



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

PSYCHIATRIE BAROMETER

Umfrage 2023/2024

INHALT

EINLEITUNG 4

1 WIRTSCHAFTLICHE LAGE 6

Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	7
Beurteilung der Liquiditätssituation	8
Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen	9

2 PERSONAL- UND SACHKOSTENSTEIGERUNGEN 10

Erwartete Personal- und Sachkostensteigerungen	11
Refinanzierung der Kostensteigerungen	11
Maßnahmen in Reaktion auf die Kostensteigerungen	13

3 PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK-RICHTLINIE (PPP-RL) 14

Einhaltung der Mindestvorgaben	15
Gründe für die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben	16
Anrechnung von Nicht-PPP-RL Personal	18
Änderungen am Versorgungsangebot	19
Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen	20
Dokumentationsaufwand	21

4 NACHHALTIGKEIT IN DER UNTERNEHMENSSTRATEGIE **22**

Verankerung und Handlungsfelder in der Unternehmensstrategie	23
Strategische Maßnahmen und Ermittlung von CO ₂ -Emissionen	28
Einfluss von Hitze auf das Behandlungsaufkommen	30
Anpassungsmaßnahmen und Extremwetterereignisse	32
Information und Inanspruchnahme von Fördermittelprogrammen	35

5 GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG IN DER PSYCHIATRIE **36**

Stand der praktischen Ausbildung in der Generalistik	37
Betrieb eigener Pflegeschulen	40
Derzeitige und zukünftige Entwicklung der Ausbildung	42
Auswirkungen der Generalistik auf die psychiatrische Versorgung	44
Gründe für Ausbildungsabbrüche	45
Maßnahmen zur Verringerung von Ausbildungsabbrüchen	48
Ausbildungsanfänger	50
Auszubildende über 30 Jahre und Quereinsteiger	52
Auszubildende in Teilzeit	55

Literaturnachweis	56
Impressum	58

EINLEITUNG



Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2023/2024 die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers vor, einem Informations- und Analysetool für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Beim PSYCHIATRIE Barometer handelt es sich um eine jährliche Repräsentativbefragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu aktuellen Fragestellungen in diesem Versorgungsbereich.

Liebe Leserinnen und Leser,

das PSYCHIATRIE Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt. Das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V. (VLK). Die jährlichen Ausgaben des PSYCHIATRIE Barometers sind auf der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2023/2024 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Beteiligt haben sich insgesamt 272 Einrichtungen. Die Befragung wurde von Anfang Dezember 2023 bis Ende März 2024 durchgeführt.

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



Dr. Karl Blum



Melanie Filser



Robin Heber



Ann Katrin Parloh



Luisa Schumacher



Sophia Siewert

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

Diesen werden die „Allgemeinkrankenhäuser“ gegenübergestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder

psychosomatische Fachabteilungen vorhalten (nachfolgend auch als „Abteilungspsychiatrien“ bezeichnet). Die psychiatrischen Betten bzw. Fachabteilungen umfassen ggf. auch Betten bzw. Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

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

Düsseldorf, im Juni 2024

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Prinzenallee 13
40549 Düsseldorf
Telefon 02 11. 4 70 51 - 17
Fax 02 11. 4 70 51 - 67
E-Mail karl.blum@dki.de
www.dki.de

Die jährlichen Ausgaben des *Psychiatrie Barometers* sind im Downloadbereich der Homepage abrufbar.
www.dki.de



WIRTSCHAFTLICHE LAGE

Die wirtschaftliche Lage der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen befindet sich historisch betrachtet weiterhin auf einem kritischen Niveau. Fast zwei Drittel der Abteilungspsychiatrien und 40 % der Einrichtungspsychiatrien bewerten die wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend.

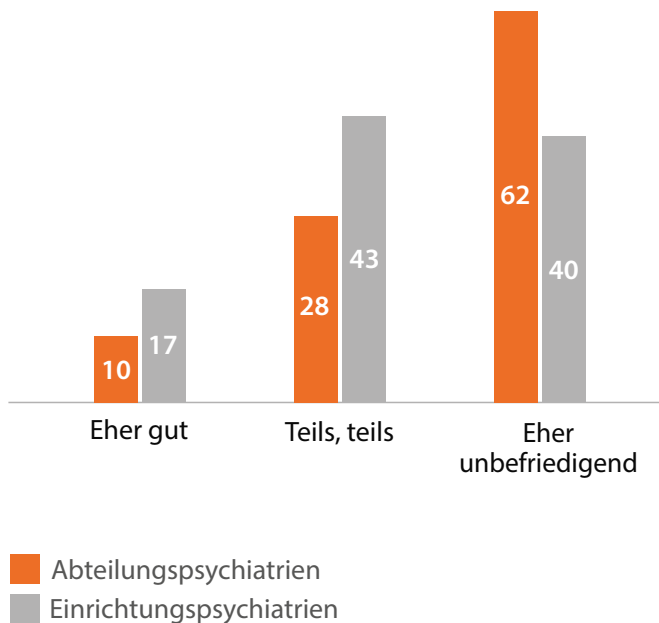
BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2023/2024 beurteilen. Bei den Allgemeinkrankenhäusern sollten sich die Angaben ausdrücklich nur auf die psychiatrischen oder

psychosomatischen Fachabteilungen beziehen, bei den psychiatrischen oder psychosomatischen Fachkrankenhäusern auf das Haus als Ganzes. Abb. 1 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Krankentypen.

Abb. 1 Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation Jahreswende 2023/2024

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Nur 10 % der Abteilungspychiatrien und 17 % der Einrichtungspychiatrien beurteilten ihre wirtschaftliche Lage als gut, während 62 % der Abteilungspychiatrien und 40 % der Einrichtungspychiatrien für eher unbefriedigend votierten. Im Vergleich zum Vorjahr schätzten die Einrichtungspychiatrien ihre wirtschaftliche Situation damit leicht besser, die Abteilungspychiatrien hingegen spürbar schlechter ein (Ergebnisse des Vorjahres nicht dargestellt).

Abteilungspychiatrien bewerten ihre wirtschaftliche Lage noch schlechter als im Vorjahr.

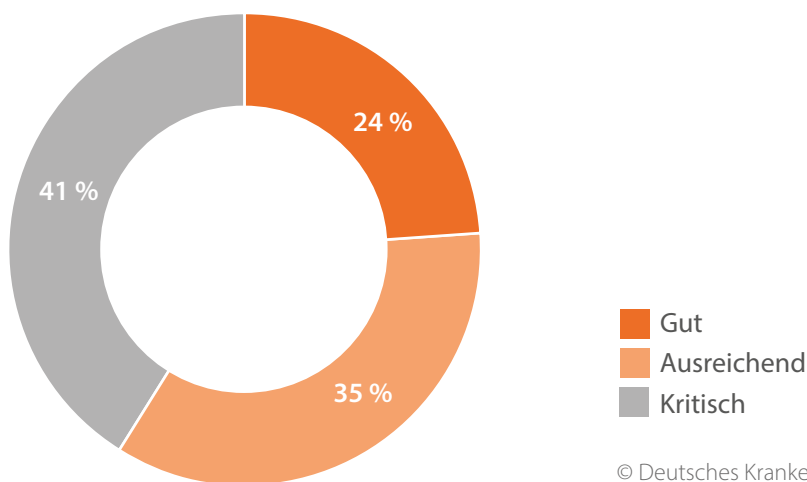
BEURTEILUNG DER LIQUIDITÄTSSITUATION

Über die wirtschaftliche Gesamtsituation hinaus sollten die Einrichtungspsychiatrien auch ihre Liquiditätssituation bewerten. Zum Befragungszeitpunkt zur Jahreswende 2023/2024 sahen 41 %

der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken ihre Liquiditätssituation als kritisch, 35 % als ausreichend und 24 % als gut an (Abb. 2).

Abb. 2 Beurteilung der derzeitigen Liquiditätssituation

Einrichtungspsychiatrien in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

41 %
der Einrichtungspsychiatrien
berichten von kritischer Liquidität.

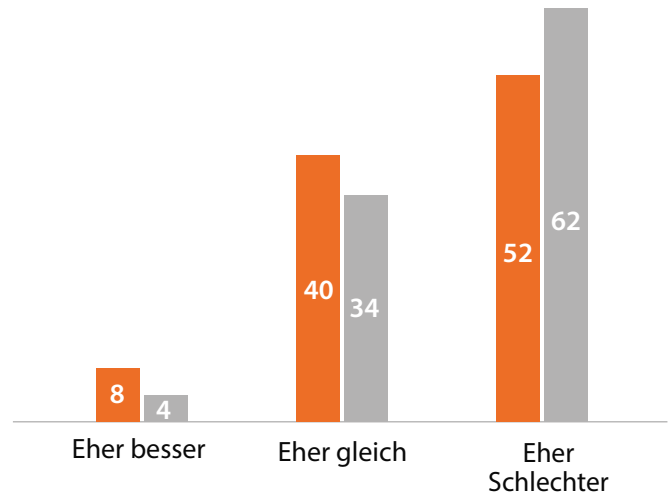


BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN

Gefragt nach den Erwartungen für das Jahr 2024 gehen sowohl die Abteilungspsychiatrien (52 %) als auch die Einrichtungspsychiatrien (62 %) mehrheitlich von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage aus. Gerade einmal 8 % der Abteilungspsychiatrien und 4 % der Einrichtungspsychiatrien erwarten dagegen eine Verbesserung. Die übrigen Befragten erwarten keine Veränderungen ihrer wirtschaftlichen Situation (Abb. 3).

Abb. 3 Wirtschaftliche Erwartungen für das Jahr 2024

Krankenhäuser in %



■ Abteilungspsychiatrien
■ Einrichtungspsychiatrien

© Deutsches Krankenhausinstitut





PERSONAL- UND SACHKOSTENSTEIGERUNGEN

Neben der Bewertung der wirtschaftlichen Situation sollten die Befragungsteilnehmer im PSYCHIATRIE Barometer 2023/2024 Auskunft zu Steigerungen von Personal- und Sachkosten sowie deren Auswirkungen geben.

ERWARTETE PERSONAL- UND SACHKOSTENSTEIGERUNGEN

Die Kliniken gehen davon aus, dass die Personalkosten im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr allein aufgrund von Tarifierhöhungen durchschnittlich um 7,5 % (Median: 7 %) steigen werden. Zudem erwarten sie Preissteigerungen im Bereich der Sachkosten von im Mittel 6,6 % (Median: 5 %) (Abb. 4).

Abb. 4 Erwartete Kostensteigerungen im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 alleine aufgrund von Tarifierhöhungen bzw. Preissteigerungen

Durchschnittliche Kostensteigerungen der Krankenhäuser



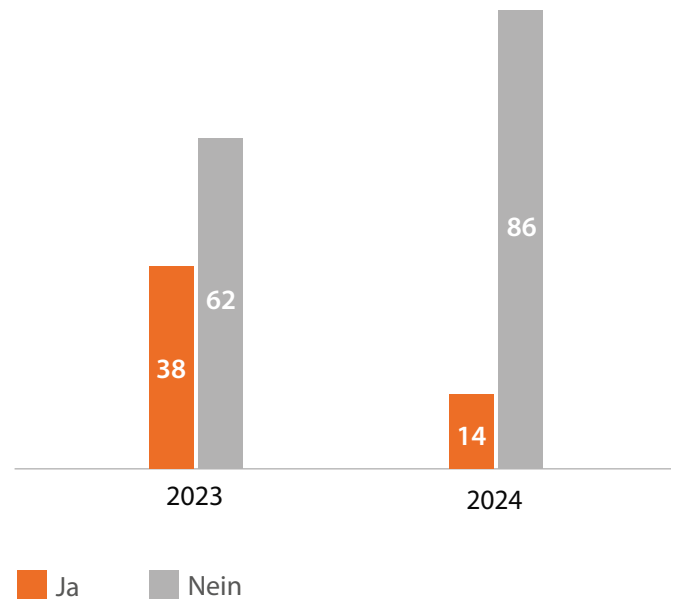
© Deutsches Krankenhausinstitut

REFINANZIERUNG DER KOSTENSTEIGERUNGEN

Nur 14 % der Krankenhäuser geben an, dass sie die im Jahr 2024 zu erwartenden Kostensteigerungen im Bereich der Personal- und Sachkosten aus ihren Erträgen refinanzieren können. Bezogen auf die entsprechenden Kostensteigerungen im Jahr 2023 bejahten dies noch 38 % (Abb. 5).

Abb. 5 Werden Sie die aktuellen und zu erwartenden Kostensteigerungen im Bereich der Personal- und Sachkosten mit Ihren Erträgen refinanzieren können?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Die allgemeine Kostenentwicklung wird eines der zentralen Themen in den Budgetverhandlungen.

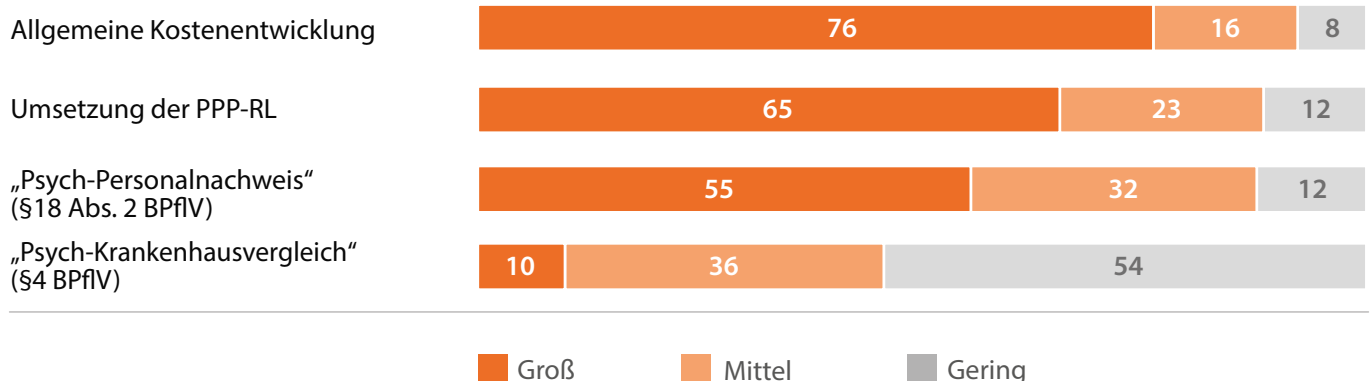
Die allgemeine Kostenentwicklung spielt laut den Kliniken in den Krankenhausbudgetverhandlungen im Hinblick auf die Refinanzierung der Kostensteigerungen eine zentrale Rolle.

Mehr als drei Viertel der Befragten räumen dieser hierbei einen großen Stellenwert ein. Auch die Umsetzung der PPP-RL¹ und den „Psych-Personalnachweis“ gemäß §18 Abs. 2 BPfIV sehen

mehr als zwei Drittel bzw. mehr als die Hälfte der Häuser als gewichtigen Verhandlungstatbestand in Bezug auf das Thema der Refinanzierung von Kostensteigerungen (Abb. 6).

