorherigen Kapiteln die Ergebnisse für die Integrierte Versorgung nachfolgend für alle Krankenhäuser zusammen dargestellt. Da die Datenbasis insgesamt sehr gering ist (n=22), werden jeweils nur die Anzahl und keine Prozentwerte ausgewiesen.

Der Großteil der Krankenhäuser (n=15) hatte zum 30.04.2011 einen Vertrag zur Integrierten Versorgung für Patienten mit psychischen Erkrankungen abgeschlossen. Zwei Häuser hatten drei Verträge unterzeichnet.

Die Anzahl der Patienten mit psychischen Störungen, die im Jahr 2010 in den Krankenhäusern an der Integrierten Versorgung teilgenommen haben, variierte zwischen den Häusern beachtlich. In zwei Häusern waren im Jahr 2010 keine Patienten eingeschlossen; in einem Krankenhaus wurden zwei Patienten im Rahmen der Integrativversorgung behandelt, während in dem Haus mit

den höchsten Einschlussraten 1.500 Patienten partizipiert haben. Der Median betrug 56 Patienten.

5.2 Indikationen und Versorgungsbereiche

Zur Frage nach den Indikationen / Versorgungsbereichen der Integrierten Versorgung führte die Hälfte der 22 Krankenhäuser Verträge für Patienten mit Depression an. Acht der Krankenhäuser hatten Verträge für Patienten mit schizophrenen Psychosen und fünf Krankenhäuser im Bereich der Gerontopsychiatrie abgeschlossen. Integrierte Verträge im Bereich Sucht, psychosomatische Erkrankungen und Essstörungen wurden vergleichsweise selten vereinbart (Abb. 65).

Fünf der Krankenhäuser hatten Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen, die mit den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht abgedeckt waren. Drei Häuser hatten Verträge realisiert, die F-Diagnosen-übergreifend gestaltet waren.

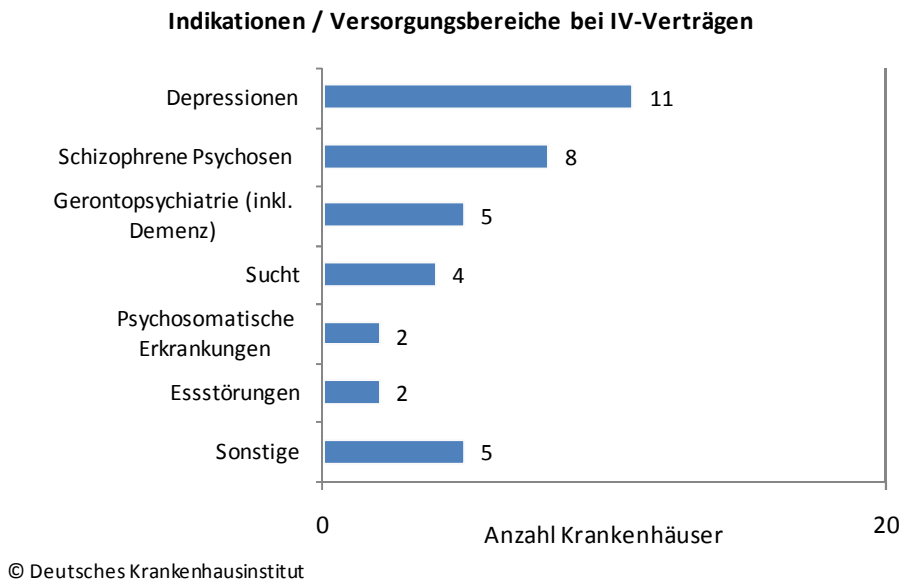


Abb. 65: Indikationen / Versorgungsbereiche der Integrierten Versorgung

5.3 Kooperationspartner

Im Rahmen der Integrierten Versorgung kooperieren die Krankenhäuser in der Regel mit anderen Leistungserbringern. Primäre Kooperationspartner der Häuser, die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Patienten mit psychischen Erkrankungen abgeschlossen haben, waren niedergelassene Ärzte (n=15) und Psychologen bzw. Therapeuten (n=10) (Abb. 66).

Im Rahmen der Integrierten Versorgung haben sechs Kliniken Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern geschlossen. Selten wurde mit Rehabilitationseinrichtungen oder Medizinischen Versorgungszentren zusammengearbeitet. Acht Häuser haben mit anderen als den erfragten Kooperationspartnern Verträge vereinbart (Abb. 66). Hier wurden beispielsweise Pflegedienste genannt.

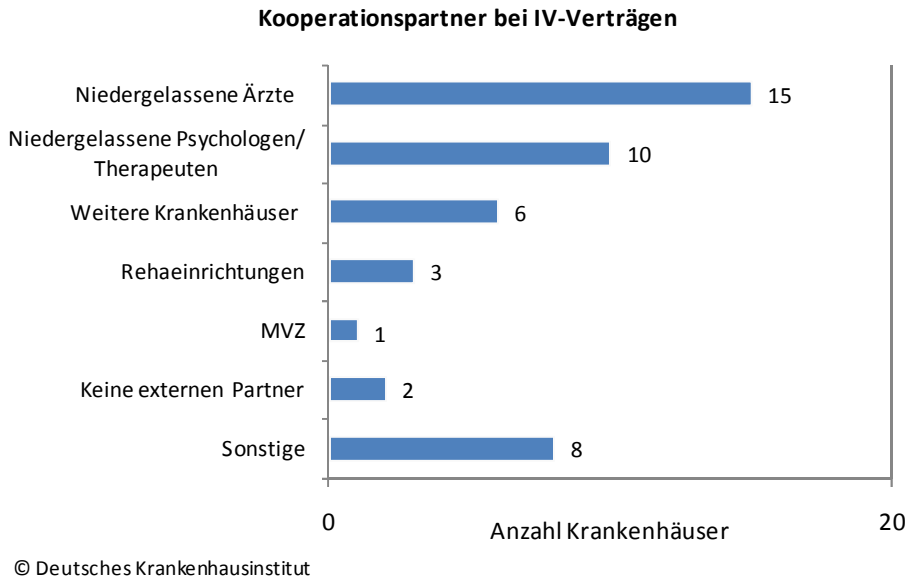
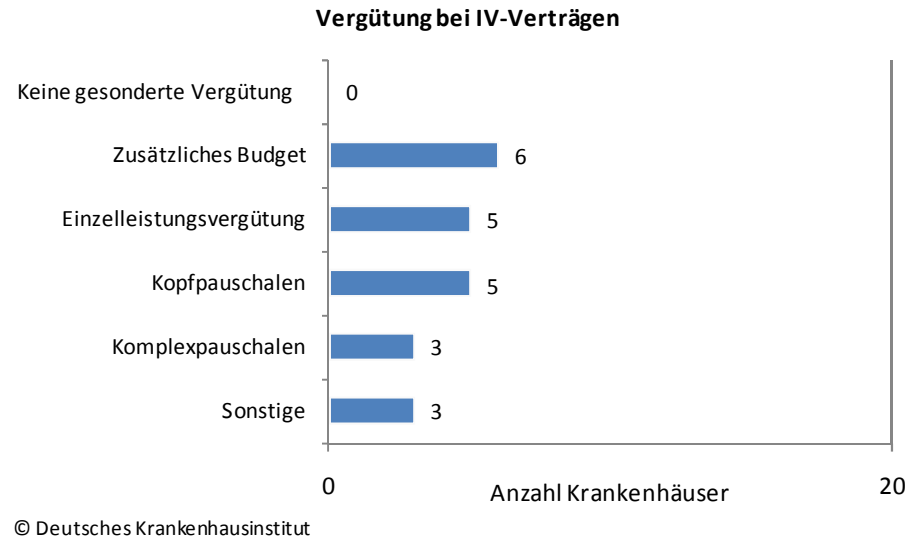


Abb. 66: Kooperationspartner bei der Integrierten Versorgung

5.4 Vergütung und Erlöse

Zur Vergütung der Integrierten Versorgung stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, in welcher Form die Integrierte Versorgung bei Patienten mit psychischen und

Verhaltensstörungen im Jahr 2010 vergütet wurde. In allen Häusern wurde die Behandlung von Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung gesondert honoriert. Primär wurde die Integrierte Versorgung bei Patienten mit psychischen Erkrankungen durch zusätzliche Budgets, Einzelleistungsvergütung oder Kopfpauschalen vergütet. Komplexpauschalen oder sonstige Vergütungsformen wurden seltener eingesetzt (Abb. 67).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 67: Vergütung bei der Integrierten Versorgung

Im Jahr 2010 erzielten die Krankenhäuser, welche angaben, Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung geschlossen zu haben, im arithmetischen Mittel ein Erlösvolumen von rund 181.000 Euro aus dieser Versorgung bei Patienten mit psychischen Störungen. Der Mittelwert wird maßgeblich von Häusern mit überproportionalen Erlösen bestimmt, so dass der Median aussagekräftiger ist. Der Median der Verteilung lag bei 138.000 Euro. Der untere Quartilswert liegt bei rund 34.000 Euro und der obere Quartilswert bei knapp 285.000 Euro. D.h., dass nur von einer relativ kleinen Anzahl an Häusern ein vergleichsweise großes Erlösvolumen aus der Integrierten Versorgung erzielt wurde.

Bezieht man die Erlöse auf die Fallzahlen der Integrierten Versorgung, dann lag der durchschnittliche Erlös je Fall (Median) im Jahre 2010 bei Patienten mit psychischen Störungen bei rund 2.500 Euro.

6 Stellenbesetzungsprobleme

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

Der Fachkräftemangel wird im PSYCHiatrie Barometer so 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.

6.1 Ärztlicher Dienst

Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst in psychiatrischen Einrichtungen vorgestellt. Die Fragestellung lautete, inwieweit die Einrichtungen zum Erhebungszeitpunkt im Sommer 2011 Probleme hatten, offene Stellen in der Einrichtungspsychiatrie respektive in psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu besetzen. Daneben sollten die Teilnehmer angeben, wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

Demnach haben 66,2% aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. In den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser fällt der entsprechende Anteilswert mit 60,9% etwas niedriger aus.

Mit Blick auf die Fachärzte fallen die Unterschiede nach Krankenhaustypen größer aus: Während 57,1% der Einrichtungspsychiatrien Facharztstellen nicht besetzen können, sind es in den einschlägigen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser 44,4%.