Abb. 6 Welchen Stellenwert haben die folgenden Verhandlungstatbestände der Krankenhausbudgetverhandlungen in Bezug auf eine Refinanzierung der Kostensteigerungen?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

¹ Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (siehe auch nachfolgendes Kapitel)

MASSNAHMEN IN REAKTION AUF DIE KOSTENSTEIGERUNGEN

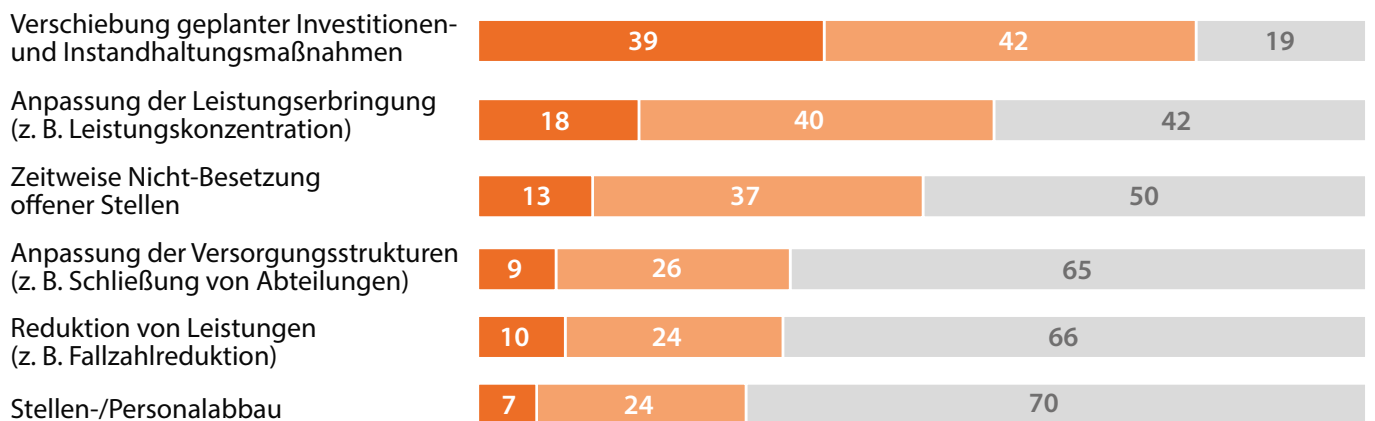
Gefragt nach den Reaktionen auf die aktuellen oder erwarteten Kostensteigerungen im Bereich der Personal- und Sachkosten sticht die Verschiebung geplanter Investitionen und Instandhaltungsmaßnahmen hervor. 39 % der Krankenhäuser planen diese Maßnahme bereits

und weitere 42 % ziehen dies in Betracht. Auch eine Anpassung der Leistungserbringung (z. B. Leistungskonzentration) und die zeitweise Nicht-Besetzung offener Stellen planen oder ziehen rund die Hälfte der Befragten in Betracht. Maßnahmen in Richtung der Anpassung von

Versorgungsstrukturen (z. B. Abteilungsschließungen), Leistungsreduktionen sowie Stellen- oder Personalabbau werden immerhin von rund einem Drittel der Kliniken geplant oder in Betracht gezogen (Abb. 7).

Abb. 7 Welche Maßnahmen ziehen Sie in Betracht oder planen Sie konkret infolge der aktuellen oder erwarteten Kostensteigerungen im Bereich der Personal- und Sachkosten für Ihr Krankenhaus?

Krankenhäuser in %



■ Planen wir bereits

■ Ziehen wir in Betracht

■ Weder, noch



3

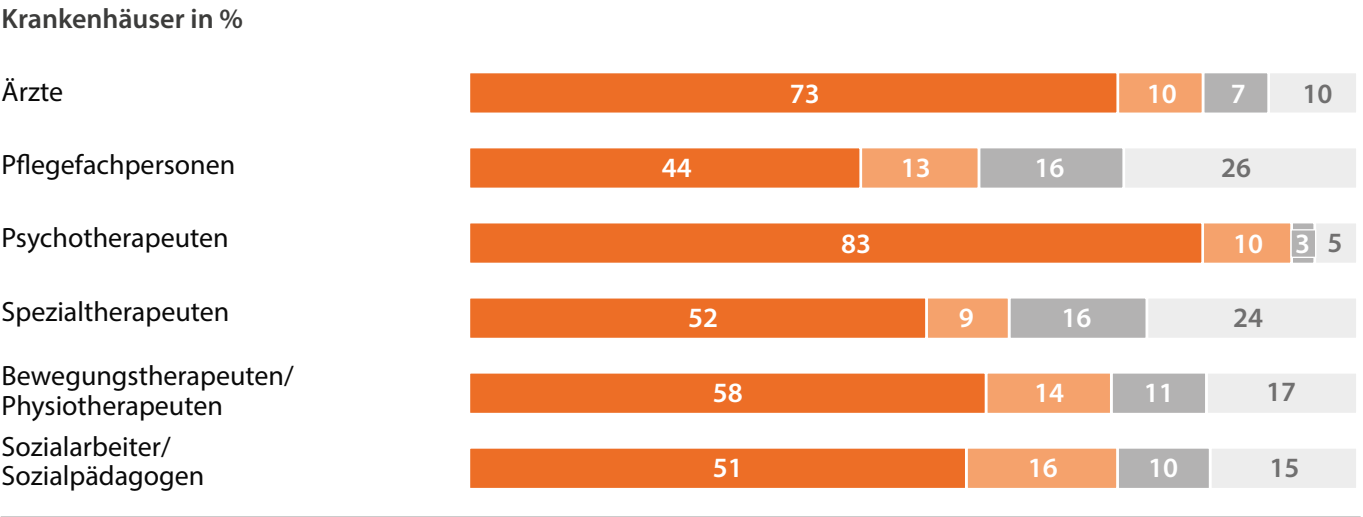
PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK- RICHTLINIE (PPP-RL)

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal fest. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Das diesjährige PSYCHIATRIE Barometer untersucht ausgewählte Aspekte zur Umsetzung der Richtlinie im Jahr 2023.

EINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN

Von Anfang 2022 bis Ende 2023 waren die Mindestvorgaben gemäß den Übergangsregelungen in § 16 Absatz 1 Nr. 2 PPP-RL zu 90 % zu erfüllen. Für die ersten drei Quartale 2023 sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, inwieweit sie bei den verschiedenen Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht haben (Abb. 8). Dabei waren die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen ausdrücklich zu berücksichtigen.

Abb. 8 Inwieweit haben Sie in den ersten drei Quartalen 2023 bei den folgenden Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht? Bitte berücksichtigen Sie hier auch die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbeständen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

In allen drei Quartalen In zwei Quartalen
In einem Quartal In keinem Quartal

Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In den ersten drei Quartalen 2023 konnten in keiner Berufsgruppe die Mindestvorgaben der Richtlinie von allen befragten Häusern in jedem Quartal eingehalten werden.

Im Ärztlichen Dienst und bei den psychologischen Psychotherapeuten fällt der Erfüllungsgrad bei den Personalmindestvorgaben der PPP-RL vergleichsweise hoch aus. Hier sind in den ersten drei Quartalen 2023 in 83 % der Häuser (Psychotherapeuten) bzw. in 73 % der Häuser (Ärzte) die Vorgaben in allen drei Quartalen erfüllt worden.

Am geringsten fiel der Erfüllungsgrad bei der Pflege aus. Nur in 44 % der Krankenhäuser konnten die Vorgaben der PPP-RL in allen drei Quartalen erfüllt werden. Von 26 % der Häuser konnten sie in keinem Quartal und von 16 % nur in einem Quartal eingehalten werden.

Bei den übrigen Berufsgruppen, im Einzelnen den Spezialtherapeuten, den Physiotherapeuten sowie den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, hat jeweils mehr als die Hälfte der Krankenhäuser die Vorgaben in allen drei Quartalen erfüllen können.

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

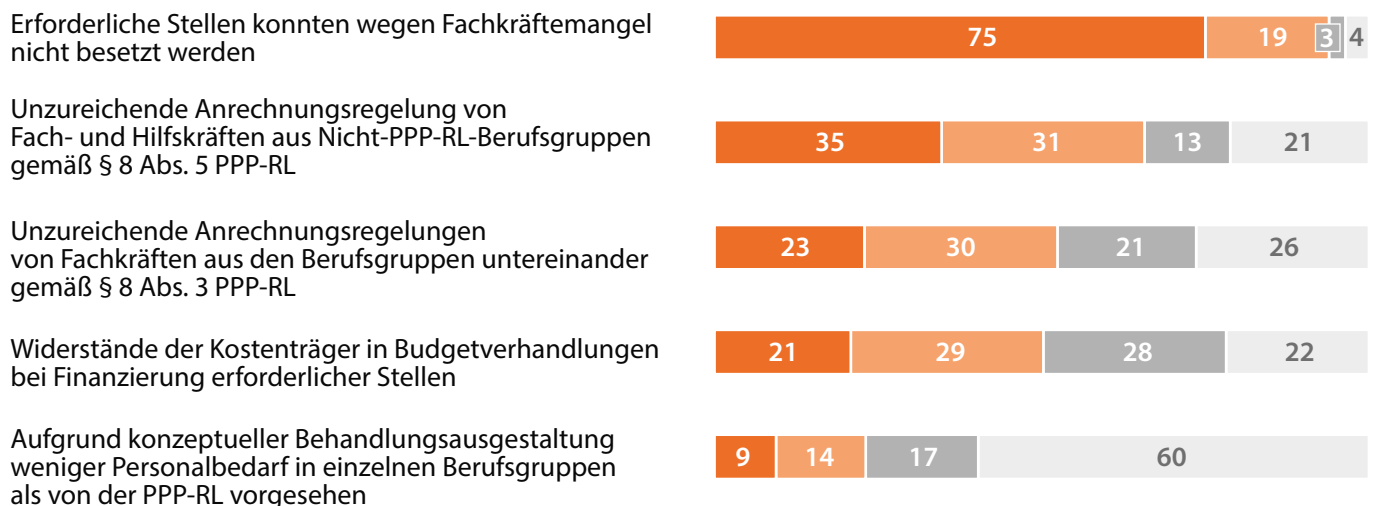
GRÜNDE FÜR DIE NICHT-EINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN

Krankenhäuser, welche in den ersten drei Quartalen 2023 die Personalmindestvorgaben für die verschiedenen Berufsgruppen gemäß PPP-RL

nicht in jedem Quartal erreicht haben, wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 9).

Abb. 9 Falls Sie in Ihrem Krankenhaus in den ersten drei Quartalen 2023 in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL nicht durchgehend erreicht haben: Inwieweit waren die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend?

Krankenhäuser in %



Trifft voll und ganz zu

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

Trifft gar nicht zu

Hauptgrund für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind unzureichende Stellenbesetzungsmöglichkeiten durch den bestehenden Fachkräftemangel. Die befragten Einrichtungen stimmten dem voll und ganz (75 %) oder eher zu (19 %). Es ist zu berücksichtigen, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL berufsgruppenbezogen einzuhalten sind. Fehlt in einer kleinen Einrichtung, wie beispielsweise einer Stand-alone-Tagesklinik, in einem Quartal eine halbe Vollkraft eines Sozialarbeiters, kann dies trotz Ausnahmeregelungen kaum kompensiert werden und führt zur Nichteinhaltung der Mindestvorgaben.

Hinzu kommt, dass die fachliche Anforderlichkeit der Stellenbesetzungen gemäß der PPP-RL häufig nicht gegeben ist. Arbeitet eine Einrichtung beispielsweise nicht mit Physio- oder Bewegungstherapie, sondern primär mit psychotherapeutischem sowie musik- und kunsttherapeutischem Ansatz, muss sie ihr Behandlungskonzept umstellen. Die Einrichtung wird gezwungen, zunehmend schwerer verfügbare Fachkräfte einzustellen, obwohl diese an anderer Stelle in der Versorgung dringender benötigt werden. Der bestehende Fachkräftemangel wird so weiter verschärft. Rund ein Viertel der Häuser gibt an, aufgrund konzeptueller Behandlungsausgestaltung in einzelnen Berufsgruppen weniger Personalbedarf zu haben als von der PPP-RL vorgesehen. Das heißt, dass aufgrund der berufsgruppenbezogenen Mindestvorgaben mehr Personal vorgehalten werden muss, als es für die Durchführung der Behandlungskonzepte erforderlich ist.

Ebenso behindern die Anrechnungsregelungen von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL die Einhaltung der Mindestvorgaben. Die dort vorgesehenen Anrechnungsregelungen halten zwei Drittel der Krankenhäuser für ganz (35 %) oder eher unzureichend (31 %). Dies ist vor dem Hintergrund der in 2024 in Kraft getretenen Höchstgrenzen bei der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen von besonderer Relevanz.

Auch die Anrechnungsregelungen gemäß § 8 Abs. 3 PPP-RL von Fachkräften der Berufsgruppen der PPP-RL bei Übernahme der jeweiligen Regelaufgaben untereinander stellen die Einrichtungen vor Herausforderungen. Demnach ist zum Beispiel eine Anrechnung von Ärzten nur auf die Berufsgruppe der Psychotherapeuten/Psychologen möglich. Psychotherapeuten/Psychologen können zunächst befristet bis Ende 2024 auf Ärzte und auch auf die anderen Berufsgruppen angerechnet werden. Andere Berufsgruppen hingegen können nicht auf Ärzte angerechnet werden, selbst wenn diese Regelaufgaben dieser Berufsgruppe übernehmen. Rund die Hälfte der Befragten gab an, aufgrund dieser Regelung die Personalvorgaben der PPP-RL in den ersten drei Quartalen 2023 nicht durchgehend erreicht zu haben.

Ähnlich lesen sich die Angaben zu Widerständen der Kostenträger in den Budgetverhandlungen bei der Finanzierung erforderlicher Stellen. Für die Hälfte der Krankenhäuser trifft dies zu. Dabei ist zu bedenken, dass durch den bestehenden Verhandlungs- und Vereinbarungsstau bei den Budgetverhandlungen noch längst nicht alle Krankenhäuser den Einstieg unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der PPP-RL vollzogen haben.

ANRECHNUNG VON NICHT-PPP-RL PERSONAL

Die Anrechnung von Nicht-PPP-RL Personal gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL bereitet vielen Krankenhäusern Probleme (Abb. 10). Jeweils jedes zweite Haus hat Probleme bei der Nachweisführung sowie bei der Anerkennung in Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier unter anderem die fehlende

Anerkennung von Medizinischen Fachangestellten, Physician Assistants und anderem Nicht-PPP-RL Personal genannt.

In 29 % der Häuser scheitert die Anrechnung am Widerstand der Kostenträger.

Abb. 10 Welche konkreten Probleme gibt es in Ihrem Haus bei der Anrechnung von Nicht-PPP-RL Personal?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Die unzureichende Anrechnung von Nicht-PPP-RL Personal bereitet vielen Krankenhäusern Probleme. Dies ist ein maßgeblicher Grund, warum die Personalmindestvorgaben nicht durchgängig erreicht werden.

ÄNDERUNGEN AM VERSORGUNGSANGEBOT

Aus der PPP-RL resultieren Veränderungen bei den Versorgungsangeboten der Krankenhäuser. Abb. 11 zeigt, welche Änderungen die Erwachsenenpsychiatrien primär wegen der Anwendung der PPP-RL vorgenommen oder geplant haben.

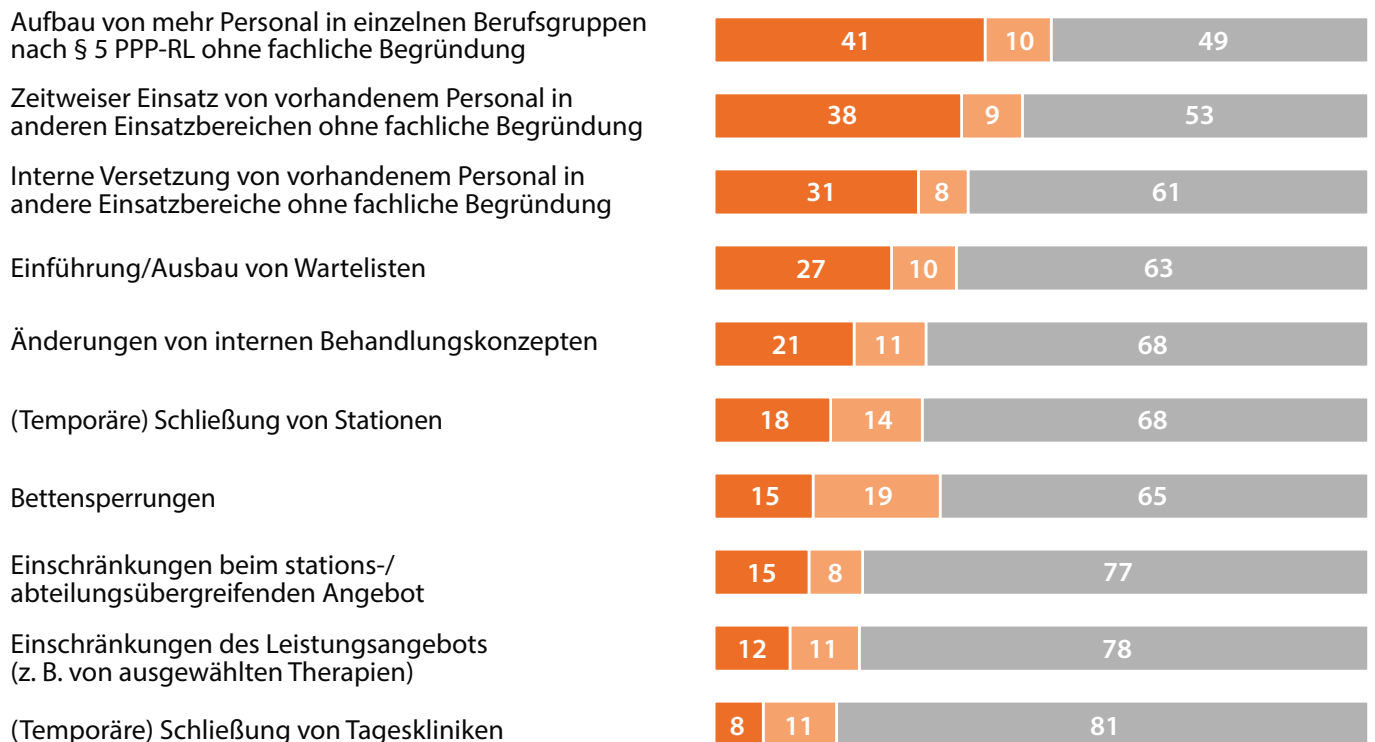
Demnach führt die PPP-RL vor allem zu Änderungen in der Personaleinsatzplanung, etwa in Form von Personalaufbau in einzelnen Berufsgruppen ohne fachliches Erfordernis (in 41 % der Krankenhäuser), des fachlich unbegründeten zeitweisen Einsatzes von vorhandenem Personal in anderen Einsatzbereichen (38 %) oder der ebenso fachlich unbegründeten, dauerhaften internen Verset-

zung vorhandenen Personals (31 %). Darüber hinaus sind entsprechende Änderungen der Personaleinsatzplanung teilweise noch nicht umgesetzt, aber konkret geplant.

Daneben zeichnen sich aufgrund der Vorgaben der PPP-RL beeinträchtigende Veränderungen in der Patientenversorgung ab, beispielsweise durch die Einführung von Wartelisten, die Schließung von Stationen oder durch einzelne Bettensperrungen sowie Einschränkungen beim Leistungsangebot im Allgemeinen und beim stations- oder abteilungsübergreifenden Angebot im Besonderen.

Abb. 11 Haben Sie in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses primär wegen der Anwendung oder Vorgaben der PPP-RL die folgenden Veränderungen an Ihren Versorgungsangeboten vorgenommen oder geplant?

Krankenhäuser in %





WARTEZEITEN BEI ELEKTIVEN AUFNAHMEN

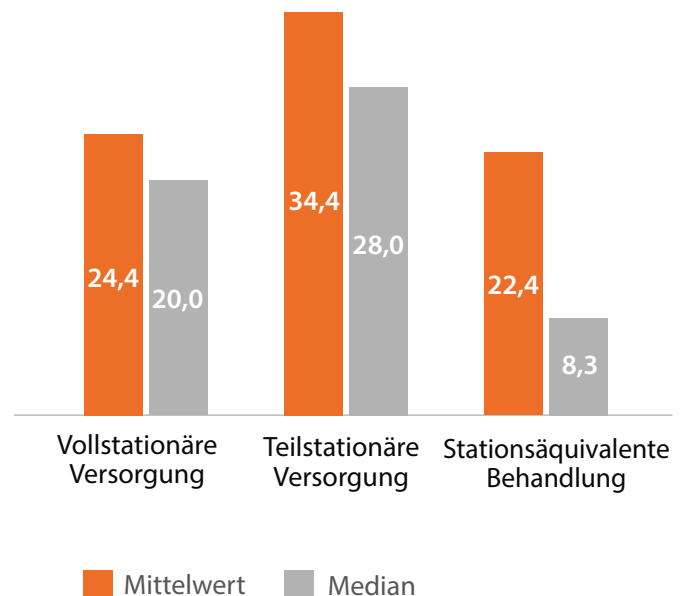
Um die personellen Vorgaben der PPP-RL einzuhalten, erfolgt als eine mögliche Maßnahme die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten für eine stationäre Behandlung. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer ihre Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie quantifizieren (Abb. 12).

In der vollstationären Versorgung müssen Elektivfälle im Mittel 24 Tage (Mittelwert) bzw. 20 Tage (Median) auf ihre Aufnahme warten. Am längsten sind die Wartezeiten in der teilstationären Versorgung mit 34 Tagen (Mittelwert) bzw. 28 Tagen (Median). In der stations-äquivalenten psychiatrischen Behandlung beträgt die durchschnittliche Wartezeit 22 Tage.

In den Einrichtungspsychiatrien sind die durchschnittlichen Wartezeiten für die voll- und teilstationäre Versorgung jeweils drei Tage länger als in den Abteilungspsychiatrien (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 12 Wie lang sind aktuell in der Erwachsenenpsychiatrie Ihrer Einrichtung die durchschnittlichen Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in den folgenden Bereichen (ggf. realitätsnahe Schätzung)?

Wartezeiten in Tagen



© Deutsches Krankenhausinstitut

DOKUMENTATIONSAUFWAND

Angesichts der zahlreichen und komplexen Nachweisverfahren der Richtlinie sollten die Krankenhäuser den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation und Administration der PPP-RL pro Quartal umgerechnet in Vollzeitäquivalente taxieren. Wie aus Abb. 13 ersichtlich, resultierte hier eine sehr große Streuung der Aufwandswerte.

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

Abb. 13 Wie hoch in Vollzeitäquivalenten pro Quartal schätzen Sie für Ihr Krankenhaus alles in allem den Aufwand für die Dokumentation und Administration der PPP-RL?

Kennwerte in Vollzeitäquivalenten



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

Im Durchschnitt sind

1,5 Vollkräfte

pro Haus mit der Dokumentation und Administration der PPP-RL beschäftigt.

4

NACHHALTIGKEIT IN DER UNTERNEHMENSSTRATEGIE

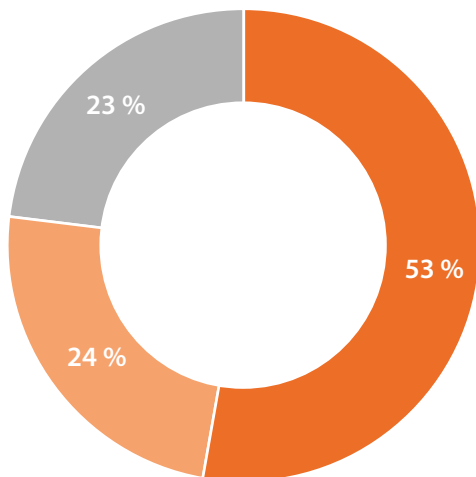
Im diesjährigen PSYCHIATRIE Barometer wurde erstmals der aktuelle Stand zur Verankerung von Nachhaltigkeit und die Umsetzung von Maßnahmen in der Unternehmensstrategie der beteiligten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass sich ein bedeutender Anteil der Einrichtungen für mehr Nachhaltigkeit engagiert hat. Dennoch besteht noch Potenzial zur Weiterentwicklung von Handlungsfeldern und Maßnahmen, insbesondere bei der Erfassung von CO₂-Emissionen und dem Ausbau von Anpassungsmaßnahmen an mögliche Extremwetterereignisse.

VERANKERUNG UND HANDLUNGSFELDER IN DER UNTERNEHMENSSTRATEGIE

Die Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit spielen im Gesundheitssektor eine wichtige Rolle. Insbesondere extreme Wetterereignisse wie Hitzewellen, Stürme und Überschwemmungen können zu Stress, Angst, Depressionen und anderen psychischen Problemen führen, die versorgt werden müssen (Umweltbundesamt, 2024).

Abb. 14 Wird das Thema Nachhaltigkeit in der Unternehmensstrategie Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung ausdrücklich berücksichtigt?

Krankenhäuser in %



- Ja, ist enthalten
- Nein, aber konkret geplant
- Nein, und nicht geplant

© Deutsches Krankenhausinstitut

Vor diesem Hintergrund gewinnt das Thema Nachhaltigkeit im Kontext des Klimawandels als Leitprinzip auch in der Unternehmensstrategie von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zunehmend an Bedeutung.

Insgesamt wird bei 53 % der befragten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen das Thema Nachhaltigkeit in der Unternehmensstrategie ausdrücklich berücksichtigt. Weitere 24 % der Häuser haben dies bereits geplant, die restlichen 23 % haben das Thema Nachhaltigkeit in ihrer Unternehmensstrategie noch nicht berücksichtigt (Abb. 14).

53 %

der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen berücksichtigen das Thema Nachhaltigkeit.

Am häufigsten orientieren sich die Häuser in ihrer Nachhaltigkeitsstrategie an der Global Reporting Initiative (51 %) und an dem Deutschen Nachhaltigkeitskodex (39 %). Seltener dienen die Sustainable Development Goals als Orientierungshilfe (Abb. 15).

Auf Nachfrage wurden weitere Richtlinien, Impulspapiere oder Protokolle genannt, die zur Erstellung der eigenen Nachhaltigkeitsstrategie einbezogen werden. Eine Übersicht der genann-

ten Werke kann auf S. 25 eingesehen werden. Es wurden allgemeingültige Standardwerke wie die neue EU-Richtlinie zur Nachhaltigkeitsberichterstattung für Unternehmen, die Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) und die im Juni 2023 überarbeitete Fassung der daraus resultierenden Standards, die European Sustainability Reporting Standards (ESRS), genannt. Aber auch Systeme wie das EMAS-Umweltmanagement, Gemeinschaftssystem für Umweltmanagement und Umweltbetriebsprüfung dienen zur Orientierung.

Abb. 15 Orientiert sich die Nachhaltigkeitsstrategie in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung an den folgenden Nachhaltigkeitsstandardwerken?

Krankenhäuser in %



4. Nachhaltigkeit in der Unternehmensstrategie



Weitere von den befragten Krankenhäusern genannte Nachhaltigkeitsstandardwerke:

- **Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD)**
- **European Sustainability Reporting Standards (ESRS)**
- **Greenhouse Gas Protocol**
dt. „Treibhausgasprotokoll“
- **EMAS-Umweltmanagement**
Gemeinschaftssystem für Umweltmanagement und Umweltbetriebsprüfung
- **United Nations (UN) Global Compact**
Als Initiative der Vereinten Nationen bietet der UN Global Compact einen Rahmen, um über Branchen und Grenzen hinweg eine gerechtere Ausgestaltung der Globalisierung zu diskutieren und diese Vision mit geeigneten Strategien und Aktivitäten zu verwirklichen.
- **Konzernrichtlinie**
(z. B. #HeliosPatientinErde: Helios Kampagne zur Klimaneutralität bis 2022)
- **Impulspapier**
Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) für nachhaltige Entwicklung (EKD – Text 130 – Agenda 2030)
- **Curacon ESG-Radar**
Gemeinsam mit der Steinbeis-Hochschule hat das Unternehmen Curacon, Wirtschaftsprüfung und Beratung, speziell für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft das ESG-Radar entwickelt. Dies soll als Strukturierungshilfe zur Auswahl und Festlegung nachhaltiger Handlungsfelder dienen.
- **WIN-Charta/KLIMAWIN**
Die WIN-Charta (neu: KLIMAWIN) ist ein Nachhaltigkeitsmanagementsystem des Landes Baden-Württemberg für nachhaltig orientierte Unternehmen.

Innerhalb einer vorhandenen Nachhaltigkeitsstrategie können unterschiedliche Handlungsfelder, die sich aus den drei Säulen der Nachhaltigkeit „Ökologie, Soziales und Governance“ ergeben, berücksichtigt werden. Somit wurden die teilneh-

menden Kliniken gefragt, welche konkreten Bereiche in ihrer Nachhaltigkeitsstrategie berücksichtigt werden und ob entsprechende Zielformulierungen und/oder Leitlinien vorliegen (Abb. 16 und Abb. 17).

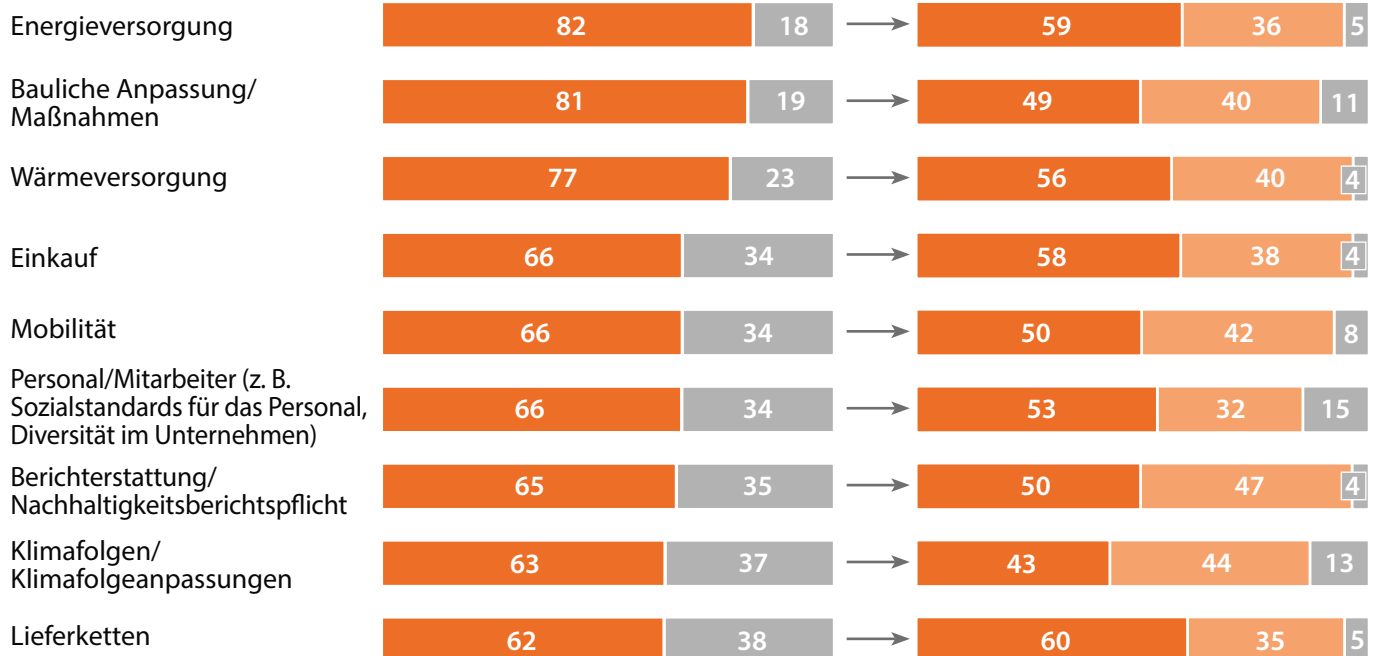
Abb. 16 Welche der folgenden Handlungsfelder werden in der Nachhaltigkeitsstrategie Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung berücksichtigt?

Liegen für diese Handlungsfelder Zielformulierungen und/oder Leitlinien vor?