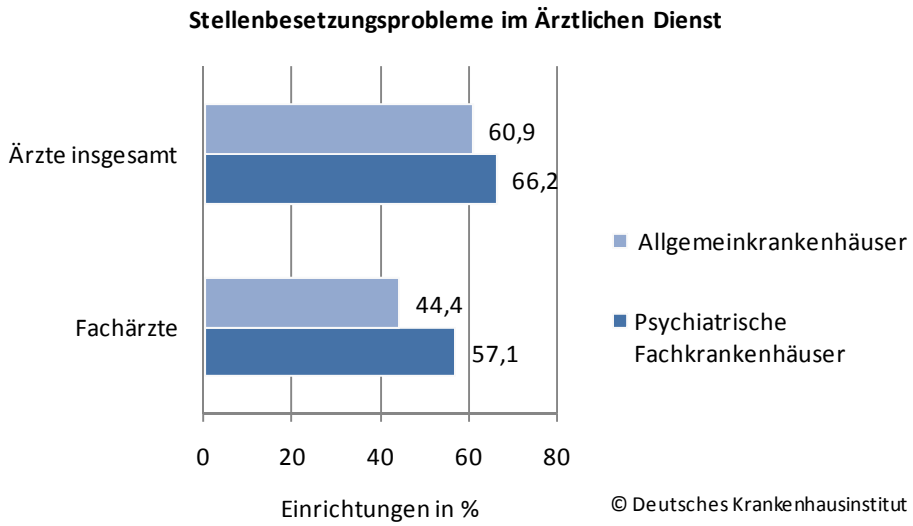


Abb. 68: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst

In den Fachkrankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen sind im Mittel drei ärztliche Vollkraftstellen unbesetzt. In den in der Regel kleineren Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern blieben durchschnittlich 2,1 Stellen vakant. Relativ gesehen waren in den Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen jeweils rund 10% der Arztstellen unbesetzt.

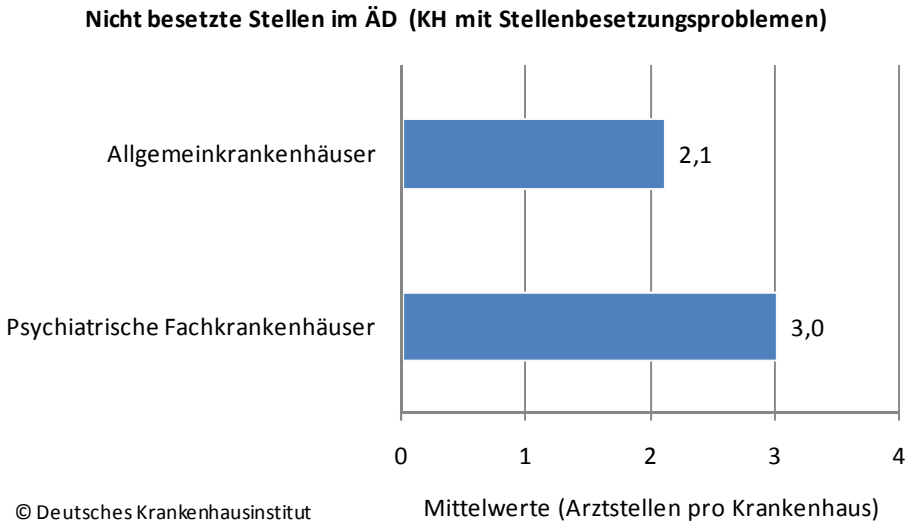
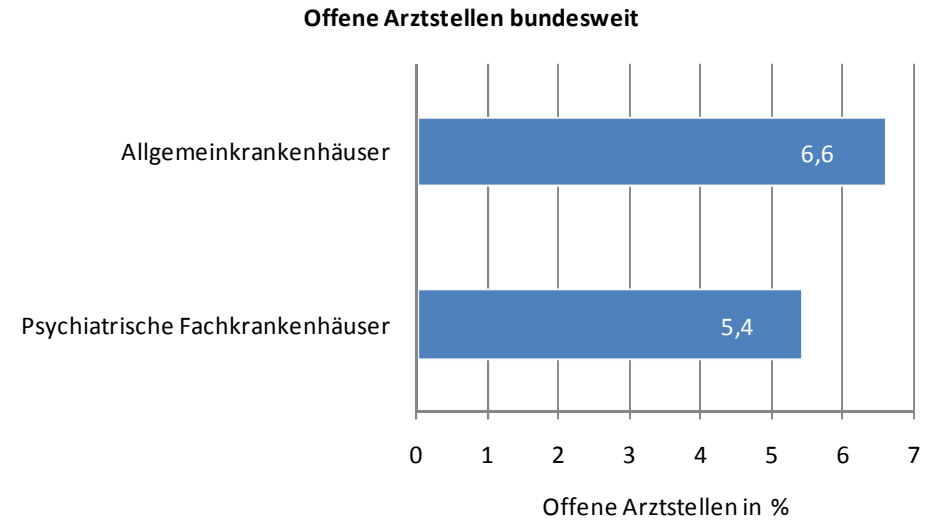


Abb. 69: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst – Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen (Mittelwerte)

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland (also inklusive der Häuser ohne Stellenbesetzungsprobleme) blieben bundesweit 5,8% der Arztstellen in der Psychiatrie unbesetzt. Im Vergleich zu 2010, als das DKI den Ärztemangel im Krankenhaus in einer separaten Studie thematisiert hat (Blum/Löffert, 2010), hat sich der Wert auf hohem Niveau stabilisiert. Die Psychiatrie gehört damit zu den Fachgebieten mit dem höchsten Ärztemangel im Krankenhaus. Relativ gesehen fällt der Ärztemangel in den einschlägigen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern mit 6,6% etwas höher aus als in den Einrichtungspsychiatrien mit 5,4%.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 70: Offene Arztstellen bundesweit – Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrische Fachkrankenhäuser

Rund 42% der vakanten Arztstellen in der Psychiatrie betreffen Fachärzte mit abgeschlossener Weiterbildung. Ca. 58% entfallen somit auf Assistenzarzt- oder Weiterbildungsstellen. Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst betreffen somit überproportional den ärztlichen Nachwuchs für die Psychiatrie. In dieser Hinsicht gibt es keine Unterschiede zwischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern.

6.2 Pflegedienst

Verglichen mit dem Ärztlichen Dienst fällt der Fachkräftemangel im Pflegedienst deutlich geringer aus. 28,1% aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. In den psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern fällt der entsprechende Anteilswert mit 17,2% niedriger aus. In beiden Krankenhaustypen haben jeweils gut 11% der Einrichtungen Probleme, speziell Pflegekräfte mit einer Weiterbildung zur Fachkrankenpflege für Psychiatrie zu finden.

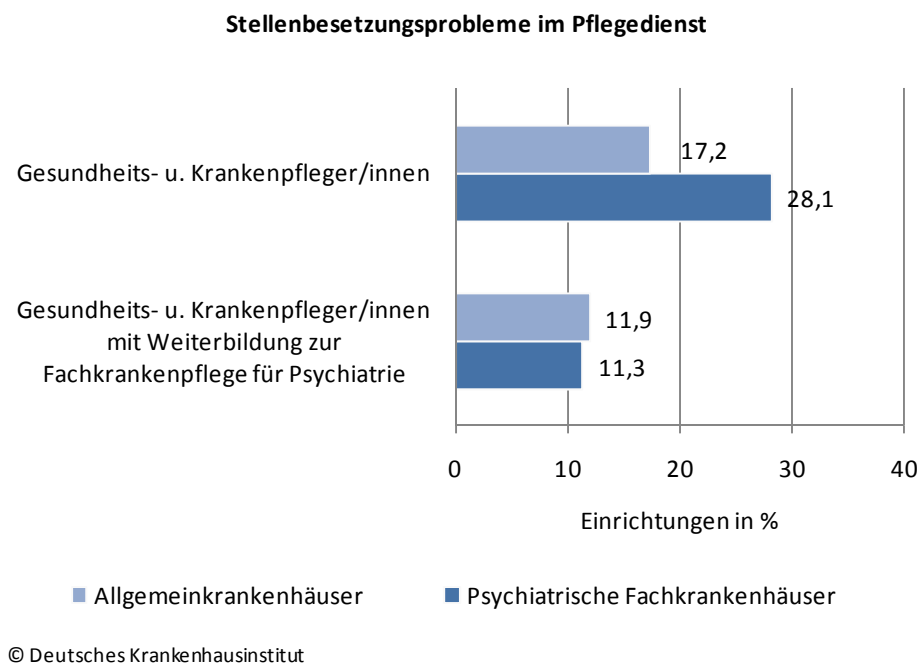


Abb. 71: Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst

In Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen waren jeweils 2,6 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Das entspricht etwa 2% (Psychiatrische Fachkrankenhäuser) bzw. 3% (Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) der Stellen im Pflegedienst der betroffenen Einrichtungen.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit sind im Pflegedienst psychiatrischer Einrichtungen derzeit weniger als 1% der Pflegestellen vakant. Der Pflegedienst ist somit vom Fachkräftemangel einstweilen weniger betroffen als andere Berufsgruppen und Dienste im Krankenhaus.

6.3 Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen

Ähnlich wie im Pflegedienst haben die psychiatrischen Einrichtungen derzeit kaum Probleme, psychologische Psychotherapeuten oder Psychologen zu akquirieren. Weniger als 2% der Allgemeinkrankenhäuser haben derzeit Probleme, Stellen für psychologische Psychotherapeuten oder Psychologen zu besetzen. Mit jeweils knapp 10% fallen die entsprechenden Werte in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern etwas höher aus.

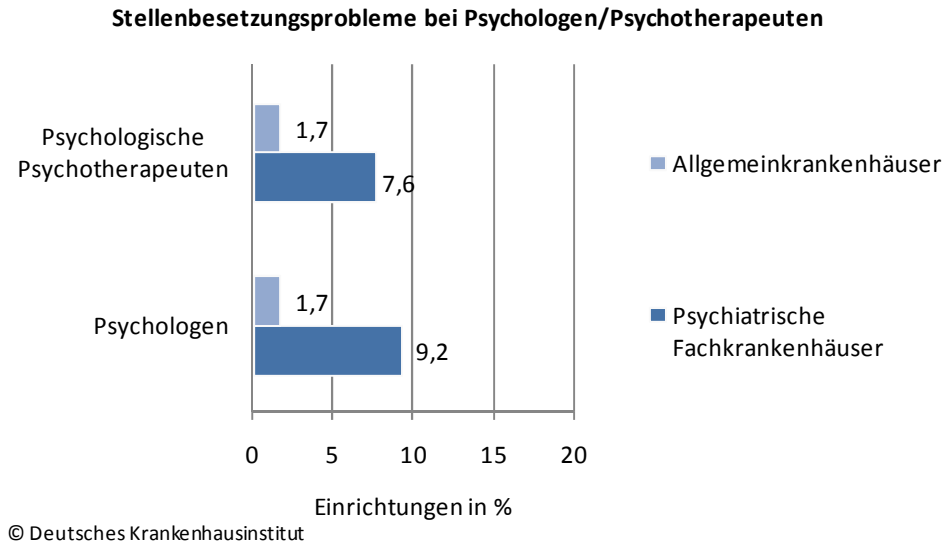


Abb. 72: Stellenbesetzungsprobleme bei Psychologen und Psychotherapeuten

Auch die Anzahl offener Stellen fällt vergleichsweise gering aus. Bei beiden Krankenhaustypen ist im Schnitt jeweils rund eine Stelle für Psychotherapeuten oder Psychologen unbesetzt.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit aller psychiatrischen Einrichtungen gibt es hier aktuell faktisch keinen Fachkräftemangel. Bundesweit blieben weniger als 1% der Stellen für psychologische Psychotherapeuten und Psychologen unbesetzt.