Krankenhäuser in %

Krankenhäuser in %

Wenn ja



© Deutsches Krankenhausinstitut

Ja
Nein

Ja, liegen vor
Nein, aber konkret geplant
Nein, und nicht geplant

Es zeigte sich, dass die Bereiche zur Energieversorgung (82 %), zur baulichen Anpassung (81 %) und Wärmeversorgung (77 %) als Handlungsfelder in der eigenen Nachhaltigkeitsstrategie der Häuser am häufigsten berücksichtigt werden. Bei 60 – 70 % der befragten Häuser fließen weitere Handlungsfelder wie Einkauf, Mobilität, Personal, Klimafolgen/Klimaanpassungen, Lieferketten, Kälte-, und Speiseversorgung in die Strategie ein. 50 – 60 % beschäftigen sich mit Themen zum gesellschaftlichen Engagement, Zertifizierungen, Auszeichnungen und/oder Siegel sowie mit dem Wassermanagement und der organisatorischen Verankerung von Nachhaltigkeit. Weniger häufig fließen die Themen Arzneimittel und Patienten-

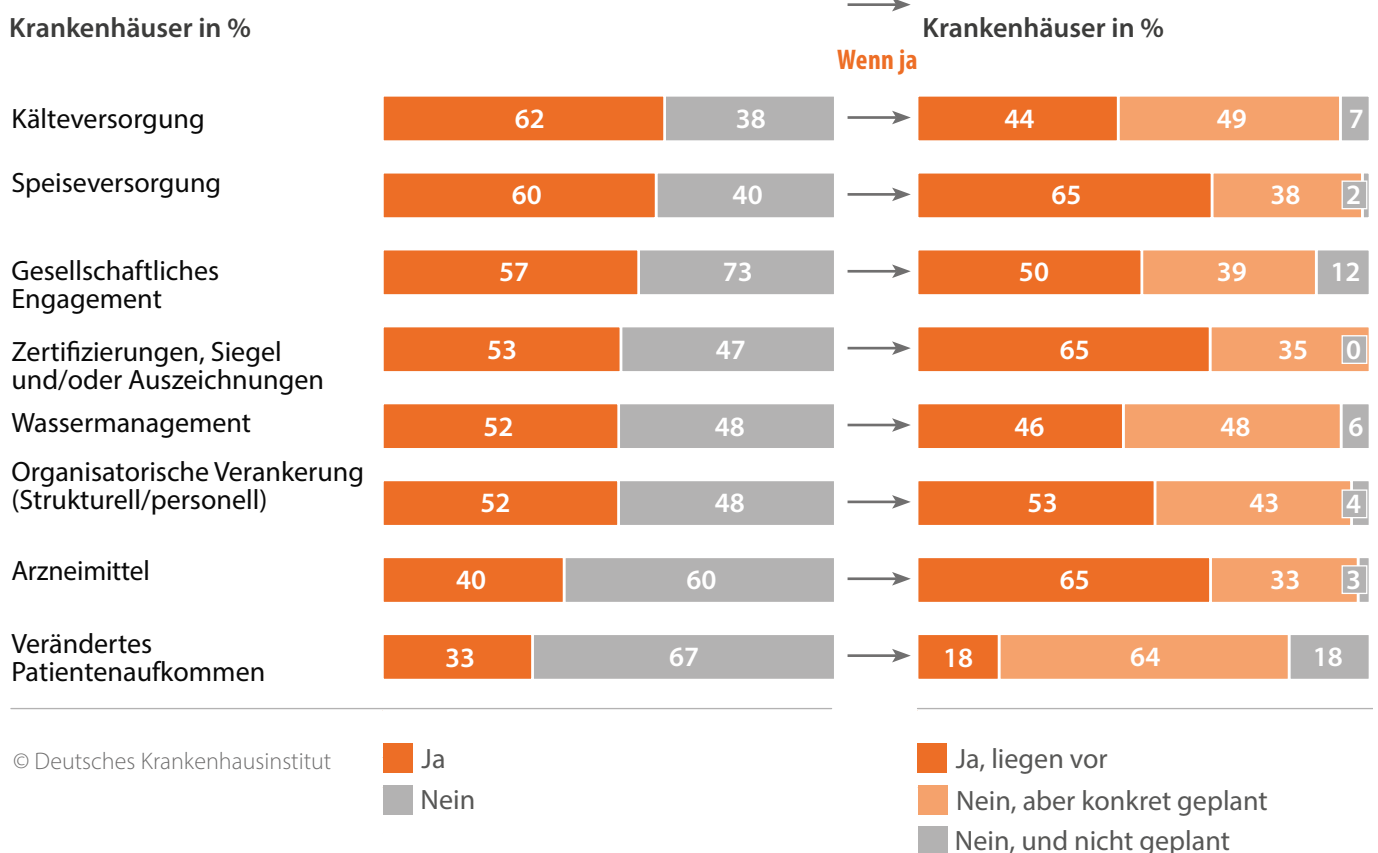
aufkommen als Handlungsfelder in die Nachhaltigkeitsstrategie mit ein.

Wird ein Handlungsfeld von der psychiatrischen/ psychosomatischen Einrichtung berücksichtigt, liegt in den allermeisten Häusern eine Zielformulierung und/oder Leitlinie für den Bereich vor oder ist bereits konkret geplant (82 – 100 %).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass vor allem für das veränderte Patientenaufkommen durch den Klimawandel im Bereich der Nachhaltigkeitsstrategie Weiterentwicklungspotenzial vorhanden ist. So liegt bei der Mehrheit der Häuser (64 %) eine konkrete Planung zur Formulierung von Zielen bzw. Leitlinien bereits vor (Abb. 17).

Abb. 17 Welche der folgenden Handlungsfelder werden in der Nachhaltigkeitsstrategie Ihrer psychiatrischen/ psychosomatischen Einrichtung berücksichtigt?

Liegen für diese Handlungsfelder Zielformulierungen und/oder Leitlinien vor?



STRATEGISCHE MASSNAHMEN UND ERMITTLUNG VON CO₂-EMISSIONEN

Die Umsetzung von strategischen Maßnahmen stellt der erste Schritt zur Konkretisierung der Nachhaltigkeitsstrategie dar.

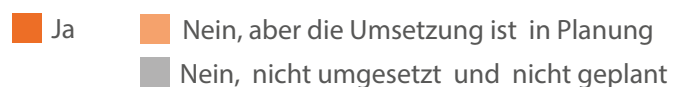
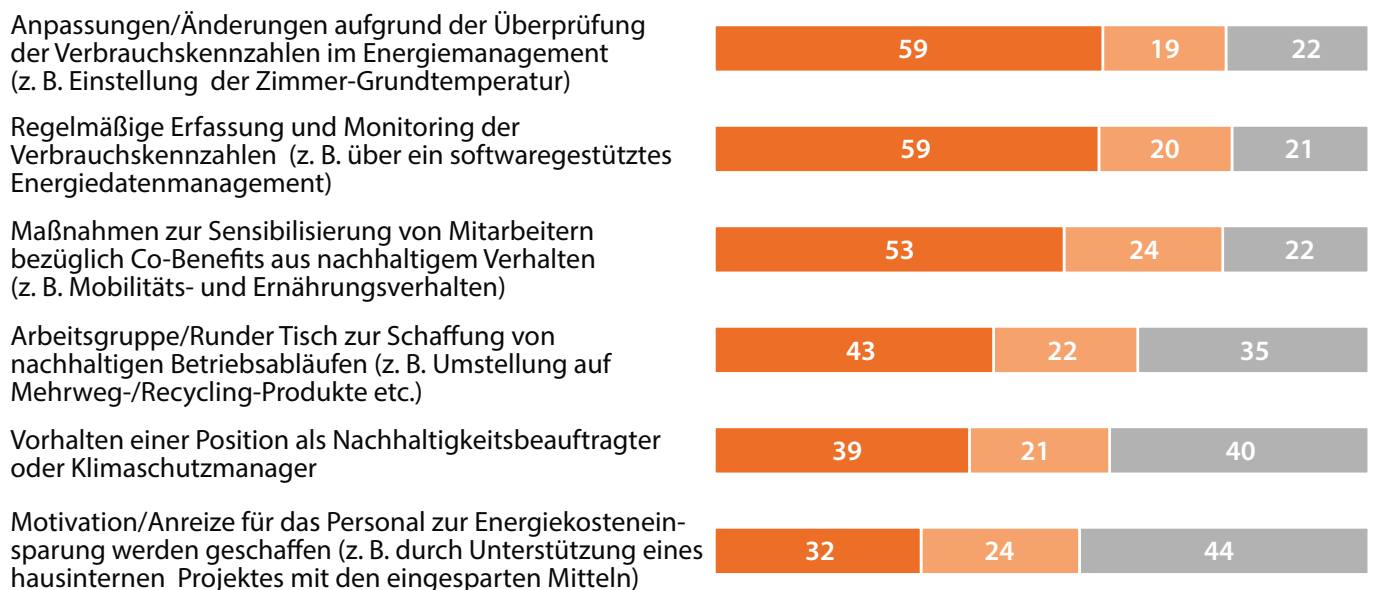
Hierzu gaben 59 % der befragten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen an, eine regelmäßige Erfassung (Monitoring) der Verbrauchskennzahlen (z. B. durch ein softwaregestütztes Energiemanagementsystem) durchzuführen und aufgrund der Überprüfung dieser Verbrauchskennzahlen Anpassungen (z. B. die Einstellung der Zimmer-Grundtemperatur) vorzunehmen. Bei 53 % der befragten Häuser werden ähnlich häufig Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiten-

den bezüglich CO₂-Benefits aus nachhaltigem Verhalten, z. B. zu den gesundheitlichen Vorteilen durch mehr körperliche Bewegung und gesunder Ernährung, umgesetzt (Abb. 18).

Weniger häufig sind strukturelle Maßnahmen umgesetzt oder geplant, wie die Etablierung einer Arbeitsgruppe zur Schaffung von nachhaltigen Betriebsabläufen, das Vorhalten einer Position als Nachhaltigkeitsbeauftragter oder Klimaschutzmanager sowie die Schaffung von Anreizen für das Personal zur Energiekosteneinsparung (Abb. 18).

Abb. 18 Werden die folgenden strategischen Maßnahmen hinsichtlich der Nachhaltigkeit in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung umgesetzt?

Krankenhäuser in %

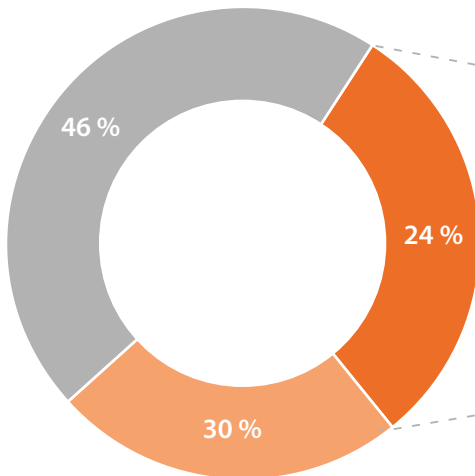


Die konkrete Berechnung der CO₂-Emissionen kann die Grundlage zur Überprüfung von Maßnahmen darstellen. Auf krankenhausesindividueller Ebene werden typischerweise die entsprechenden CO₂-Äquivalente herangezogen. Hierbei werden drei Bereiche berücksichtigt: direkte Emissionen (Scope-1-Emissionen), die aus Quellen stammen, die der Einrichtung gehören, wie Heizsysteme oder Fahrzeugflotte; indirekte Emissionen (Scope-2-Emissionen) aus dem Kauf von Energie, beispielsweise externem Strom oder Erdgas; sowie Scope-3-Emissionen, die aus den vor- und nachgelagerten Lieferketten (Wertschöpfungskette) resultieren (DKI/imug/TK, 2024, Klinikreport Nachhaltigkeit).

Die Befragung der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen ergab, dass 24 % der Häuser ihre CO₂-Emissionen ermitteln. Bei einem Großteil der befragten Einrichtungen (46 %) war dies zum Befragungszeitpunkt noch nicht der Fall, jedoch lag bereits die konkrete Planung zur Ermittlung bei einem weiteren Drittel der Häuser vor. Bei rund 80 % der Fälle werden zur Ermittlung der CO₂-Emissionen die direkten Emissionen der Einrichtung (Scope 1) herangezogen, mit 66,9 % werden weniger häufig die indirekten Emissionen (Scope 2) erfasst und am seltensten werden die Emissionen aus der Wertschöpfungskette (Scope 3) berücksichtigt (Abb. 19).

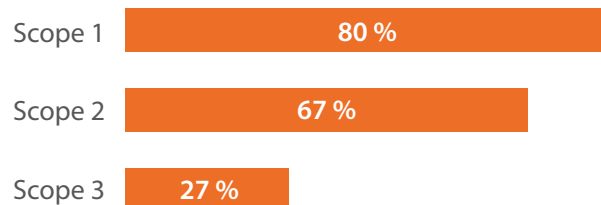
Abb. 19 Ermitteln Sie CO₂-Emissionen (bzw. die CO₂-Äquivalente) in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung?

Krankenhäuser in %



Welche Scopes haben Sie in der Ermittlung Ihrer CO₂-Emissionen berücksichtigt? (Mehrfachnennungen möglich)

Krankenhäuser in %



EINFLUSS VON HITZE AUF DAS BEHANDLUNGSaufKOMMEN

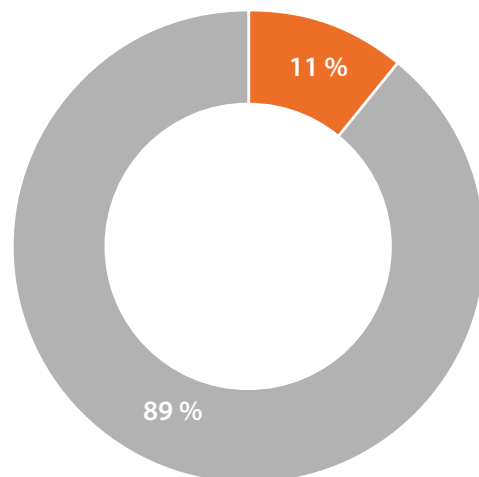
Aus Studien geht hervor, dass Hitzewellen mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen zusammenhängen und ein Anstieg von Angstzuständen und depressiven Symptomen beobachtet wurden (Hansen et al. 2020, Smith et al. 2018). Somit können Hitzewellen nicht nur physische Gesundheitsprobleme verursachen, sondern auch erhebliche Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden haben. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen zur Bewältigung der psychischen Belastungen, die mit Hitzewellen im Zuge des Klimawandels einhergehen.

Im Juli 2023 erhielt die Thematik des Hitzeschutzes auch seitens des Bundesgesundheitsministeriums eine hohe Priorität, was zur Veröffentlichung eines nationalen Hitzeschutzplans führte (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Vor diesem Hintergrund wurden die befragten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen gebeten, ihre Einschätzung zum Behandlungsaufkommen für psychische Störungen abzugeben. 11 % der Häuser gaben an, im Zusammenhang mit Hitzewellen ein verändertes Behandlungsaufkommen zu beobachten, 89 % teilten diese Einschätzung nicht (Abb. 20).

Abb. 20 Haben Sie in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung eine Veränderung im Behandlungsaufkommen von psychischen Störungen im Zusammenhang mit Hitzewellen beobachtet?

Krankenhäuser in %



■ Ja
■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut

89 %

der befragten Einrichtungen beobachteten keinen Zusammenhang zwischen einer Veränderung im Behandlungsaufkommen von psychischen Störungen und Hitzewellen.



Von den Krankenhäusern, die angaben, ein verändertes Behandlungsaufkommen im Zusammenhang mit Hitzewellen zu beobachten, waren 62 % der Meinung, dass ein Anstieg der Fallzahlen von psychischen Störungen vorliegt. 35 % beobachte-

ten einen Anstieg der Behandlungsintensität. Dennoch zeigte sich eine gewisse Unsicherheit in der Einschätzung, sodass ein nennenswerter Anteil der Häuser keine Beurteilung zu einer Veränderung der Fallzahlen (21 %) oder der Behandlungsintensität (31 %) machen konnte (Abb. 21).

Abb. 21 Falls ja, inwiefern haben sich Veränderungen im Behandlungsaufkommen von psychischen Störungen im Zusammenhang mit Hitzewellen gezeigt?

Krankenhäuser in %

Die **Fallzahl** von psychischen Störungen

... ist angestiegen	62
... hat sich reduziert	0,0
... ist gleichgeblieben	17
... kann ich nicht beurteilen	21

Die **Behandlungsintensität** der Patienten ...

35
11
28
31

ANPASSUNGSMASSNAHMEN UND EXTREMWETTEREREIGNISSE

Neben Hitzewellen bedrohen vermehrt und stärker auftretende Extremwetterereignisse die strukturelle und funktionale Integrität von Krankenhäusern. Für solche Ereignisse sollten Notfallpläne bestehen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Dabei hat die Verfügbarkeit wichtiger Ressourcen wie Energie, Arzneimittel, Wasser und Lebensmittel höchste Priorität (WHO, 2021).

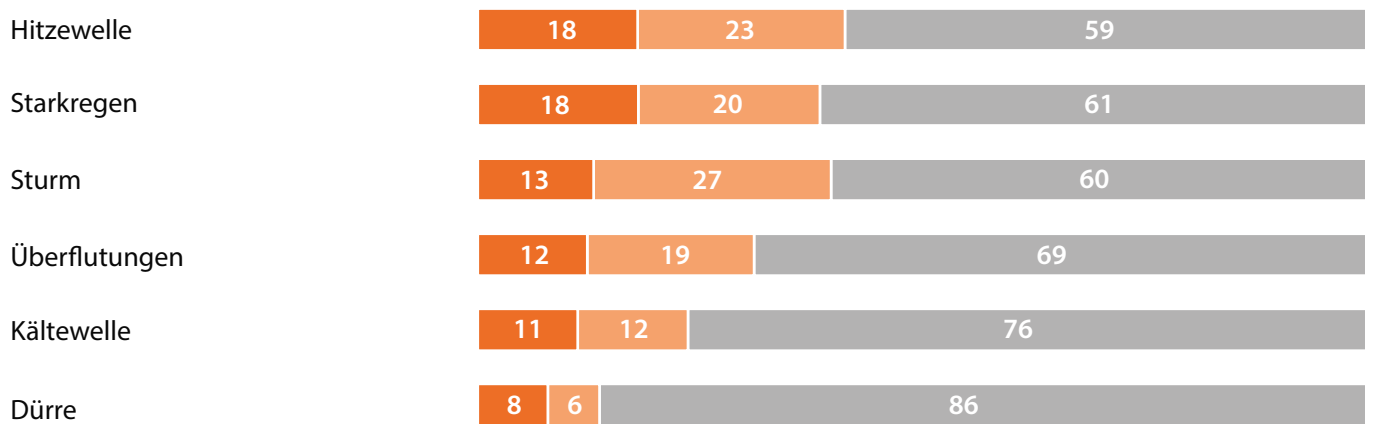
Im Kontext der stationären Versorgung wurden die Krankenhäuser befragt, für welche Extremwetterereignisse Notfallpläne erstellt oder bestehende Pläne an ein erhöhtes Risiko angepasst wurden.

Insgesamt zeigte sich, dass nur ein Anteil der befragten Krankenhäuser Extremwetterereignisse wie Starkregen, Hitzewellen, Überflutungen,

Kältewellen, Dürre oder Sturm in ihren Notfallplänen berücksichtigt. Entsprechend der aktuellen Temperaturentwicklungen durch die globale Erderwärmung besteht bisher am häufigsten ein eigener (18 %) oder angepasster (23 %) Notfallplan für Hitzewellen. Anpassungen im bestehenden Notfallplan wurden am häufigsten für das Sturmrisiko (27 %) durchgeführt (Abb. 22).

Abb. 22 Für welche Extremwetterereignisse hat Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung Notfallpläne erstellt oder bestehende Pläne an ein erhöhtes Risiko durch den Klimawandel angepasst?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Eigener Notfallplan erstellt
 ■ Bestehender Notfallplan angepasst
 ■ Nicht im Notfallplan berücksichtigt

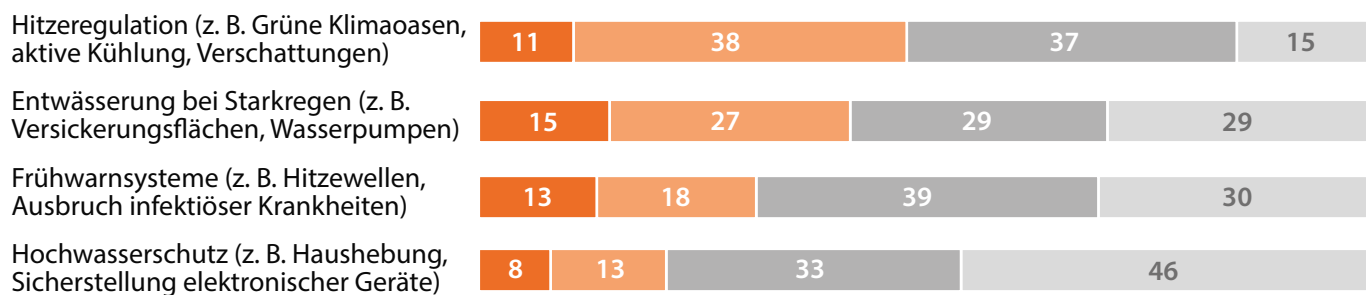
Generell sind Anpassungsmaßnahmen folgen-spezifisch und konzentrieren sich in Deutschland unter anderem auf Klimaeffekte wie Hitzewellen, Fluten und Stürme als Extremwetterereignisse (Umweltbundesamt, 2015).

Die Ergebnisse zu den konkreten Anpassungsmaßnahmen auf mögliche Extremwetterereignisse zeigten ein sehr heterogenes Bild in der strategischen Verfolgung. Insgesamt wurden die abgefragten Maßnahmen bei der Mehrheit der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wenig oder gar nicht verfolgt (Abb. 23 und Abb. 24).

Beim Vergleich der Maßnahmen wurden am häufigsten die Bereiche zur Entwässerung bei Starkregen, z. B. durch Versickerungsflächen oder Wasserpumpen, und zur Hitzeregulation bspw. durch grüne Oasen, aktive Kühlung oder Verschattung verfolgt. Frühwarnsysteme und Hochwasserschutz wurden bei der Mehrheit der befragten Einrichtungen wenig oder gar nicht berücksichtigt (Abb. 23). Ebenso wurde die Sensibilisierung des Personals, der Patienten oder die Anpassung von Kapazitäten für die Gesundheitsfolgen selten berücksichtigt (Abb. 24).

Abb. 23 Wie stark verfolgt Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung die Umsetzung von Anpassungsmaßnahmen in den folgenden Bereichen?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Sehr

Ziemlich

Wenig

Gar nicht



Abb. 24 Wie stark verfolgt Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung die Umsetzung von Anpassungsmaßnahmen in den folgenden Bereichen?

Krankenhäuser in %

Sensibilisierung des Personals zu Gesundheitsfolgen des Klimawandels



Sensibilisierung von Patienten zu Gesundheitsfolgen des Klimawandels



Anpassung der Kapazitäten für die Gesundheitsfolgen des Klimawandels (z. B. Aufstockung von Behandlungsangeboten zur Therapie von aggressivem Verhalten oder erhöhtem Suizidrisiko bei höheren Temperaturen)



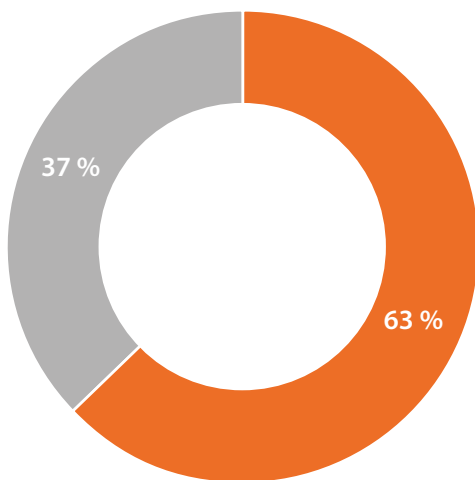
INFORMATION UND INANSPRUCHNAHME VON FÖRDERMITTELPROGRAMMEN

Die Umsetzung von Maßnahmen ist in vielen Fällen von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln abhängig. Vor diesem Hintergrund wurden die Einrichtungen zur Information und der Inanspruchnahme von Fördermittelprogrammen befragt. Insgesamt hatten 63 % der Häuser Kenntnis über Fördermittelprogramme von Bund und Ländern, wie z. B. aus der Nationalen Klimaschutz-

initiative der Bundesregierung. Mehr als ein Drittel der Häuser (37 %) hatte keine Kenntnis über mögliche Förderprogramme (Abb. 25), sodass zum Befragungszeitpunkt bisher erst 20 % der befragten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Fördermittel in Anspruch genommen haben, bei weiteren 12 % waren Anträge zu diesem Zeitpunkt in Bearbeitung (Abb. 26).

Abb. 25 Haben Sie in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung Informationen darüber, dass Fördermittelprogramme für das Thema Klimaschutz und Nachhaltigkeit von Bund und Ländern (wie z. B. aus der Nationalen Klimaschutzinitiative der Bundesregierung) existieren?

Krankenhäuser in %

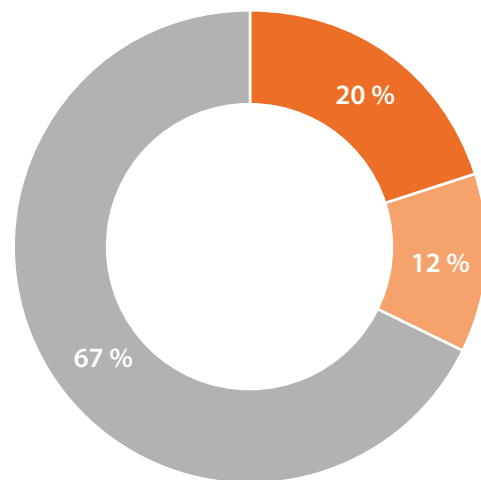


■ Ja, ist uns bekannt
■ Nein, ist uns nicht bekannt

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26 Wurden in der Vergangenheit Fördermittelprogramme zum Thema Klimaschutz und Nachhaltigkeit von Bund und Ländern (wie z. B. aus der Nationalen Klimaschutzinitiative der Bundesregierung) in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung in Anspruch genommen?

Krankenhäuser in %



■ Ja
■ Anträge sind in Bearbeitung
■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut



GENERALISTISCHE PFLEGE- AUSBILDUNG IN DER PSYCHIATRIE

Die Abbrecherquoten sind seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in fast der Hälfte der befragten Psychiatrien gestiegen. Einfluss nehmen hier aus Sicht der Kliniken insbesondere falsche Erwartungen an den Pflegeberuf oder eine fachliche Überforderung in der Ausbildung, die auch in mangelnden schulischen Voraussetzungen begründet liegen können. Die große Mehrheit der Psychiatrien ist proaktiv bemüht, Ausbildungsabbrüche durch vielfältige Maßnahmen zu verringern. Dazu gehören auch Angebote für eine frühzeitige Berufsorientierung, beispielsweise durch Betriebspraktika vor Ausbildungsbeginn.

Mit dem im Jahr 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) wurden die Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einem Berufsbild zusammengefasst. Das PflBG ersetzt dabei das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und das Altenpflegegesetz (AltPflG). Die dreijährige generalistische Ausbildung nach dem PflBG berechtigt zur Pflege von Menschen aller Altersstufen und schließt mit der einheitlichen Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann“ ab. (PflBG)

Die Auszubildenden absolvieren zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistische Ausbildung. Im dritten Jahr besteht die Möglichkeit, die generalistische Ausbildung weiterzuführen oder einen Schwerpunkt im Bereich der Pflege älterer Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu setzen. Auszubildende, die zu Beginn der Ausbildung im Ausbildungsvertrag einen solchen Vertiefungseinsatz vereinbart haben, können durch das Wahlrecht den Abschluss „Gesundheits- oder Kinderkrankenpfleger:in“ oder „Altenpfleger:in“ anstreben. (PflBG)

Die generalistische Pflegeausbildung sieht im letzten Ausbildungsdrittel einen Pflichteinsatz mit einem Umfang von 120 Stunden in der allgemein-, geronto-, kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vor. Die gewählten Schwerpunkte werden bei diesem Praxiseinsatz entsprechend berücksichtigt. Nach § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) muss die Praxisanleitung geplant und strukturiert stattfinden und mindestens 10 % der zu leistenden Einsatzzeit betragen. Demzufolge sind bei dem Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung 12 Stunden für die didaktisch geplante Anleitung vorgesehen. (PflAPrV)

Im Psychiatrie Barometer wurden die Krankenhäuser nach dem Umsetzungsstand und den Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung im Kontext der psychiatrischen Versorgung befragt. Die akademische Qualifizierung war nicht Bestandteil der Befragung.

STAND DER PRAKTISCHEN AUSBILDUNG IN DER GENERALISTIK

Der Träger der praktischen Ausbildung ist verantwortlich für die Durchführung der praktischen Ausbildung einschließlich ihrer Organisation und schließt mit der oder dem Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag. (§ 8 Absatz 1 PflBG) Er hat über Vereinbarungen mit den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen zu gewährleisten, dass die vorgeschriebenen Einsätze der praktischen Ausbildung in den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden können und die Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplans zeitlich und sachlich gegliedert so durch-

geführt werden kann, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann. (§ 8 Absatz 3 PflBG)

Träger der praktischen Ausbildung können ausschließlich Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 PflBG sein, die selbst eine Pflegeschule betreiben oder die mit mindestens einer Pflegeschule einen Vertrag über die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts geschlossen haben. (§ 8 Absatz 2 PflBG)

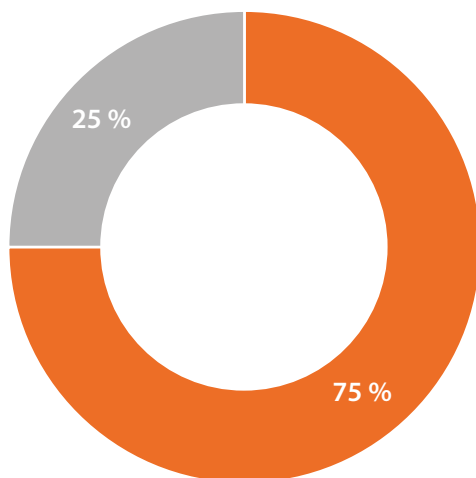
Kooperierende Einrichtungen sind jene Einrichtungen, die sich an der praktischen Ausbildung auf Grundlage entsprechender Kooperationsverträge beteiligen. Die praktische Ausbildung gliedert sich dabei in Pflichteinsätze, einen Vertiefungseinsatz sowie weitere Einsätze. Die Praxis-einsätze werden gemäß § 7 PflBG in zugelassenen Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt. (§§ 6 Abs.3, 6 Abs. 4 und 8 Abs. 3. PflBG)

Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie zum Befragungszeitpunkt Träger der praktischen Ausbildung und/oder kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung nach dem PflBG sind. Drei Viertel der Kliniken aus der Stichprobe waren Träger der Ausbildung (Abb. 27). Kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung waren knapp zwei Drittel (65 %) der Kliniken. Zwischen den Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien wurden keine Unterschiede ermittelt.

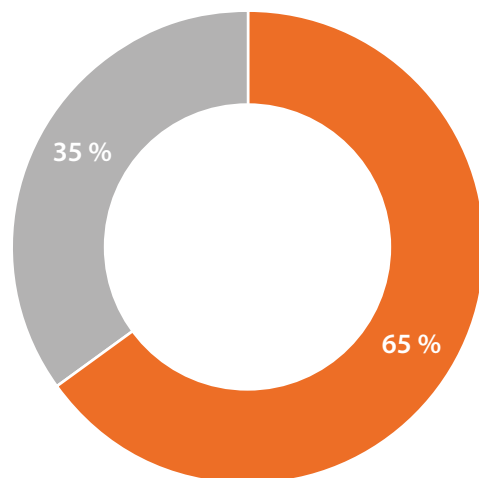
Abb. 27 Ist Ihre Einrichtung ...

Krankenhäuser in %

... Träger der praktischen Ausbildung gemäß des Pflegeberufgesetzes (PflBG)?



... kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung gemäß PflBG?





Im Rahmen von Kooperationen arbeiten die Träger bzw. kooperierenden Einrichtungen der praktischen Pflegeausbildung gemäß PflBG mit 4,6 Pflegeschulen zusammen und betreuen dabei im Durchschnitt 75 Auszubildende pro Jahr (Tab. 1).

Die Einrichtungspsychiatrien betreuen mit durchschnittlich 80 Auszubildenden pro Jahr etwas mehr Auszubildende als die Abteilungspsychiatrien (69 Auszubildende pro Jahr).

Tab. 1	Anzahl kooperierende Pflegeschulen (5 % getrimmter Mittelwert)	Anzahl betreute Auszubildende (5 % getrimmter Mittelwert)
Psychiatrien gesamt	4,6	75
Abteilungspsychiatrien	3,8	69
Einrichtungspsychiatrien	5,5	80

BETRIEB EIGENER PFLEGESCHULEN

Die Aufgaben des Trägers der praktischen Ausbildung können von einer Pflegeschule wahrgenommen werden, wenn Trägeridentität besteht oder soweit der Träger der praktischen Ausbildung die Wahrnehmung der Aufgaben durch Vereinbarung auf die Pflegeschule übertragen hat. Die Pflegeschule kann in diesem Rahmen auch zum Abschluss des Ausbildungsvertrages für den Träger der praktischen Ausbildung bevollmächtigt werden. (§ 8 Absatz 4 PflBG)

Die Pflegeschule trägt die Gesamtverantwortung für die Koordination des Unterrichts mit der praktischen Ausbildung (§ 10 PflBG). Darüber hinaus müssen die Ausbildungsstätten die in § 9 PflBG festgeschriebenen Mindestanforderungen erfüllen, wie z. B. eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbil-

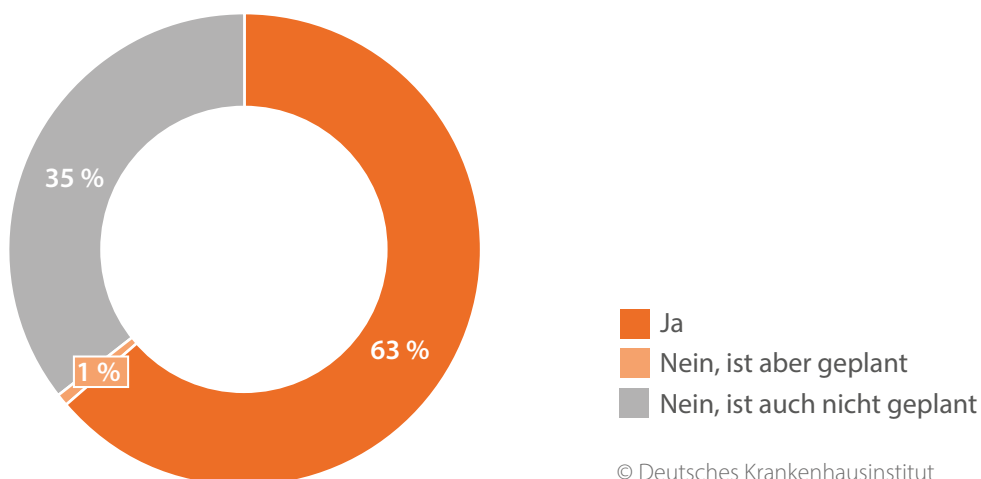
dungsplätze angemessene Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte.