6.4 Pädagogische Berufe

Die pädagogischen Qualifikationen in der Psychiatrie betreffen insbesondere Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter, Heilpädagogen sowie Heilerziehungspfleger oder Erzieher. In den Allgemeinkrankenhäusern stellt sich hier das Problem, dass diese ggf. nicht ausschließlich einer psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilung zugeordnet sind, sondern abteilungs- oder krankenhausübergreifend eingesetzt werden.

Vorbehaltlich dieser Einschränkung gibt es in den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen derzeit kaum Probleme, die entsprechenden Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen. Nur in jeweils 2% dieser Einrichtungen sind Stellen für Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger oder Erzieher vakant. Der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen für Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter ist mit knapp 4% etwas höher.

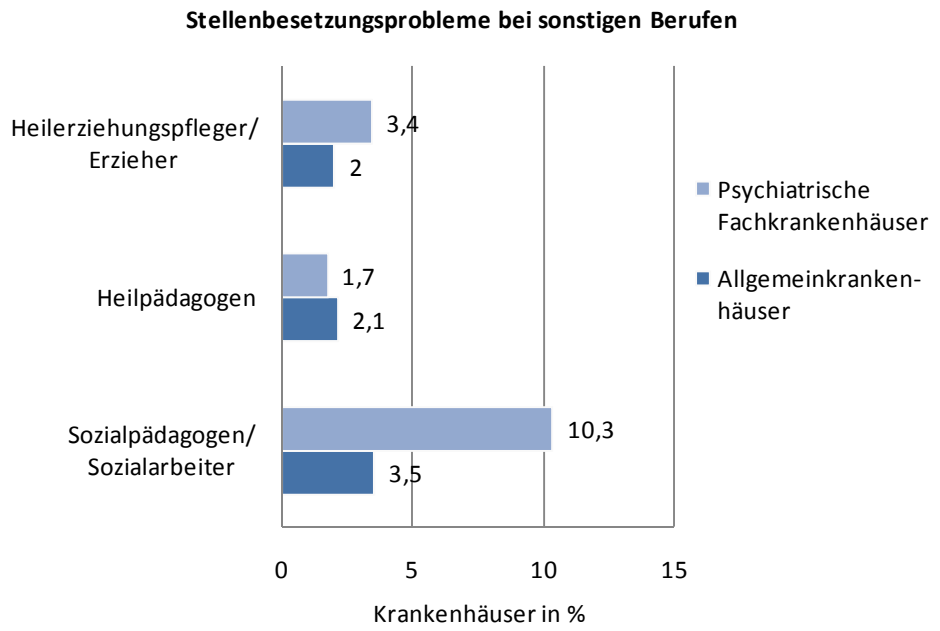


Abb. 73: Stellenbesetzungsprobleme bei pädagogischen Berufen

Auch die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben am ehesten noch Probleme, Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter einzustellen. Jede 10. Psychiatrie

berichtet von einem entsprechenden Fachkräftemangel. Dagegen haben nur wenige Häuser Stellenbesetzungsprobleme bei Heilpädagogen (1,7%) oder Heilerziehungspflegern bzw. Erziehern (3,4%).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland sind weniger als 1% der Stellen für Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger/ Erzieher aktuell vakant. In diesen Berufen gibt es somit derzeit keinen gravierenden Fachkräftemangel.

6.5 Sonstige Gesundheitsfachberufe

Zu den sonstigen Gesundheitsfachberufen, für die Stellenbesetzungsprobleme erhoben wurden, zählen auf der einen Seite Ergotherapeuten und Arbeitstherapeuten, auf der anderen Seite Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten. Daneben finden noch medizinische Fachangestellte Berücksichtigung.

Ähnlich wie bei den pädagogischen Berufen gibt es in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen aktuell kaum Stellenbesetzungsprobleme. So haben jeweils nur 2% der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen Probleme, Ergotherapeuten oder Arbeitstherapeuten bzw. Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten zu gewinnen. Ähnlich wie bei den pädagogischen Berufen ist die Zuordnung dieser Berufsgruppen zu den psychiatrischen Fachabteilungen nicht immer eindeutig.

Unter den Einrichtungspsychiatrien haben 9% Probleme, Stellen für Ergo- oder Arbeitstherapeuten zu besetzen. Für Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten liegt der entsprechende Anteilswert bei knapp 5%.

Auch bei den medizinischen Fachangestellten sind bei beiden Krankenhaustypen weniger als 5% der entsprechenden Stellen derzeit unbesetzt.

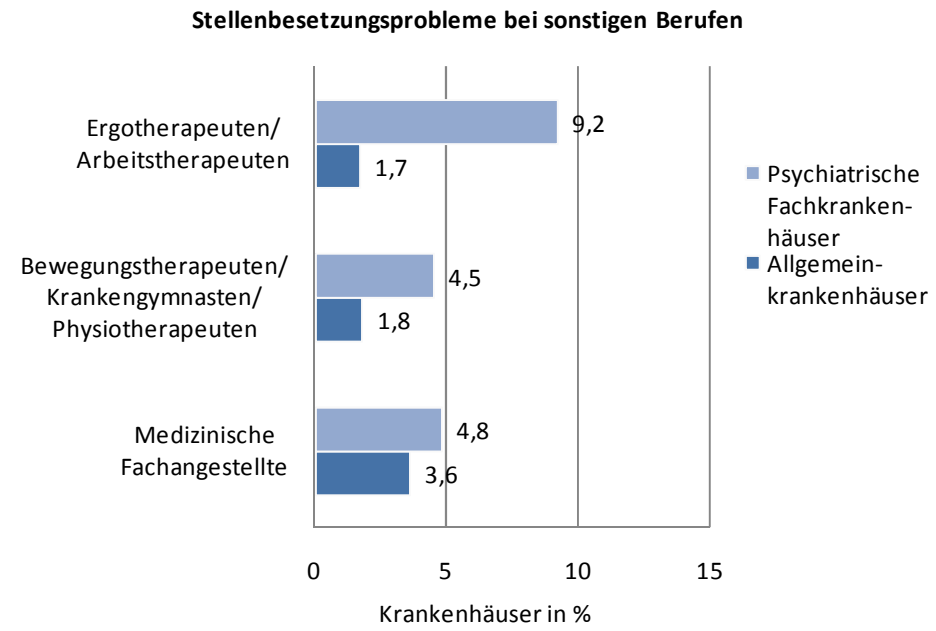


Abb. 74: Stellenbesetzungsprobleme bei sonstigen Gesundheitsfachberufen

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland sind hier jeweils weniger als 1% der Stellen in den genannten Berufsgruppen derzeit vakant.

Insgesamt lässt sich mit Blick auf Stellenbesetzungsprobleme in der Psychiatrie festhalten, dass es derzeit vor allem im Ärztlichen Dienst einen erheblichen Fachkräftemangel gibt. Dieser fällt im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern sogar überdurchschnittlich aus. Bei allen anderen betrachteten Berufsgruppen oder Diensten gibt es insgesamt kaum einschlägige Probleme. Dies schließt nennenswerte Stellenbesetzungsprobleme in einzelnen Krankenhäusern ausdrücklich nicht aus. Vom Ärztlichen Dienst abgesehen, fallen diese Probleme in den psychiatrischen Einrichtungen und Fachabteilungen, verglichen mit den somatischen Krankenhäusern bzw. Bereichen, aber geringer aus.

7 MDK-Prüfungen

7.1 Fallzahlen für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kann auf Antrag einer Krankenkasse die Notwendigkeit von Versicherungsleistungen oder ihre ordnungsgemäße Abrechnung überprüfen lassen. Grundsätzlich ist in dieser Hinsicht zu unterscheiden zwischen verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V sowie (verdachtsunabhängigen) Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG. Im PSYCHiatrie Barometer sind jedoch nur die vorherrschenden Einzelfallprüfungen thematisiert worden.

Demnach sind die Krankenkassen in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Geprüft werden die Voraussetzungen der stationären Behandlung, die Art und der Umfang der Leistungen sowie deren ordnungsgemäße Abrechnung.

Für die somatischen Krankenhäuser ist bekannt, dass etwa 10% der stationären Krankenhausfälle einer Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V unterzogen werden (vgl. DKI, 2006ff.). Mit dem PSYCHiatrie Barometer liegen erstmalig auch entsprechende Daten für die psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland vor.

Wie aus Abbildung 75 ersichtlich, sind die Werte für die psychiatrischen Einrichtungen mit den somatischen Krankenhäusern vergleichbar. So wurden im Mittel über alle psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern rund 10% der stationären Fälle im Jahr 2010 einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen.

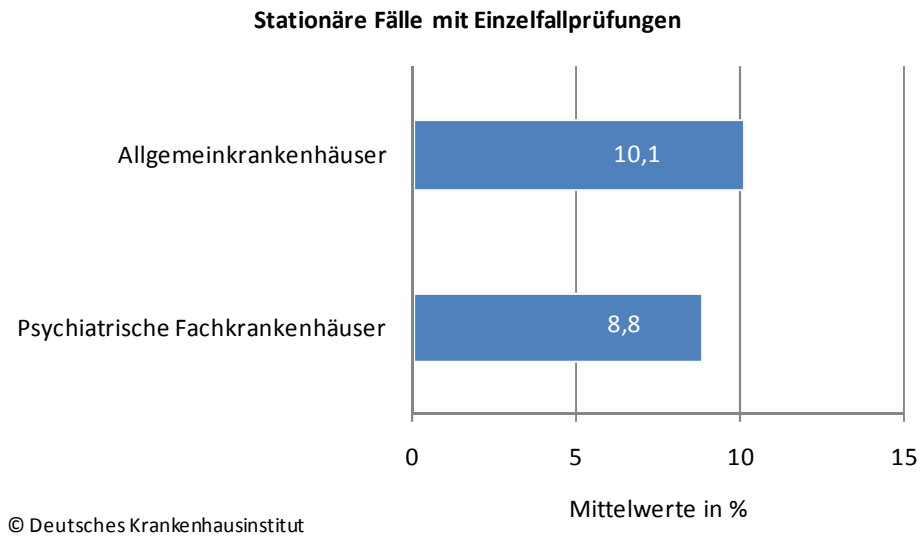


Abb. 75: Stationäre Fälle mit Einzelfallprüfungen - Mittelwerte

In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern fällt der entsprechende Anteilswert mit 8,8% nur geringfügig niedriger aus. Hochgerechnet auf die Gesamtfallzahl in diesen Einrichtungen würden bundesweit somit nahezu 50.000 psychiatrischer stationärer Fälle einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen.