Die Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung nach dem PflBG waren, wurden daher gefragt, ob sie eine eigene Pflegeschule betreiben oder dies in Zukunft planen. Demnach leiten fast zwei Drittel der Träger der praktischen Ausbildung (63 %) auch eine eigene Pflegeschule (Abb. 28). 1 % der Kliniken hat die Absicht, in Zukunft eine eigene Ausbildungsstätte für Pflegeberufe zu betreiben. Die übrigen Kliniken verfügten zum Befragungszeitpunkt weder über eine eigene Pflegeschule, noch hatten sie Pläne, dies in Zukunft zu ändern.

Unter den befragten Einrichtungspsychiatrien haben 56 % eine eigene Pflegeschule, während 70 % der Abteilungspsychiatrien über eine eigene Pflegeschule verfügen (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 28 Betreibt Ihre Einrichtung als Träger der praktischen Ausbildung gemäß des PflBG eine eigene Pflegeschule?

Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

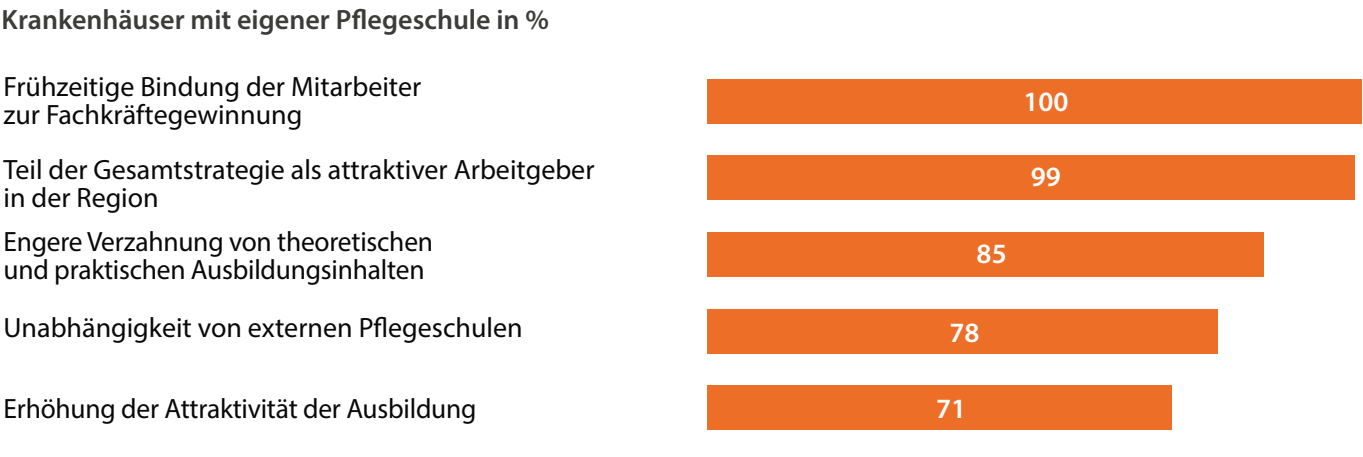
Den Hauptgrund für den Betrieb einer eigenen Pflegeschule sahen die Häuser in der frühzeitigen Bindung der Mitarbeiter zur Fachkräftegewin-

nung (100 %). Außerdem waren sich fast alle befragten Kliniken einig, dass der Betrieb einer Pflegeschule zu ihrer Gesamtstrategie eines

attraktiven Arbeitgebers in der Region gehört (99 %) (Abb. 29). Zum überwiegenden Teil begründeten die Kliniken den Betrieb einer eigenen Pflegeschule ebenso mit der engeren Verzahnung von

theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten (85 %), gefolgt von der Unabhängigkeit von externen Pflegeschulen (78 %) und der Erhöhung der Attraktivität der Ausbildung (71 %).

Abb. 29 Aus welchem Grund/welchen Gründen betreibt Ihre Einrichtung eine eigene Pflegeschule?



© Deutsches Krankenhausinstitut

Die Träger der praktischen Ausbildung mit eigener Pflegeschule hielten im Durchschnitt 172,6 Ausbildungsplätze (alle Jahrgänge) für die generalistische Pflegeausbildung vor, wovon 135,2 Ausbildungsplätze zum Befragungszeitpunkt besetzt waren (Tab. 2). Die Ausbildungskapazitäten wurden damit in den Pflegeschulen zu 78 % aus-

geschöpft. Im Mittel waren 37,4 der Ausbildungsplätze (22 %) nicht besetzt.

Die Ausbildungskapazitäten der Einrichtungspychiatrien waren mit 155,9 vorgehaltenen Plätzen geringer als die der Abteilungspsychiatrien (189,4 Ausbildungsplätze). Der Anteil der besetzten Plätze belief sich jedoch auf einem ähnlichen Niveau.

Tab. 2	Anzahl Ausbildungsplätze insgesamt (5 % getrimmter Mittelwert)	Anzahl Ausbildungsplätze besetzt (5 % getrimmter Mittelwert)	Anteil Ausbildungsplätze besetzt
Psychiatrien gesamt	172,6	135,2	78 %
Abteilungspsychiatrien	135,2	144,4	76 %
Einrichtungspychiatrien	78 %	125,1	80 %

DERZEITIGE UND ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DER AUSBILDUNG

Die Einrichtungen sollten angeben, wie sich verschiedene Aspekte seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem PflBG im Vergleich zur Ausbildung nach dem KrPflG entwickelt haben. In über der Hälfte der befragten Psychiatrien (57 %) ist die Anzahl der Bewerber:innen für die Ausbildung gesunken, in 29 % sogar deutlich (Abb. 30). Gestiegen ist die Bewerberzahl dagegen nur in 11 % der Einrichtungen. Die Anzahl der Auszubildenden hat sich ähnlich

entwickelt. In knapp der Hälfte der Häuser (47 %) ist sie gesunken. Einen Anstieg an Auszubildenden meldeten nur 18 % der Psychiatrien.

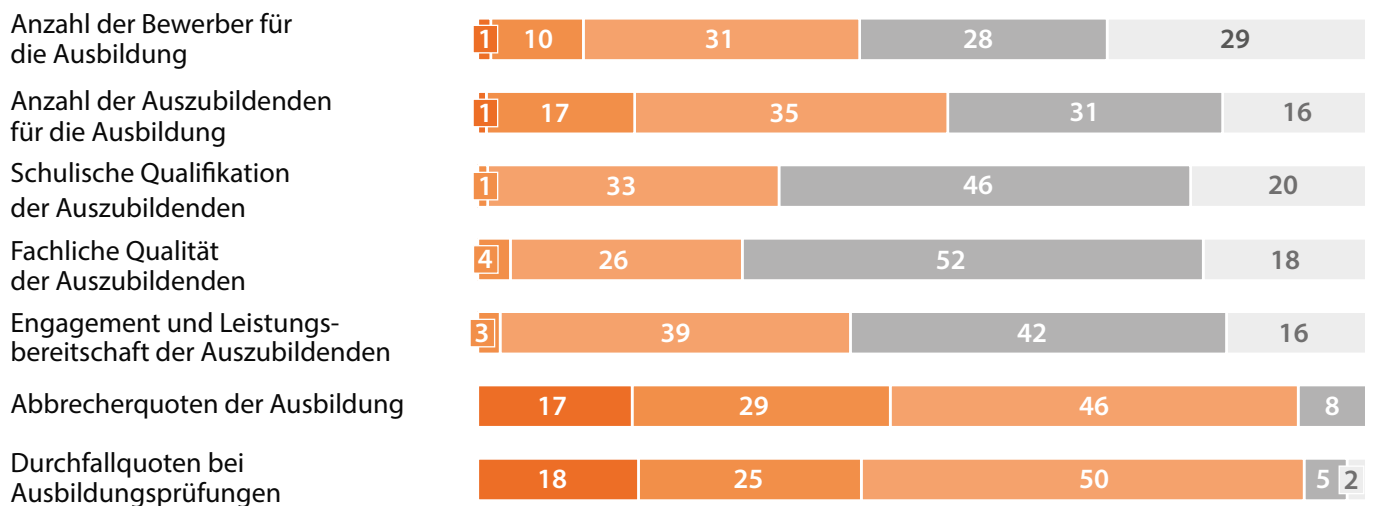
Die fachliche Qualität der Auszubildenden ist den befragten Einrichtungen zufolge in 70 % der Einrichtungen gesunken. In zwei Drittel der Psychiatrien hat die schulische Qualifikation nachgelassen. Das Engagement und die Leistungsbereitschaft sind in 58 % der Häuser gesunken. Nur sehr wenige Einrich-

tungen haben Verbesserungen wahrgenommen.

In jeweils rund der Hälfte der Einrichtungen haben sich die Abbrecher- und Durchfallquoten mit Einführung der Generalistik nicht verändert. In 29 % der Psychiatrien sind die Abbrecherquoten leicht und in 17 % sogar deutlich gestiegen. Eine ähnliche Entwicklung gab es auch in Bezug auf die Durchfallquoten bei Ausbildungsprüfungen.

Abb. 30 Bitte geben Sie für Ihr Haus an, wie sich die folgenden Aspekte seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz im Vergleich zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) entwickelt haben

Krankenhäuser in %



Für die nächsten 3 Jahre fallen die Einschätzungen noch deutlich pessimistischer aus. Die meisten Kliniken gehen davon aus, dass sowohl die Anzahl der Fachkräfte, der Bewerbungen als auch Auszubildenden den Bedarf nicht decken können (77 bis 86 %). Die größte Unterdeckung erwarten

die befragten Häuser bei den ausgebildeten Fachkräften (Abb. 31). Kaum eine Psychiatrie geht davon aus, dass die Anzahl an Fachkräften, Bewerbern oder Auszubildenden höher sein wird als der Bedarf (1 bis 4 %).

Abb. 31 Bitte schätzen Sie ein, wie sich die Situation in den folgenden Gruppen in Ihrem Haus in den nächsten 3 Jahren entwickeln wird.

Krankenhäuser in %

Anzahl der Bewerber für die Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann insgesamt



Anzahl der Auszubildenden zur/zum Pflegefachfrau/-mann insgesamt



Anzahl Fachkräfte Pflegefachfrau/-mann insgesamt



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Höher als der Bedarf
 ■ Deckt den Bedarf ab
 ■ Geringer als der Bedarf

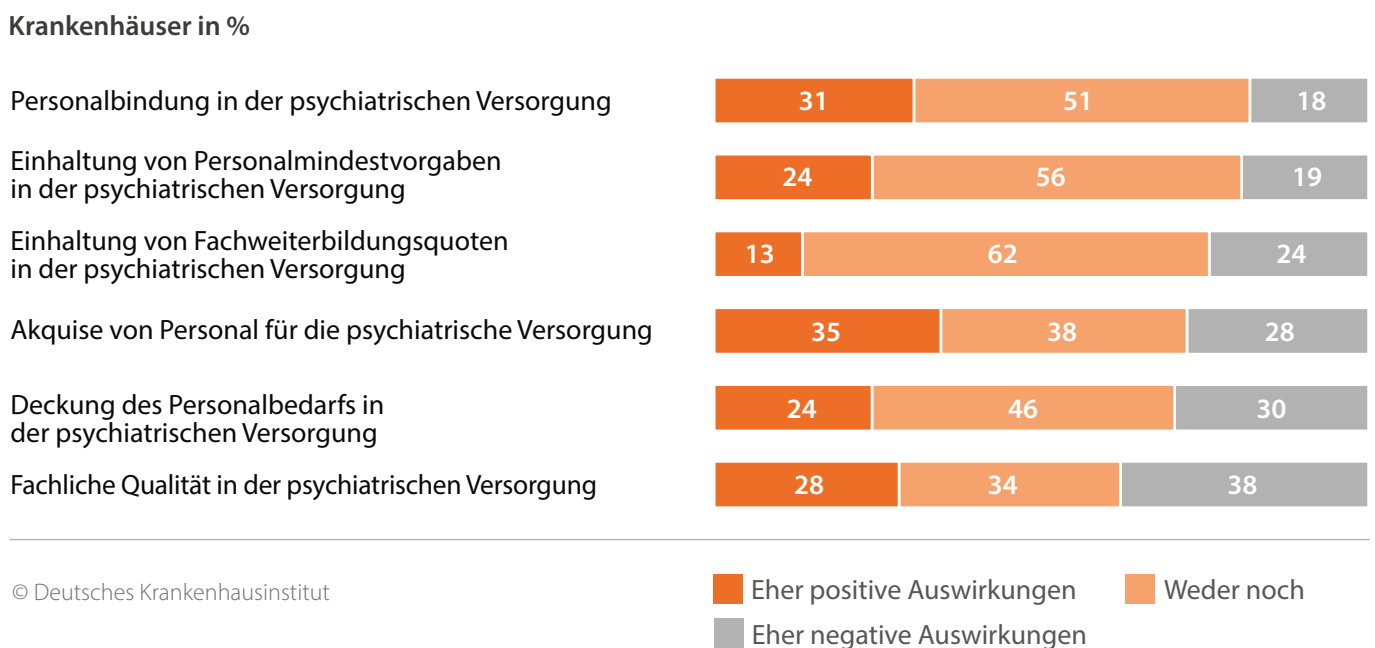
Die Psychiatrien sehen die Entwicklungen in den nächsten 3 Jahren kritisch. Die Anzahl der Auszubildenden und Pflegefachkräfte werden den Bedarf voraussichtlich nicht decken können.

AUSWIRKUNGEN DER GENERALISTIK AUF DIE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die Kliniken sollten einschätzen, wie sich die generalistische Pflegeausbildung auf verschiedene Aspekte speziell in der psychiatrischen Versorgung ausgewirkt hat. Die Bewertungen der befragten Einrichtungen waren dabei zum Teil sehr ambivalent. Insbesondere hinsichtlich der fachlichen Qualität, der Personalbedarfsdeckung und der Personalakquise waren die Häuser geteilter Meinung (Abb. 32). 35 % der Psychiatrien haben immerhin eher positive Auswirkungen auf die Personalakquise wahrgenommen. Jedoch waren auch 38 % der Auffassung, dass sich die generalistische Pflegeausbildung eher negativ auf die fachliche Qualität in der psychiatrischen Versorgung auswirkt.

Keine wesentlichen Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung durch die Einführung der Generalistik sah die Mehrheit der Häuser im Hinblick auf die Personalbindung (51 %), die Einhaltung von Personalmindestvorgaben (56 %) und die Fachweiterbildungsquoten (62 %). Knapp ein Drittel der Kliniken (31 %) hat positive Auswirkungen in Bezug auf die Personalbindung in der psychiatrischen Versorgung wahrgenommen. Allerdings fand auch knapp ein Viertel der Psychiatrien (24 %), dass sich die generalistische Pflegeausbildung negativ auf die Einhaltung von Fachweiterbildungsquoten auswirkt.

Abb. 32 Wie bewerten Sie insgesamt die Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung mit Blick auf die psychiatrische Versorgung?