7.2 Prüfanlässe

Bei den Prüfanlässen für MDK-Prüfungen ist insbesondere zwischen der Notwendigkeit einer stationären Behandlung und der Dauer der stationären Behandlung zu unterscheiden. Ein psychiatriespezifischer Prüfanlass bildet darüber hinaus die Eingruppierung in die Behandlungsbereiche nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). In der Psychiatrie wird die ordnungsgemäße Abrechnung einstweilen maßgeblich über die Notwendigkeit der stationären Aufnahme bzw. die Angemessenheit der Behandlungsdauer bestimmt. Eine darüber hinausgehende Rechnungsprüfung wie in den somatischen Krankenhäusern mit der Zuordnung zu den DRGs Standard (DKI, 2008) spielt in der Psychiatrie noch keine Rolle.

Im PSYCHiatrie Barometer sollten die Befragungsteilnehmer vorgegebene Prüfanlässe mittels Rangzahlen abstufen. Abbildung 76 zeigt, wie oft die jeweiligen Sachverhalte den häufigsten Prüfanlass im Jahr 2010 darstellten. Die Ergebnisse sind dabei für Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern in hohem Maße vergleichbar:

In jeweils rund 90% der Einrichtungen bildete die Dauer der stationären Behandlung den häufigsten Prüfanlass, in jeweils rund 10% war es die generelle Notwendigkeit der stationären Behandlung. Demgegenüber spielt die Eingruppierung in die Behandlungsbereiche nach Psych-PV eine untergeordnete Rolle bei den MDK-Prüfungen.

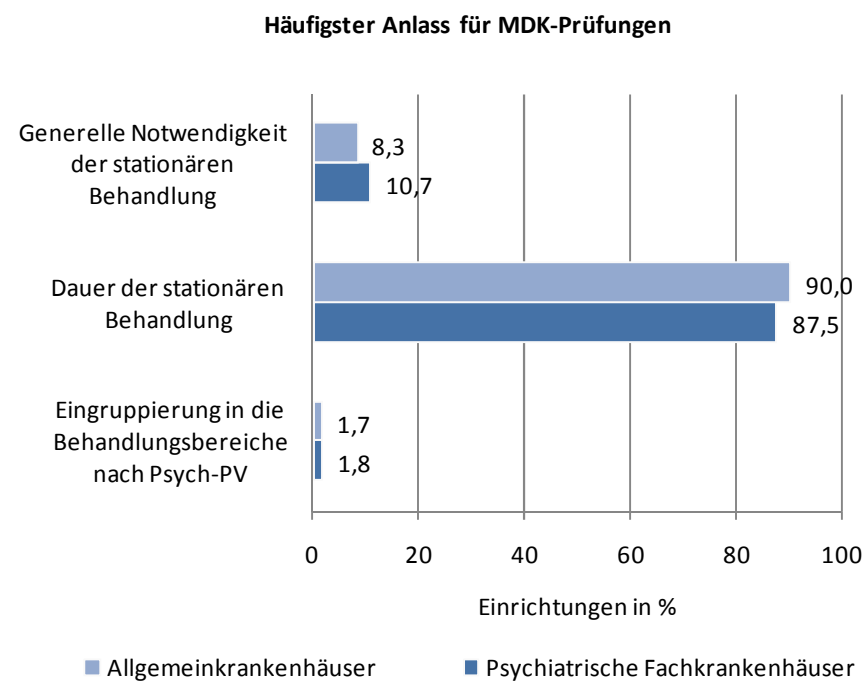


Abb. 76: Häufigster Anlass für MDK-Prüfungen

Das Vorgehen des MDK und der Ablauf der Prüfungen werden seitens der psychiatrischen Einrichtungen teilweise kritisch gesehen (vgl. Abb. 77). Jeweils knapp ein Viertel der Befragten kritisiert, dass der konkrete Prüfauftrag oder Prüfgrund der Krankenkasse nicht eindeutig ersichtlich ist. Knapp einem

Fünftel der Einrichtungen zufolge haben die Prüfungen nicht mehr den Charakter von Einzelfallprüfungen. Zwischen rund 25% (Allgemeinkrankenhäuser) und fast 32% (Einrichtungspsychiatrien) monieren, dass eine über den Prüfauftrag hinausgehende Übermittlung von Daten gefordert wird. Zudem wird von rund 10% der Einrichtungen bemängelt, dass der Prüfauftrag im Nachhinein abgeändert oder ergänzt wird.

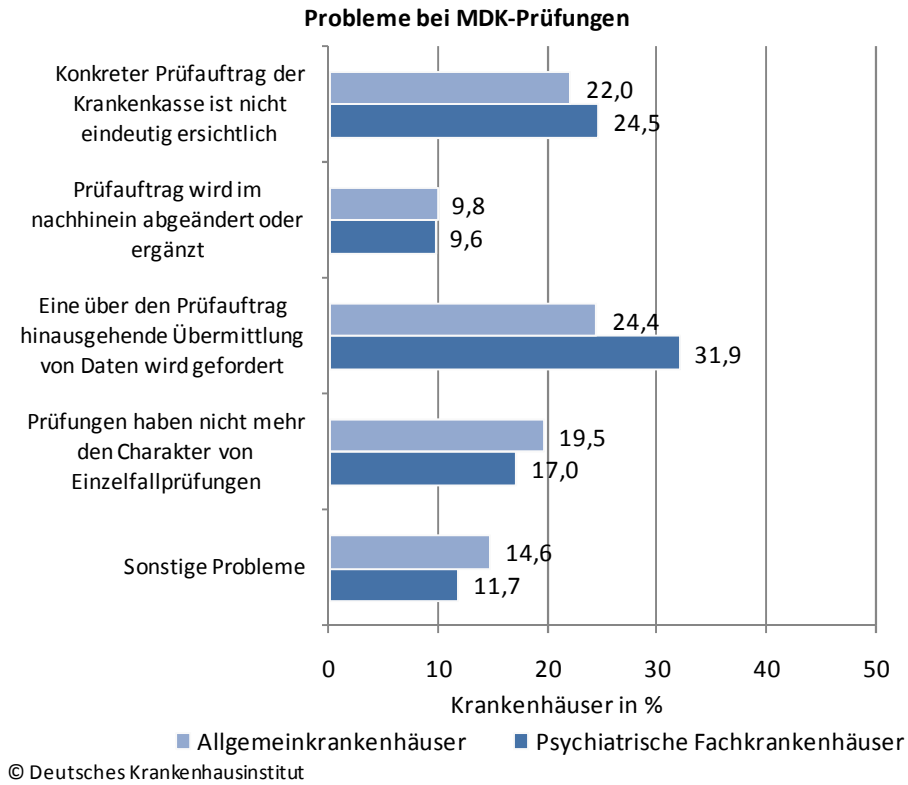


Abb. 77: Probleme bei MDK-Prüfungen

Gleichwohl ist ebenso festzuhalten, dass die Prüfpraxis des MDK von den psychiatrischen Einrichtungen einstweilen noch weniger kritisch gesehen wird als von den somatischen Krankenhäusern im DRG-System (DKI, 2008). Von daher bleibt abzuwarten, inwieweit sich mit der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch in der Psychiatrie die Probleme zwischen Krankenhäusern und MDK häufen werden.

7.3 Prüfergebnisse

Mit Blick auf die Prüfergebnisse sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viel Prozent der Einzelfallprüfungen des Jahres 2010 bei Patienten mit psychischen Erkrankungen zu Gunsten des Kostenträgers oder des Krankenhauses ausgegangen sind. Zumindest nach den Selbstauskünften der psychiatrischen Einrichtungen fallen die Einzelfallprüfungen überwiegend zu Gunsten der Krankenhäuser aus:

Dies ist im Mittel aller Einrichtungen in drei Viertel der Einzelfallprüfungen der Fall. Bei knapp 20% der geprüften Einzelfälle fällt das Ergebnis zu Gunsten des Kostenträgers aus. Für die restlichen Fälle wird das Ergebnis entweder als unentschieden qualifiziert oder es liegen keine Angaben vor.

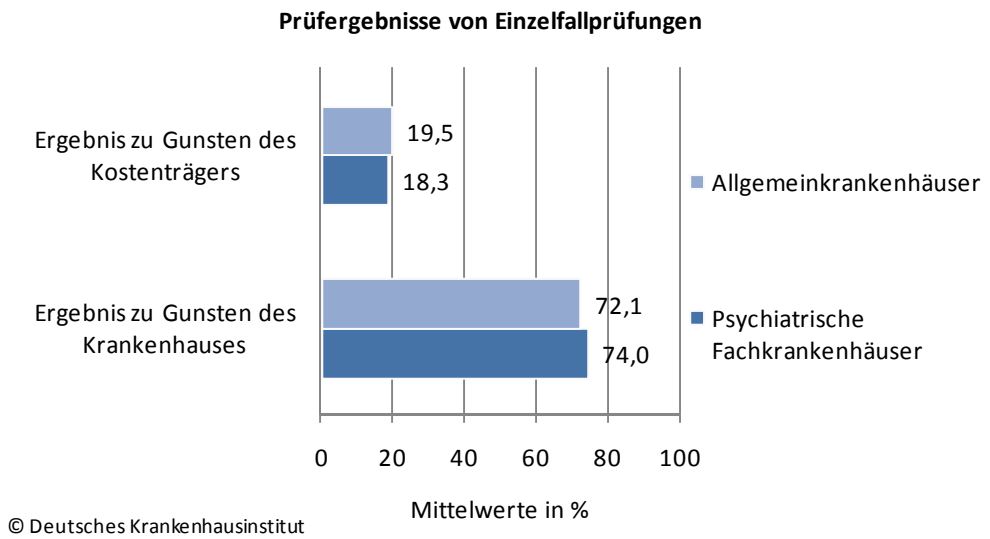


Abb. 78: Prüfergebnisse von Einzelfallprüfungen

Hinsichtlich der Ergebnisse von Einzelfallprüfungen gibt es faktisch keine Unterschiede zwischen Einrichtungspsychiatrien und psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern.

Unabhängig vom Krankenhaustyp resultiert somit eine fragliche Berechtigung der meisten Einzelfallprüfungen durch den MDK.

7.4 Bearbeitungsaufwand und Bearbeitungsfristen

In den psychiatrischen Einrichtungen wird durch die Bearbeitung von Einzelfallprüfungen Krankenhauspersonal gebunden. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie hoch im Jahr 2010 der durchschnittliche ärztliche und verwaltungstechnische Aufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung bei Patienten mit psychischen Erkrankungen war. In den Allgemeinkrankenhäusern wird der durchschnittliche Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung auf gut eine Stunde (63,5 Minuten) pro Fall taxiert. In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern fällt der durchschnittliche ärztliche und verwaltungstechnische Bearbeitungsaufwand einer Einzelfallprüfung mit 78,3 Minuten pro Fall noch größer aus.

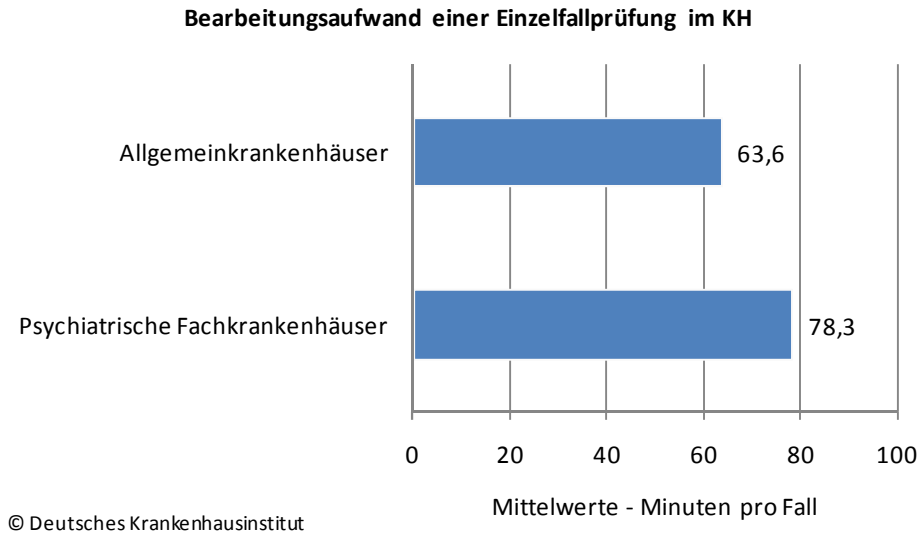
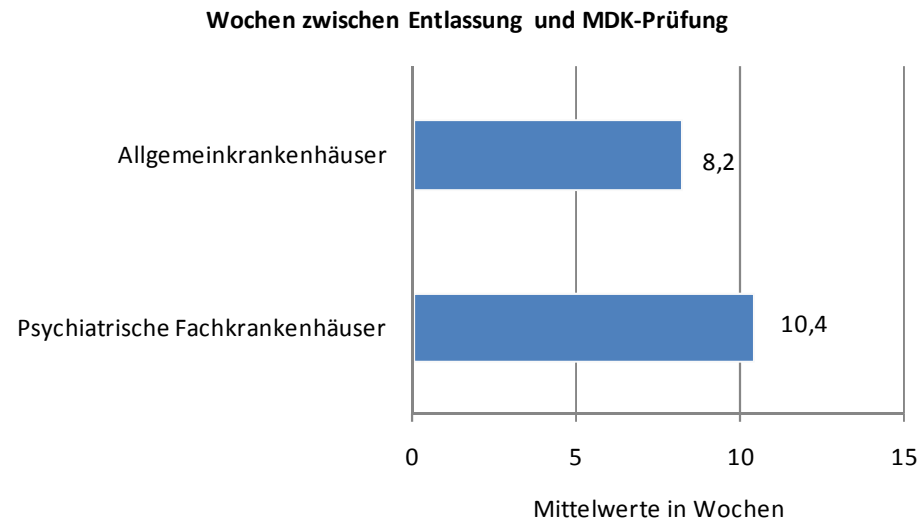


Abb. 79: Bearbeitungsaufwand einer Einzelfallprüfung im Krankenhaus - Mittelwerte Minuten pro Fall

Von der Bearbeitungsdauer ist die Bearbeitungsfrist zu unterscheiden. Hier sollten die Teilnehmer, bezogen auf die letzte MDK-Prüfung, angeben, wie viel Zeit mindestens zwischen der Entlassung der geprüften Fälle und der MDK-Prüfung lag. In den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern lag der entsprechende Durchschnittswert bei 8,2 Wochen, in den Einrichtungspsychiatrien bei 10,4 Wochen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 80: Wochen zwischen Entlassung und MDK-Prüfung - Mittelwerte

8 Psychiatrie-Personalverordnung

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) regelt die Maßstäbe zur Ermittlung des Personalbedarfs an Ärzten, Pflegekräften und therapeutischem Personal in psychiatrischen Einrichtungen, also Psychiatrischen Krankenhäusern und selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Nach der Psych-PV werden Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und –mitteln bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet. Für jeden Behandlungsbereich und jede Berufsgruppe ist eine Arbeitszeit in Minuten nach Patient und Woche vorgegeben, welche von Experten konsentiert wurde. Diese Minutenwerte werden in Personalstellen umgerechnet. Die resultierenden Stellen je Berufsgruppe bilden den Personalbedarf für eine psychiatrische Einrichtung nach Psych-PV im Regeldienst.

Der Regeldienst umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich, mit Ausnahme von Nachtdienst, Bereitschaftsdienst sowie ärztlichem Ruf- oder Konsiliardienst. Beim Pflegedienst gelten die Minutenwerte für einen Regeldienst von 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes.

Abweichungen von den Bedarfszahlen gemäß Psych-PV können von den Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen vereinbart werden, wenn dies auf Grund besonderer Charakteristika einer Einrichtung zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich oder ausreichend ist. Darüber hinaus ist es möglich, Personalstellen für eine Berufsgruppe auch mit Fachkräften anderer Berufsgruppen zu besetzen, soweit das der Verordnung zugrunde liegende therapeutische Konzept erfüllt wird und die vereinbarten Personalstellen nicht überschritten werden.

8.1 Umsetzung des Psych-PV – Absolutwerte

Im PSYCHiatrie Barometer sollten die Befragungsteilnehmer alle voll- und teilstationären Personalstellen gemäß Psych-PV für das Jahr 2010 angeben. Für jede Berufsgruppe bzw. für die Leitungskräfte im Ärztlichen Dienst und Pflegedienst sind dabei drei Kennziffern zu unterscheiden: der Planbedarf nach Psych-PV, wie er aus der Personalbemessung dieser Verordnung resultiert, die in den Pflegesatzverhandlungen tatsächlich vereinbarte Anzahl der Vollkraftstellen sowie die tatsächlich besetzten und finanzierten Vollkraftstellen, sprich die Ist-Anzahl an Vollkräften im Jahresdurchschnitt 2010.

Allerdings hat nur rund die Hälfte der Befragungsteilnehmer Angaben zur Psych-PV gemacht. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse mit Vorbehalt zu interpretieren. Angesichts der Fallzahlen wird von einer Trennung nach Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern abgesehen. Vielmehr werden die Ergebnisse für beide Krankenhaustypen zusammengefasst. Tabelle 1 zeigt zunächst die Mittelwerte für die verschiedenen Berufsgruppen bzw. Funktionen gemäß der Psych-PV. Berücksichtigt sind nur psychiatrische Einrichtungen, die jeweils zu allen drei Kennziffern Angaben gemacht haben.

Bei den Ärzten im Regeldienst lag der durchschnittliche Personalbedarf der Stichprobenkrankenhäuser in 2010 demnach bei 20 Vollkraftstellen, der zumindest im statistischen Mittel in den Budgetverhandlungen auch vereinbart worden ist. Im Jahresdurchschnitt 2010 sind aber nur rund 19 Arztstellen besetzt und finanziert worden, also im Mittel eine Stelle weniger als geplant bzw. vereinbart.

Bei den Pflegekräften im Regeldienst (von täglich 14 Stunden) entspricht der Bedarf nach Psych-PV im Mittel rund 108 Vollkräften pro Jahr und psychiatrischer Einrichtung. Die vereinbarten Personalzahlen lagen 2010 mit durchschnittlich fast 106 Pflegekräften nur geringfügig darunter. Tatsächlich besetzt waren im Jahresdurchschnitt knapp 101 Pflegestellen im Regeldienst.

Tab. 1: Mittelwerte für die verschiedenen Berufsgruppen bzw. Funktionen gemäß der Psych-PV

	Planbedarf nach Psych-PV 2010 in VK	Vereinbarte Anzahl 2010 in VK	Ist-Anzahl 2010 in VK
Ärzte im Regeldienst	20,1	20,0	19,1
Pflegekräfte im Regeldienst	107,9	105,8	100,6
Leitende Ärzte	3,2	3,0	2,8
Leitende Krankenpflegekräfte	2,6	2,4	2,2
Diplom Psychologen	5,2	5,3	6,6
Sozialarbeiter/ -pädagogen	7,9	7,4	6,6
Ergotherapeuten	11,3	10,3	10,1
Bewegungstherapeuten/ Krankengymnasten	3,3	3,1	3,1

Der Begriff der ärztlichen Leitung oder der leitenden Ärzte wird in der Psych-PV weniger hierarchisch als funktional verstanden. Darunter fallen z.B. Chefärzte, Funktions- und Fachbereichsärzte, Abteilungs- oder Bereichsärzte (Kunze et al., 2010). Die Personalbemessung für leitende Ärzte richtet sich gemäß Psych-PV nach den vereinbarten Stellen für Ärzte im Regeldienst und Diplom-Psychologen, die im Verhältnis 8 zu 1 in Stellen für leitende Ärzte umzurechnen sind. Im Durchschnitt hatten die Stichprobenkrankenhäuser 2010 einen Bedarf von 3,2 leitenden Ärzten im Sinne der Psych-PV. Die vereinbarte Anzahl (3,0) und die tatsächliche Anzahl (2,8) lagen jeweils unterhalb dieser Vorgabe. Insgesamt entspricht die Anzahl der leitenden Ärzte aber näherungsweise dem erwähnten Umrechnungsschlüssel der Psych-PV.