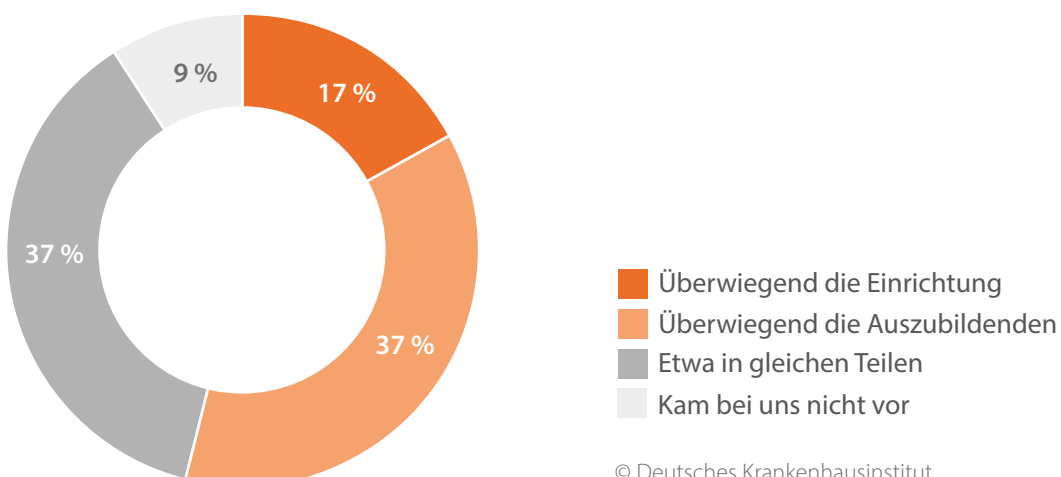
GRÜNDE FÜR AUSBILDUNGSABBRÜCHE

Zunächst sollten die Befragten angeben, wer seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung die Ausbildungsverträge in der Regel beendet bzw. gekündigt hat. In 37 % der Häuser wurden die Ausbildungsverträge überwiegend durch die Auszubildenden selbst gekündigt (Abb. 33). In weiteren 37 % beendeten die Einrich-

tungen und die Auszubildenden zu gleichen Teilen bestehende Ausbildungsverhältnisse. 17 % der Kliniken beendeten zum überwiegenden Teil selbst die Ausbildungsverträge. In 9 % der Psychiatrien wurden seit Einführung der Generalistik keine Ausbildungsverträge gekündigt.

Abb. 33 Wer hat seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung die Ausbildungsverträge in Ihrem Haus in der Regel beendet bzw. gekündigt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

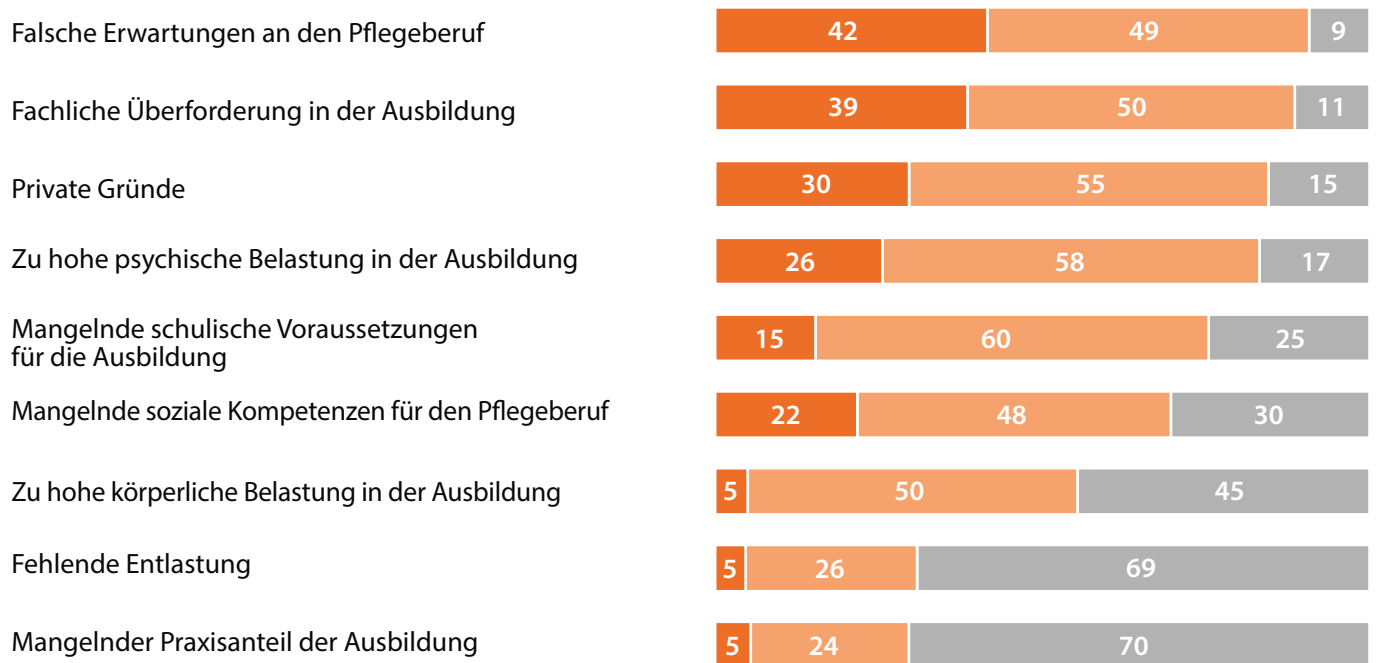
Weiterhin wurden die Einrichtungen nach den Gründen für die Ausbildungsabbrüche seitens der Auszubildenden gefragt. Am häufigsten sahen die Kliniken hierbei falsche Erwartungen an den Pflegeberuf als ursächlich an, wobei 42 % der Häuser dies (sehr) oft und 49 % der Kliniken manchmal als Grund einschätzten (Abb. 34). Der zweit- bzw. dritthäufigste Grund für den Abbruch waren eine fachliche Überforderung in der Ausbil-

dung bzw. private Gründe, wie z. B. ein Wohnortwechsel oder eine Schwangerschaft.

Vergleichsweise selten sahen die Kliniken dagegen einen mangelnden Praxisanteil in der Ausbildung und eine fehlende Entlastung, z. B. durch kollegiale Beratung (69 %), als Gründe für den Abbruch der Ausbildungen an.

Abb. 34 Wie oft sind nach Ihrer Erfahrung bzw. den Rückmeldungen der Auszubildenden die folgenden Aspekte Gründe für den Abbruch der Ausbildung?

Krankenhäuser mit Ausbildungsabbrechern in %



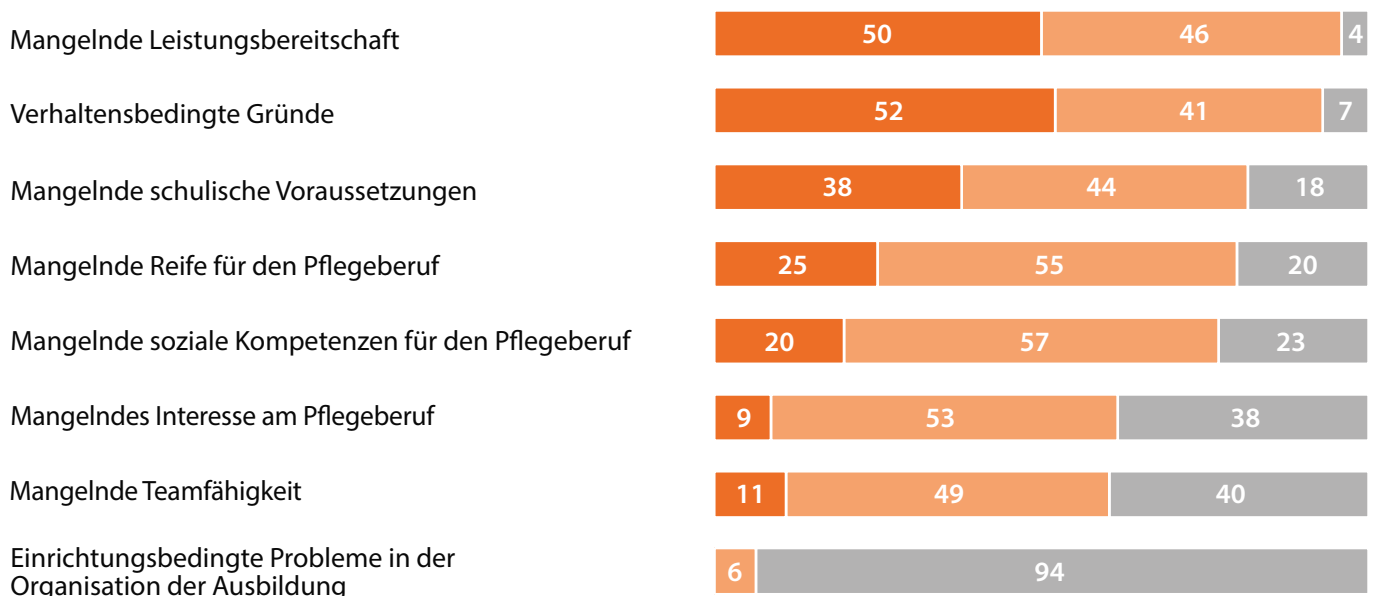
Ursächlich für die Kündigung von Ausbildungsverträgen seitens der Psychiatrien sind vor allem eine mangelnde Leistungsbereitschaft und verhaltensbedingte Gründe.

Falls Ausbildungsverträge seitens der Einrichtungen gekündigt wurden, waren (sehr) oft verhaltensbedingte Gründe (52 %) und eine mangelnde Leistungsbereitschaft (50 %) hierfür ursächlich (Abb. 35). Weniger häufig wurden Ausbildungsverhältnisse aufgrund von mangelnden schulischen Voraussetzungen, mangelnder Reife und mangelnder sozialer Kompetenzen für den Pflegeberuf beendet.

Selten bzw. nie wurden die Ausbildungsverträge seitens der Psychiatrien aufgrund von mangelndem Interesse am Pflegeberuf (38 %) und mangelnder Teamfähigkeit (40 %) gekündigt. Einrichtungsbedingte Probleme in der Organisation der Ausbildung durch die Umstellung auf die generalistische Pflegeausbildung waren in kaum einer Einrichtung ein Grund, Ausbildungsverträge zu kündigen.

Abb. 35 Wie oft sind die folgenden Aspekte Gründe für die Kündigung der Ausbildungsverträge seitens der Einrichtung?

Krankenhäuser mit Kündigung von Ausbildungsverträgen seitens der Einrichtung in %



MASSNAHMEN ZUR VERRINGERUNG VON AUSBILDUNGSABBRÜCHEN

Insgesamt ist die große Mehrheit der Psychiatrien proaktiv bemüht, die Abbruchquoten in ihrer Einrichtung durch entsprechende Maßnahmen zu verringern. In fast jeder Psychiatrie werden regelmäßig Feedbackgespräche durchgeführt (97 %) und Onboarding-Maßnahmen bei Ausbildungsbeginn ergriffen (92 %), um Ausbildungsabbrüche abzuwenden (Abb. 36).

Darüber hinaus werden in den meisten Kliniken individuelle Ansprechpartner während des gesamten Ausbildungszeitraums bereitgestellt (86 %), frühzeitige Berufsorientierungen durch Betriebspraktika vor Ausbildungsbeginn ermög-

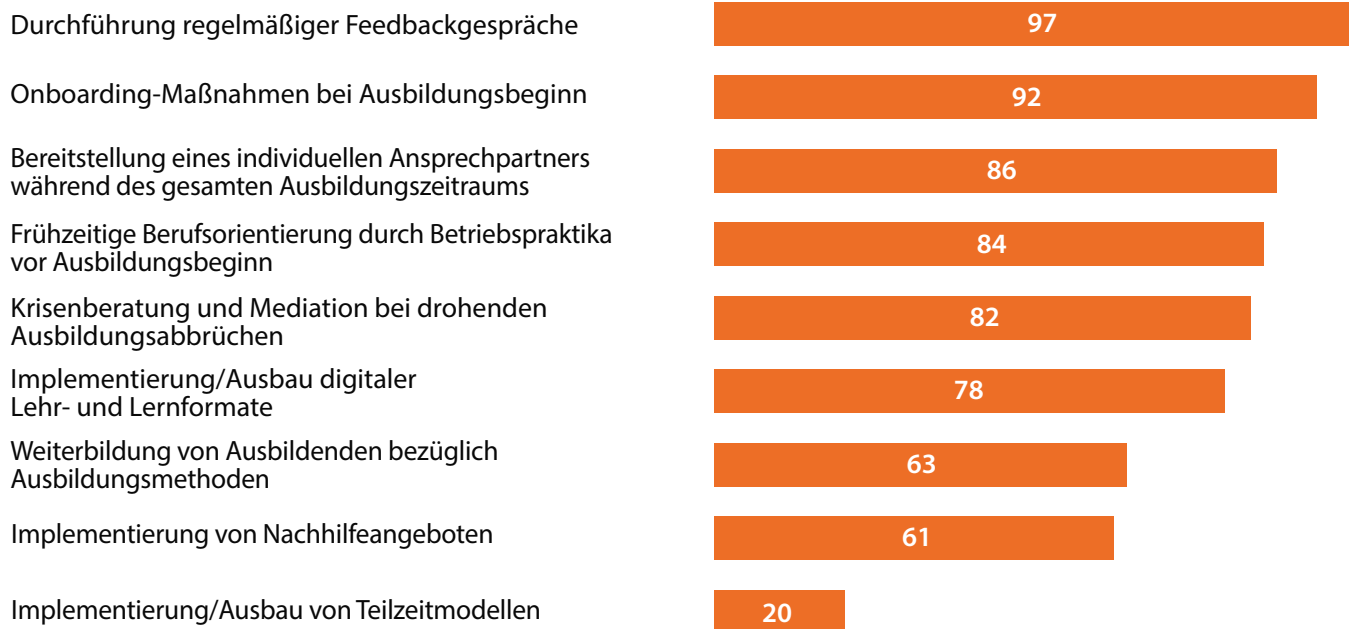
licht (84 %), Krisenberatungen und Mediationen bei drohenden Ausbildungsabbrüchen durchgeführt (82 %) und digitale Lehr- und Lernformate implementiert bzw. ausgebaut (78 %).

Knapp zwei Drittel der Krankenhäuser bilden ihre Auszubildenden bezüglich der Ausbildungsmethoden weiter (63 %) oder haben Nachhilfeangebote für die Auszubildenden implementiert (61 %), um die Abbruchquoten zu verringern.

Immerhin in jeder 5. Einrichtung (20 %) werden Teilzeitmodelle implementiert bzw. ausgebaut, um Ausbildungsabbrüche abzuwenden.

Abb. 36 Welche Maßnahmen werden zur Verringerung der Abbrecherquoten in Ihrer Einrichtung bereits umgesetzt?

Krankenhäuser in %



Die Kliniken schätzten alle umgesetzten Maßnahmen zur Verringerung von Abbruchquoten in ihrer Einrichtung zum überwiegenden Teil als erfolgreich ein. Die am erfolgreichsten umgesetzte Maßnahme war die Bereitstellung eines individuellen Ansprechpartners während des gesamten Ausbildungszeitraums. 69 % der Häuser attestierten dieser Maßnahme sehr großen Erfolg. Keine Klinik zweifelte den Erfolg dieser Maßnahme an (Abb. 37).