Leitende Pflegekräfte gemäß Psych-PV sind alle Führungskräfte des Pflegedienstes oberhalb der hierarchischen Ebene der Stationspfleger, z.B. Funktionsbereichs- oder Abteilungspfleger, Oberpfleger, Pflegevorsteher (Kunze et al., 2010). Nach der Psych-PV entspricht die Anzahl der leitenden Pflegekräfte der errechneten Anzahl der leitenden Ärzte. Der durchschnittliche Planbedarf der Stichprobeneinrichtungen lag 2010 bei 2,6 Vollkräften. Die Werte für die vereinbarte Anzahl (2,4) und die Ist-Anzahl (2,2) liegen wie bei den ärztlichen

Leitern darunter. Die Zahl der leitenden Pflegekräfte entspricht weder bei den Soll- noch bei den Ist-Werten der Anzahl leitender Ärzte. Allerdings kann gemäß Psych-PV (§ 7 Abs. 3 in Verbindung mit § 3 Abs. 4 Psych-PV) in der Pflegesatzvereinbarung davon abgewichen werden.

Bei den übrigen Berufsgruppen lagen die Ist-Zahlen bei den Diplom-Psychologen mit 6,5 Vollkraftstellen im Jahresdurchschnitt 2010 oberhalb der Bedarfs- und Vereinbarungszahlen von jeweils 5 Stellen. Umgekehrt verhält es sich bei den Sozialarbeitern und Ergotherapeuten, welche den Planbedarf nach Psych-PV im Mittel um jeweils mehr als eine Vollkraftstelle unterschreiten. Bei den Bewegungstherapeuten sind hingegen Soll- und Ist-Werte nahezu deckungsgleich.

8.2 Umsetzung des Psych-PV - Prozentwerte

Tabelle 2 zeigt die Umsetzung der Psych-PV im Jahr 2010 in relativen Werten. Zur Ermittlung der entsprechenden Prozentwerte wurden zunächst die in den Pflegesatzverhandlungen vereinbarten Stellen bzw. die tatsächlichen Stellenbesetzungen im Jahresdurchschnitt je Krankenhaus und Berufsgruppe auf den entsprechenden Planbedarf nach Psych-PV referenziert, der auf 100% gesetzt wurde. Für die resultierenden Prozentwerte wurden dann wiederum Durchschnittswerte gebildet. Die Prozentwerte bei den vereinbarten Zahlen sowie bei den Ist-Zahlen geben somit Auskunft darüber, inwieweit sie im Durchschnitt aller Krankenhäuser vom Planbedarf abweichen.[7]

Bei den Ärzten im Regeldienst entspricht die vereinbarte Stellenzahl (100,7%) fast exakt dem Planbedarf von 100%. Die tatsächliche Besetzung liegt im Jahresdurchschnitt 2010 jeweils mehr als 4%-Punkte unter dem Planbedarf (95,8%) bzw. den in den Pflegesatzverhandlungen vereinbarten Arztzahlen (95,6%).

[7] Die Berechnungsweise impliziert, dass alle psychiatrischen Einrichtungen gleich gewichtet in die Analyse einfließen, also unabhängig von ihren Fall- oder Personalzahlen. Die Prozentwerte entsprechen somit *nicht* der Summe der über alle Krankenhäuser vereinbarten bzw. tatsächlichen Stellen im Verhältnis zur Summe des Planbedarfs über alle Krankenhäuser.

Für die Pflegekräfte im Regeldienst fallen die Prozentwerte ähnlich aus wie für den Ärztlichen Dienst. Die vereinbarten Zahlen entsprechen weitestgehend dem Planbedarf (99,0%). Mit durchschnittlich 93,9% liegt die Besetzung im Jahresdurchschnitt 2010 rund 6%-Punkte unterhalb des Bedarfs.

Tab. 2: Umsetzung der Psych-PV im Jahr 2010

	Planbedarf nach Psych-PV 2010 100% in VK	Vereinbarte Anzahl 2010 VK in % des Planbedarfs (Mittelwerte)	Ist-Anzahl 2010 VK in % des Planbedarfs (Mittelwerte)	Ist-Anzahl 2010 VK in % der vereinbarten Anzahl (Mittelwerte)
Ärzte im Regeldienst	100%	100,7%	95,8%	95,6%
Pflegekräfte im Regel-dienst	100%	99,0%	93,9%	95,0%
Leitende Ärzte	100%	96,2%	91,8%	95,9%
Leitende Krankenpflege-kräfte	100%	95,1%	93,2%	101,6%
Diplom Psychologen	100%	104,8%	140,6%	136,7%
Sozialarbeiter/ -pädagogen	100%	95,6%	84,0%	88,7%
Ergotherapeuten	100%	96.2%	93,3%	98,1%
Bewegungstherapeuten/ Krankengymnasten	100%	98,7%	105,1%	107,6%

Auch bei den Leitungskräften im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst wird der Planbedarf sowohl bei den vereinbarten Zahlen als auch bei der Ist-Anzahl des Jahres 2010 unterschritten. Beispielsweise liegt die Anzahl ärztlicher Leitungskräfte mit 91,8% um mehr als 8%-Punkte unter dem entsprechenden Planbedarf.

Einzig bei den Diplom-Psychologen wird der Planbedarf relativ gesehen deutlich überschritten. So liegen hier die Vollkraftzahlen im Jahresdurchschnitt 2010 um 40,5%-Punkte über dem Bedarf gemäß Psych-PV und 36,7%-Punkte über der mit den Kostenträgern vereinbarten Anzahl. Zum einen sind hier aber die relativ kleinen Basen in Rechnung zu stellen (vgl. Kap. 8.1). Zum anderen wird hier verstärkt von den Abweichungsmöglichkeiten der Psych-PV

Gebrauch gemacht, wonach Fachkräfte einer Berufsgruppe durch Fachkräfte anderer Berufsgruppen ersetzt werden können. Auch angesichts der im

PSYCHiatrie Barometer festgestellten Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst der Psychiatrien erscheinen entsprechende Substitutionseffekte plausibel (vgl. Kap. 6.1).

Die größte Unterschreitung des Planbedarfs nach Psych-PV resultiert bei den Sozialarbeitern mit 84% bei der tatsächlichen Stellenbesetzung. Bei den Ergotherapeuten liegt die Ist-Anzahl im Jahresdurchschnitt 2010 unterhalb der Vorgaben der Psych-PV (93,3%), während der entsprechende Wert bei den Bewegungstherapeuten über dem Planbedarf der Verordnung liegt (105,1%).

8.3 Abweichungen von der Psych-PV

Wie gezeigt weichen die vereinbarten sowie vor allem die tatsächlichen Fallzahlen nach Psych-PV teilweise vom Planbedarf ab. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer in zwei offenen Fragen angeben, welche Gründe es für Abweichungen nach oben (höhere Ist-Anzahl als geplant) oder für Abweichungen nach unten gab (geringere Ist-Anzahl als geplant).

Mit Blick auf die Abweichungen nach oben wurde überwiegend auf den Ausnahmetatbestand nach § 6 Abs. 2 Psych-PV verwiesen, wonach Personalstellen einer Berufsgruppe ggf. mit Fachkräften anderer Berufsgruppen besetzt werden können. Maßgeblicher Grund für die Anwendung dieser Regelung bildet insbesondere der Ärztemangel in der Psychiatrie. Dieser wird insbesondere durch die zusätzliche Einstellung von Diplom-Psychologen ausgeglichen oder kompensiert. Dies wird im Übrigen auch durch die statistischen Auswertungen der Psych-PV eindeutig bestätigt (vgl. Kap. 8.2). Weitere Nennungen betrafen insbesondere Leistungsausweitungen im Pflegesatzzeitraum.

Für eine etwaige Unterschreitung des Planbedarfs durch die Ist-Zahlen wurden insbesondere zwei Gründe angeführt: Fachkräftemangel bei verschiedenen Berufsgruppen und Diensten, der auch anderweitig nicht mehr kompensiert werden kann, sowie eine fehlende Finanzierung der

erforderlichen Stellen durch die Kostenträger. Der angeführte Fachkräftemangel betraf insbesondere den Ärztlichen Dienst, wo Stellenbesetzungsprobleme

also offensichtlich nicht durchgängig durch Psychologen kompensiert werden konnten, daneben aber auch andere explizit genannte Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und den Pflegedienst. Auch dies entspricht den statistischen Auswertungen der Psych-PV (vgl. Kap. 8.2).

Darüber hinaus scheiterte eine bedarfsgerechte Personalbesetzung nicht zuletzt an Finanzierungsproblemen, etwa weil tariflich bedingte Personalkostensteigerungen oder die Durchschnittskosten je Vollkraft über das Budget nicht abgedeckt waren, die Berechnung von Ausfallzeiten zwischen den Vertragsparteien strittig war oder der Planbedarf gemäß Psych-PV von den Kostenträgern nicht anerkannt wurde.

9 Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem

Analog zu den somatischen Krankenhäusern ist auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems vorgesehen. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt. Auch wenn die konkrete Ausgestaltung in vielen Punkten derzeit noch offen ist, müssen die psychiatrischen Einrichtungen schon jetzt die erforderlichen Vorbereitungen treffen. Im PSYCHiatrie Barometer ist daher der Vorbereitungsstand für ausgewählte Bereiche erfragt worden.

9.1 Kodierung von Diagnosen/Prozeduren

Mit der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems kommen neue Aufgaben auf die psychiatrischen Einrichtungen zu. Zu den wichtigsten Aufgaben zählt die Dokumentation bzw. Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Entgeltsystem, die zu einer korrekten Abrechnung der Leistungsentgelte führt.

Die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren kann auf unterschiedliche Weise vorgenommen werden. Denkbar sind dezentrale Lösungen, wonach jeder Verantwortliche (z.B. Arzt, Psychologe) die Verschlüsselung der von ihm festgestellten Diagnosen übernimmt, oder zentrale Lösungen auf Abteilungs- bzw. Stationsebene oder für das Krankenhaus insgesamt durch hierfür speziell betrautes oder qualifiziertes Personal.

In der Mehrzahl der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser wird derzeit eine dezentrale Lösung bevorzugt. In rund 65% der Häuser verschlüsseln die Verantwortlichen die Diagnosen und Prozeduren selbst. Gut ein Drittel verschlüsselt zentral, sei es auf Abteilungs- oder Stationsebene (14,7%) oder für das

gesamte Krankenhaus (22,1%).[8] In den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser resultieren vergleichbare Ergebnisse (Abb.81).

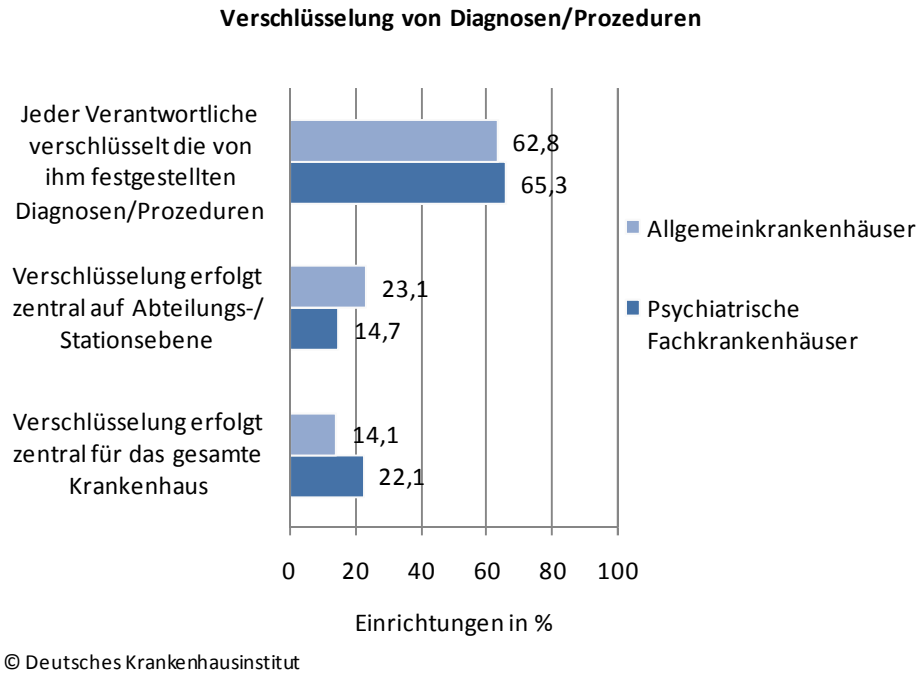


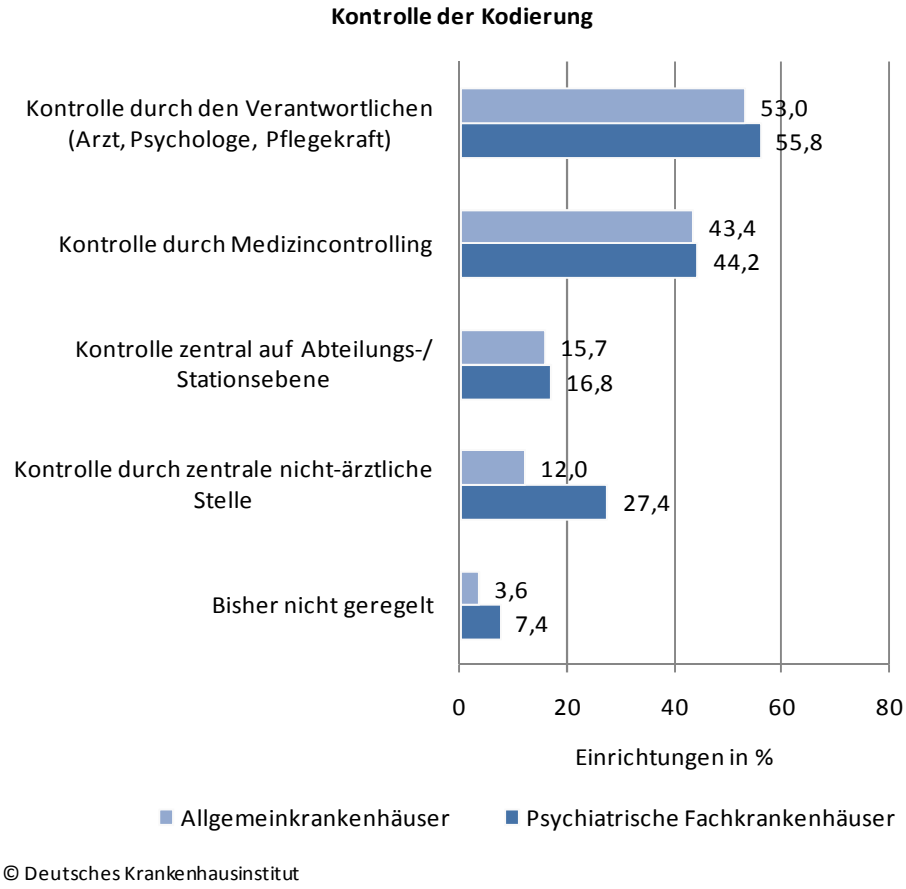
Abb. 81: Verschlüsselung von Diagnosen / Prozeduren

Nach erfolgter Verschlüsselung werden die Diagnosen- oder Prozedurenschlüssel nochmals überprüft, um falsche oder unplausible Kodierungen auszuschließen.

In der Mehrzahl der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser (55,8%) erfolgt die Kontrolle je nach Zuständigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausmitarbeiter (z.B. Arzt, Psychologe, Pflegekraft). In 44,2% dieser Einrichtungen übernimmt das Medizincontrolling die Kontrolle der Kodierung. In gut einem Viertel der Einrichtungen (27,4%) sind darüber hinaus weitere zentrale nichtärztliche Stellen involviert. Mehrfachnennungen waren hier möglich.

[8] Bei Mischsystemen waren hier ggf. Mehrfachnennungen möglich.

Für die psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sind die Ergebnisse wiederum überwiegend vergleichbar (Abb.82).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 82: Kontrolle der Kodierung

9.2 Zusätzliche Stellen und Mitarbeiter

Die Vorbereitung und Einführung des neuen Entgeltsystems erfordern auch die Bereitstellung entsprechender personeller Kapazitäten. Dies erfolgt auf der einen Seite beim vorhandenen Personal zusätzlich zu ihren normalen Tätigkeiten und Kernaufgaben. Auf der anderen Seite kann aber speziell für das neue Entgeltsystem zusätzliches Personal eingestellt werden. Im PSYCHiatrie Barometer sollten die psychiatrischen Einrichtungen daher angeben, ob sie seit dem 1.1.2010 eigens für die Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem neue Stellen bzw. Funktionen geschaffen oder zusätzliche Mitarbeiter eingestellt haben.

Fast 60% der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben demzufolge in Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie neue Stellen oder Funktionen geschaffen. Selbst in den Allgemeinkrankenhäusern, die über einschlägige Erfahrungen im DRG-System verfügen, sind in immerhin 46% der Einrichtungen neue Stellen oder Funktionen speziell für das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie eingerichtet worden.

Allerdings sind nicht durchgängig für diese neuen Stellen oder Funktionen auch zusätzliche Mitarbeiter eingestellt worden. Dies war in 43% der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und 30,6% der Allgemeinkrankenhäuser der Fall.

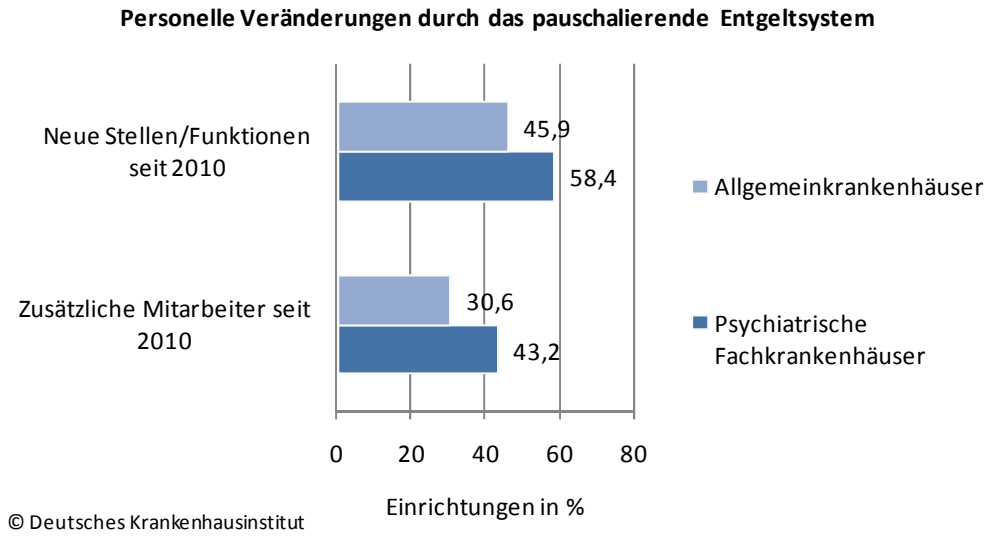


Abb. 83: Personelle Veränderungen durch das pauschalierende Entgeltsystem

Psychiatrische Fachkrankenhäuser mit neuen Stellen oder Funktionen haben im Mittel 1,8 Stellen eingerichtet; in den Allgemeinkrankenhäusern war es im Durchschnitt eine Funktion, die in den jeweiligen Einrichtungen in Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem geschaffen wurde.

Mit Blick auf zusätzliche Mitarbeiter, die speziell für das neue Entgeltsystem eingestellt worden sind, resultieren bei beiden Krankenhaustypen im Prinzip vergleichbare Werte wie für die neuen Funktionen.

9.3 Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem

Im neuen Entgeltsystem bestimmt die Kodierung die Erlössituation, so dass eine gute Dokumentation und Kodierqualität wichtige Faktoren für den wirtschaftlichen Erfolg einer Einrichtung darstellen. Eine ausreichende Vorbereitung auf die neuen Kodieranforderungen ist daher eine wichtige Vorbedingung für die optimale Umsetzung des neuen Entgeltsystems.

Im PSYCHiatrie Barometer sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, wie sie ihre Ärzte auf der einen Seite sowie Psychologen und Pflegekräfte (nicht-ärztliche Kräfte) auf der anderen Seite darauf vorbereitet haben.

Tab. 3: Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem - Allgemeinkrankenhäuser

Vorbereitende Maßnahmen	Für alle Ärzte	Für einzelne Ärzte	Für alle nicht-ärztlichen Kräfte (Psychologen/ Pflegekräfte)	Für einzelne nicht-ärztliche Kräfte (Psychologen/ Pflegekräfte)
Kodierungsschulungen	66,3%	16,9%	37,3%	22,9%
Kodierrichtlinien wurden in Papierform zur Verfügung gestellt	60,2%	19,3%	27,7%	20,5%
Kodierrichtlinien wurden auf EDV-Basis zur Verfügung gestellt	59,0%	9,6%	30,1%	12,0%
Möglichkeit von Probeverschlüsselungen	36,1%	7,2%	20,5%	10,8%
Rückmeldung der Kodierqualität an Ärzte/ Psychologen/ Pflegekräfte	48,2%	19,3%	27,7%	18,1%

Tab. 4: Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem – Psychiatrische Fachkrankenhäuser

Vorbereitende Maßnahmen	Für alle Ärzte	Für einzelne Ärzte	Für alle nicht-ärztlichen Kräfte (Psychologen/ Pflegekräfte)	Für einzelne nicht-ärztliche Kräfte (Psychologen/ Pflegekräfte)
Kodierungsschulungen	72,6%	12,6%	48,4%	21,1%
Kodierrichtlinien wurden in Papierform zur Verfügung gestellt	61,1%	13,7%	33,7%	21,1%
Kodierrichtlinien wurden auf EDV-Basis zur Verfügung gestellt	65,3%	6,3%	44,2%	12,6%
Möglichkeit von Probeverschlüsselungen	34,7%	8,4%	21,1%	13,7%
Rückmeldung der Kodierqualität an Ärzte/ Psychologen/ Pflegekräfte	47,4%	26,3%	29,5%	26,3%

In fast drei Viertel aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser (72,6%) erhielten alle Ärzte Kodierungsschulungen. In weiteren knapp 13% sind einzelne Ärzte (ggf. als Multiplikatoren) einschlägig geschult worden. In den übrigen Häusern lagen keine Angaben oder bislang keine Schulungen des ärztlichen Personals vor. Der Anteil der psychiatrischen Fachabteilungen, die Kodierungsschulungen für alle Ärzte durchgeführt haben, fällt mit 66,3% etwas niedriger aus, der Anteilswert für die einschlägigen Schulungen für einzelne Ärzte mit 16,9% etwas höher.

Verglichen mit dem Ärztlichen Dienst fallen die Schulungsquoten für das nicht-ärztliche Personal merklich geringer aus. So gibt knapp die Hälfte (48,4%) der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser an, für alle Pflegekräfte und Psychologen Kodierschulungen durchgeführt zu haben. In 21% dieser Einrichtungen ist dies teilweise der Fall. In den entsprechenden Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser sind die Anteilswerte mit 37,3% (alle nicht-ärztlichen Kräfte) bzw. 22,9% (einzelne nicht-ärztliche Kräfte) nochmals niedriger.

Jeweils rund 60% der psychiatrischen Einrichtungen haben allen ihren Ärzten Kodierrichtlinien in Papierform ausgehändigt. Rund ein Drittel der Fachkrankenhäuser sowie gut ein Viertel der psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern haben darüber hinaus allen nicht-ärztlichen Kräften, also Pflegekräften und Psychologen, die Kodierrichtlinien in Papierform zur Verfügung gestellt.

In insgesamt rund 65% der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser sowie 59% der psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern haben alle Ärzte Zugriff auf Kodierrichtlinien in elektronischer Form. Für die nicht-ärztlichen Kräfte fallen die entsprechenden Anteilswerte wiederum niedriger aus.

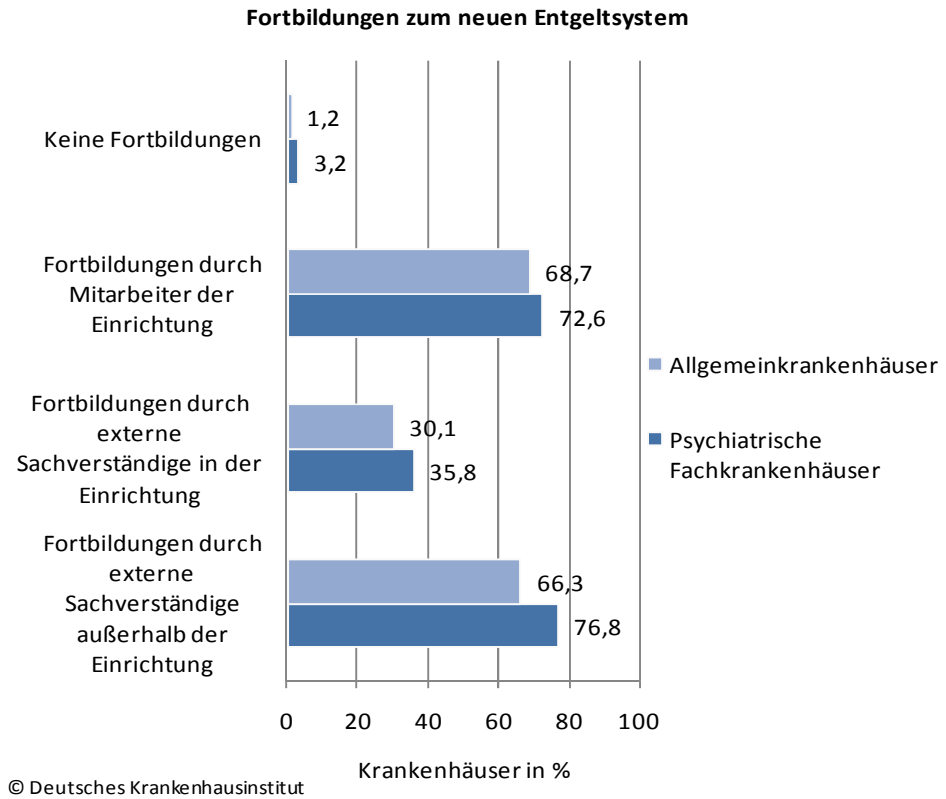
Dokumentations- und Kodierqualität werden spürbar erhöht, wenn die Ärzte eine Rückkopplung über ihre Kodierungen erhalten. Eine Rückkopplung kann entweder über die Möglichkeit von Probeverschlüsselungen oder eine Rückmeldung über die Kodierqualität erfolgen.

Gut ein Drittel der psychiatrischen Einrichtungen bei beiden Krankenhaustypen bietet bereits die Möglichkeit von Probeverschlüsselungen für alle Ärzte an. Allerdings ist der Anteil der Einrichtungen, die diese Möglichkeit entweder noch gar nicht oder selektiv genutzt haben, noch jeweils relativ hoch. Das gleiche gilt für die Probeverschlüsselungen bei nicht-ärztlichen Kräften, die in jeweils gut einem Fünftel der Einrichtungen allen Pflegekräften und Psychologen offeriert werden.

Eine Rückmeldung der Kodierqualität an alle Ärzte gibt es in jeweils knapp der Hälfte der psychiatrischen Einrichtungen. Jeweils gut ein Viertel der Einrichtungen meldet die Kodierqualität an alle nicht-ärztlichen Kräfte zurück.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Maßnahmen zur Verbesserung der Kodierqualität insbesondere auf den Ärztlichen Dienst konzentrieren. Der Durchdringungsgrad fällt hier teilweise relativ hoch aus. Verglichen damit stehen die nicht-ärztlichen Kräfte weniger im Fokus einschlägiger Maßnahmen zur Förderung der Kodierqualität.

Die Ergebnisse des PSYCHiatrie Barometers zeigen eindeutig, dass die psychiatrischen Einrichtungen ihr Personal für das neue Entgeltsystem entsprechend schulen. Lediglich 1,2% der Allgemeinkrankenhäuser bzw. 3,2% der Psychiatrien haben angegeben, bislang noch keine einschlägigen Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt zu haben. Hinsichtlich der Art der Schulung werden Mitarbeiter teilweise auf externe Fortbildungen geschickt. Dies ist in gut drei Viertel der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und zwei Dritteln der Allgemeinkrankenhäuser der Fall. Darüber hinaus wird das Krankenhauspersonal auch im Sinne eines Multiplikatorsystems von Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtung geschult. Dies ist, unabhängig vom Krankenhaustyp, in jeweils rund 70% der psychiatrischen Einrichtungen der Fall. Zusätzlich werden in jeweils rund einem Drittel der Einrichtungen die Mitarbeiter durch externe Sachverständige geschult.



© Deutsches Krankenhausinstitut

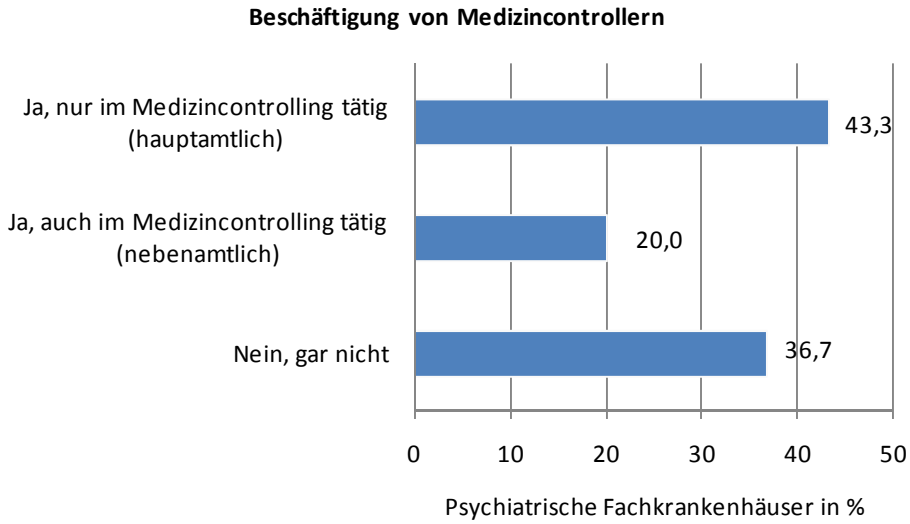
Abb. 84: Fortbildungen zum neuen Entgeltsystem

9.4 Personal für Medizincontrolling

Durch das DRG-System ist in den somatischen Krankenhäusern das Medizincontrolling deutlich gestärkt worden. Schon kurz nach DRG-Einführung verfügte hier die große Mehrzahl der Einrichtungen über einen oder mehrere Medizincontroller (DKI, 2005). Für die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser lagen bislang keine Vergleichsdaten vor. Diese wurden somit erstmalig im PSYCHiatrie Barometer ermittelt.

Zur Jahresmitte 2011 hatten 43,3% aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser (mindestens) einen Medizincontroller hauptamtlich beschäftigt. In 20% der Einrichtungen sind Medizincontroller nebenamtlich tätig, also zusätzlich zu einer anderen Tätigkeit oder Funktion. Mehr als ein Drittel der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser (36,7%) hat derzeit noch keinen Medizincontroller.

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass sich das Medizincontrolling in den Psychiatrien noch stärker als in den somatischen Häusern in der Entwicklung befindet.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 85: Beschäftigung von Medizincontrollern in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

Literaturverzeichnis

Blum, K., Löffert, S., (2010): Ärztemangel im Krankenhaus. Düsseldorf (www.dki.de)

Bundessozialgericht (2004). Urteil vom 4. März 2004, B 3 KR 4/03 R

Bundessozialgericht (2007). Urteil vom 28. Februar 2007, B 3 KR 17/06 R

Deutscher Bundestag (1992). Bundestags-Drucksache 12/3608

Deutsches Krankenhausinstitut (2000ff.): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. (www.dki.de)

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) fürdie Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinieUnipolareDepression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet:www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de.

Junge-Hoffmeister J. (2006). Operante Verfahren. In: H.-U. Wittchen& J. Hoyer (Hrsg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 435-449.

Kunze H., Kaltenbach, L., Kupfer, K. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart 2010. Kohlhammer Verlag

Wittchen H-U., Hoyer J. (Hrsg.) (2006). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.