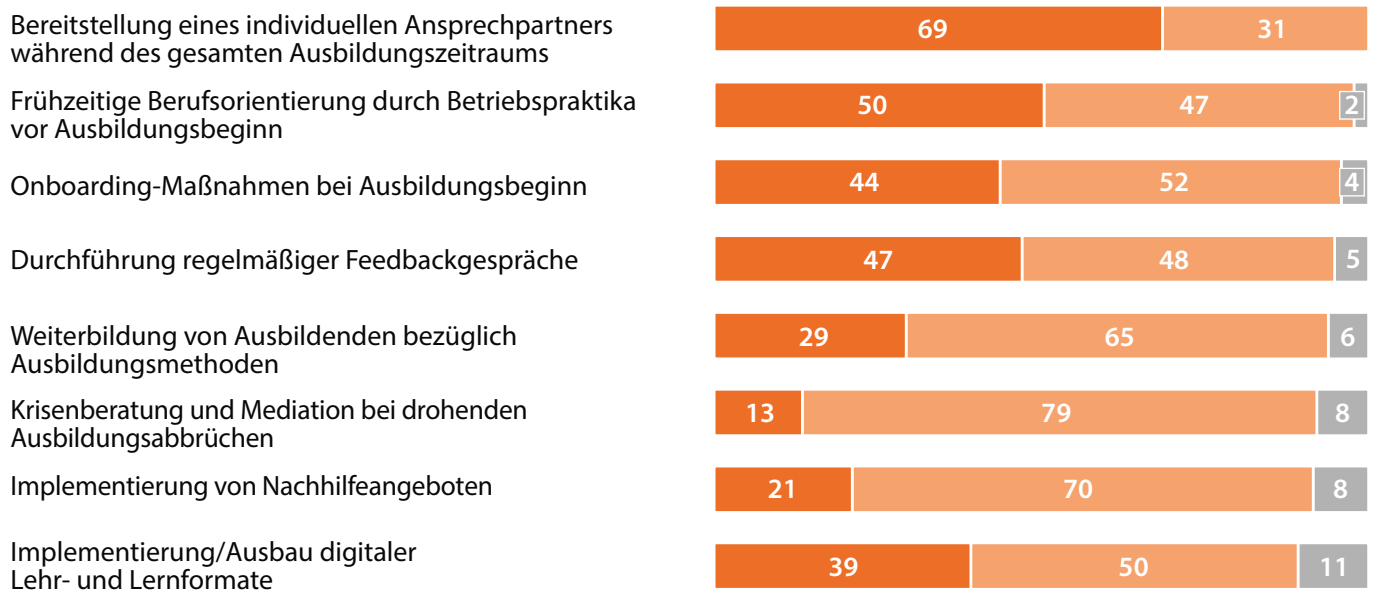
In weiten Teilen ebenfalls sehr erfolgreich waren die frühzeitige Berufsorientierung durch Betriebs-

praktika vor Ausbildungsbeginn (50 %), die Durchführung regelmäßiger Feedbackgespräche (47 %) und Onboarding-Maßnahmen bei Ausbildungsbeginn (44 %).

Überwiegend nur etwas erfolgreich waren Krisenberatungen und Mediationen bei drohenden Ausbildungsabbrüchen (79 %), die Implementierung von Nachhilfeangeboten (70 %), die Weiterbildung von Auszubildenden bezüglich der Ausbildungsmethoden (65 %) sowie die Implementierung bzw. der Ausbau digitaler Lehr- und Lernformate (50 %).

Abb. 37 Wie erfolgreich waren/sind die Maßnahmen zur Verringerung von Abbrecherquoten?

Krankenhäuser mit umgesetzten Maßnahmen in %



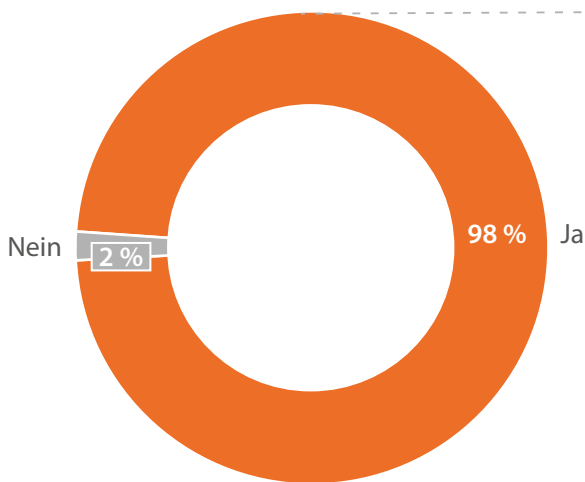
AUSBILDUNGSANFÄNGER

Die Voraussetzungen für den Zugang zu der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann sind in § 11 PflBG definiert. Sie bestehen in einem mittleren Schulabschluss oder gleichwertig anerkannten Abschluss oder dem erfolgreichen Abschluss einer sonstigen zehnjährigen Schulbildung. Auch mit einem Hauptschulabschluss ist die Aufnahme einer generalistischen Pflegeausbildung möglich, wenn zusätzliche Kriterien, wie z. B. der Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer, erfüllt sind. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser nach dem Anteil der direkten Schulabgänger unter den Auszubildenden gefragt.

Fast alle Einrichtungen (98 %) hatten zum Befragungszeitpunkt Auszubildende, die die generalistische Pflegeausbildung unmittelbar nach dem Schulabschluss begonnen haben (Abb. 38). In knapp zwei Dritteln der Kliniken (64 %) machten die Schulabgänger mit einem Anteil von 61 % oder mehr den Großteil der Auszubildenden aus. In rund einem Viertel der Häuser (26 %) lag der Anteil der Auszubildenden, die die generalistische Pflegeausbildung unmittelbar nach dem Schulabschluss begonnen haben, zwischen 41 und 60 %. Nur in 9 % der befragten Häuser betrug er 40 % oder weniger.

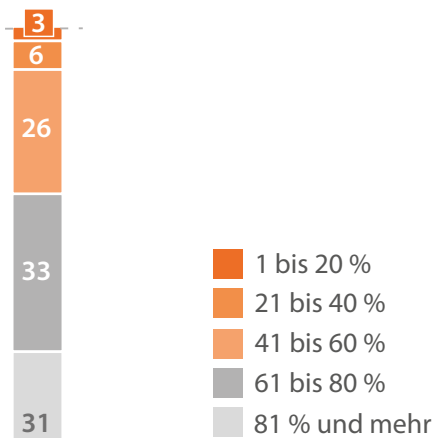
Abb. 38 Einrichtungen mit Auszubildenden, die die generalistische Pflegeausbildung unmittelbar nach dem Schulabschluss beginnen

Krankenhäuser in %



Wie hoch ist der Anteil der Auszubildenden, die die generalistische Pflegeausbildung unmittelbar nach dem Schulabschluss beginnen?

Krankenhäuser in %



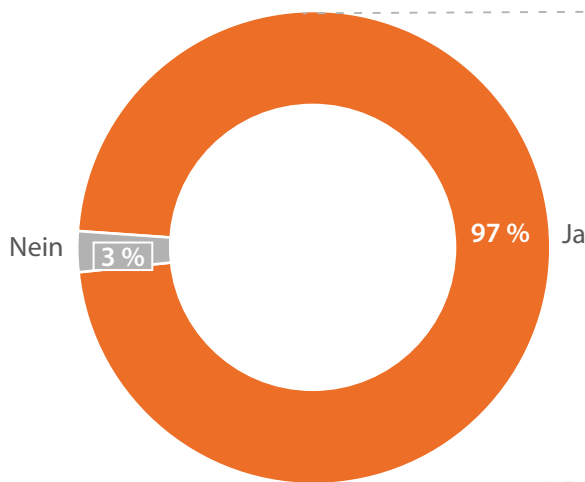
© Deutsches Krankenhausinstitut

In 97 % der befragten Psychiatrien waren zudem Auszubildende tätig, die vor dem Beginn der generalistischen Pflegeausbildung ein Praktikum im somatischen Bereich eines Krankenhauses absolviert haben (Abb. 39). In knapp der Hälfte dieser Einrichtungen (49 %) betrug dieser Anteil

bis zu 40 %. In etwa jeder 5. Klinik haben zwischen 41 und 60 % der Auszubildenden vor Ausbildungsbeginn ein Praktikum im Krankenhaus absolviert. In etwa jeder dritten Einrichtung waren es sogar 61 % oder mehr.

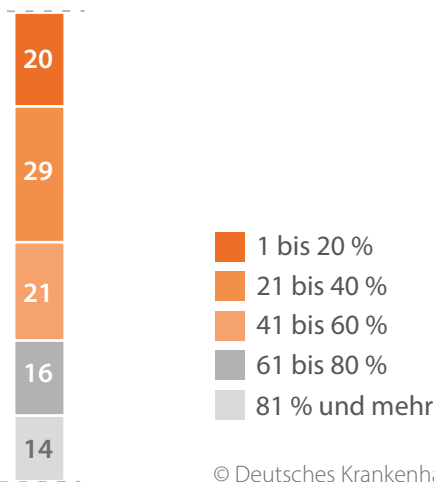
Abb. 39 Einrichtungen mit Auszubildenden, die vor Ausbildungsbeginn ein Praktikum in einem Krankenhaus absolviert haben

Krankenhäuser in %



Wie hoch ist der Anteil der Auszubildenden, die vor Ausbildungsbeginn ein Praktikum in einem Krankenhaus absolviert haben?

Krankenhäuser in %



In fast allen Psychiatrien gab es zum Befragungszeitpunkt Auszubildende, die die generalistische Pflegeausbildung unmittelbar nach dem Schulabschluss begonnen oder vor Ausbildungsbeginn ein Praktikum in einem Krankenhaus absolviert haben. In knapp zwei Dritteln der Kliniken machten die Schulabgänger den Großteil der Auszubildenden aus.

Die generalistische Pflegeausbildung stößt auch in der Altersgruppe der über 30-Jährigen und bei Quereinsteigern auf Interesse. In 82 % der Einrichtungen waren Auszubildende über 30 Jahren tätig und in 87 % der Kliniken gab es Quereinsteiger unter den Auszubildenden.

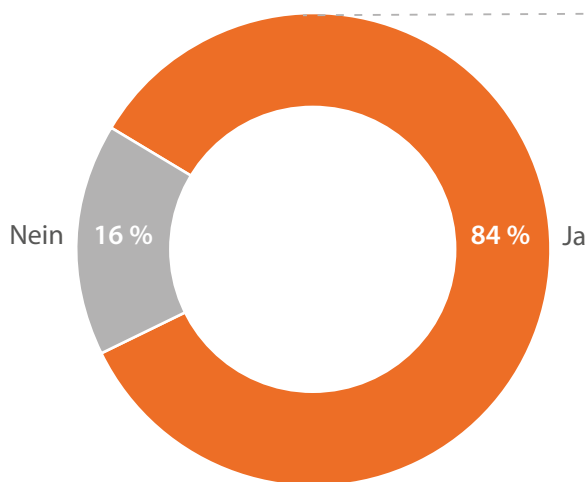
AUSZUBILDENDE ÜBER 30 JAHRE UND QUEREINSTEIGER

Ein weiteres Ziel der Befragung bestand darin zu ermitteln, ob die generalistische Pflegeausbildung auch in der Altersgruppe der über 30-Jährigen und bei Quereinsteigern auf Interesse stößt.

Auszubildende im Alter von über 30 Jahren waren zum Befragungszeitpunkt in 84 % der Krankenhäuser tätig (Abb. 40). In einem Großteil der Kliniken (82 %) lag der Anteil der über 30-Jährigen unter den Auszubildenden zwischen 1 und 20 %. Nur in knapp jedem 5. Haus (18 %) waren 21 % oder mehr der Auszubildenden über 30 Jahre alt.

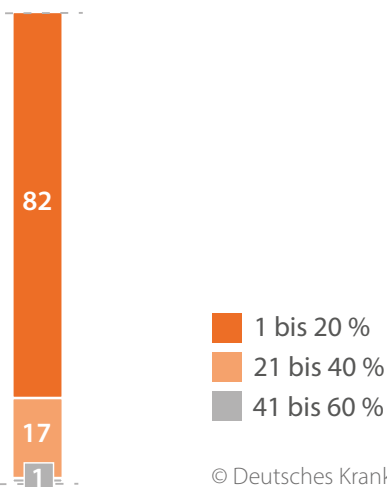
Abb. 40 Einrichtungen mit Auszubildenden im Alter von über 30 Jahren

Krankenhäuser in %



Wie hoch ist der Anteil der Auszubildenden im Alter von über 30 Jahren?

Krankenhäuser in %



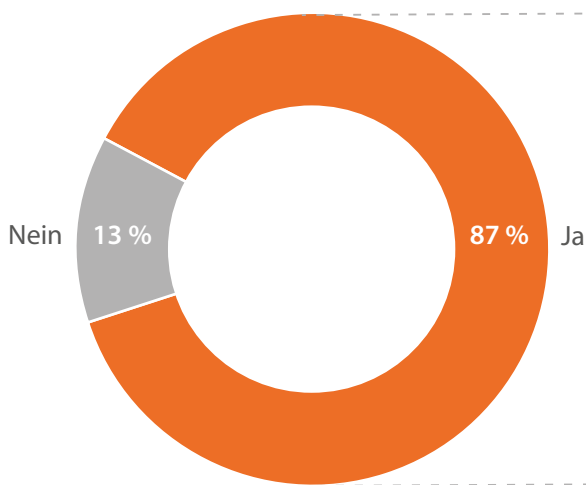
© Deutsches Krankenhausinstitut

Als Quereinsteiger werden Personen bezeichnet, die aus einer fremden Branche in ein neues Betätigungsfeld wechseln (Vgl. Knecht 2014, S. 5). Quereinsteiger unter den Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung gab es in 87 %

der befragten Einrichtungen (Abb. 41). In einem Großteil der Häuser betrug der Anteil der Quereinsteiger 1 bis 20 %. Nur in wenigen Kliniken war er höher.

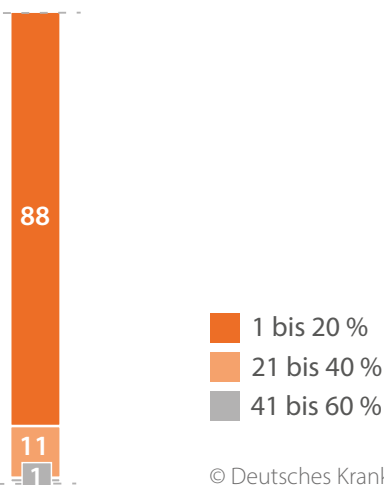
Abb. 41 Einrichtungen mit Quereinsteigern unter den Auszubildenden

Krankenhäuser in %



Wie hoch ist der Anteil der Quereinsteiger unter den Auszubildenden?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

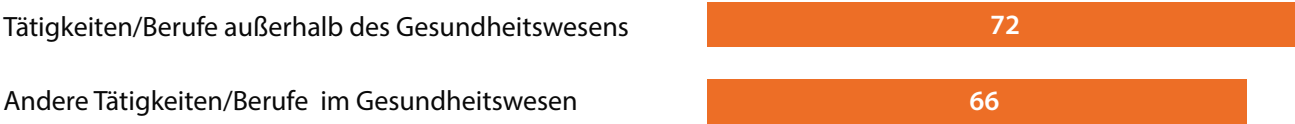


Krankenhäuser, die Quereinsteiger unter den Auszubildenden hatten, wurden zudem gefragt, in welchen Branchen bzw. Berufen diese vor Beginn der generalistischen Pflegeausbildung tätig waren. In 66 % der Krankenhäuser waren Quereinsteiger unter den Auszubildenden,

die bereits im Gesundheitswesen tätig waren (Abb. 42). Quereinsteiger, die vor Ausbildungsbeginn in Tätigkeiten bzw. Berufen außerhalb des Gesundheitswesens beschäftigt waren, gab es in fast drei Viertel der Kliniken (72 %).

Abb. 42 Falls Ihre Einrichtung Quereinsteiger unter den Auszubildenden hat: Aus welchen Branchen/Berufen kamen diese Auszubildenden?

Krankenhäuser mit Quereinsteigern in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Krankenhäuser mit Quereinsteigern außerhalb des Gesundheitswesens unter den Auszubildenden angeben, in welchen Branchen bzw. Berufen diese vor Aufnahme der generalistischen Pflegeausbildung tätig waren. Die Krankenhäuser nannten dabei häufiger Berufe/Branchen aus den folgenden Kategorien gemäß Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit (Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2024):

- Kaufmännische Dienstleistungen, Warenhandel, Vertrieb, Hotel und Tourismus (z. B. Kauffrau/-mann im Einzelhandel, Gastronom:in)
- Unternehmensorganisation, Buchhaltung, Recht und Verwaltung (z. B. Bürokauffrau/-mann, Kaufmann/-mann für Büromanagement)
- Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung (z. B. Friseur:in, Erzieher:in, Sozialassistent:in)
- Verkehr, Logistik, Schutz und Sicherheit (z. B. Polizist:in, Reinigungsfachkraft, Lagerist:in)

Darüber hinaus wurden ohne Bezug zu einer bestimmten Branche häufiger Handwerkberufe und Studienabbrecher von den Kliniken genannt.

AUSZUBILDENDE IN TEILZEIT

Eine Teilzeitbeschäftigung beinhaltet eine regelmäßige Wochenarbeitszeit, die kürzer ist als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers (§ 2 Absatz 1 Satz 1 TzBfG). Insbesondere Pflegeberufe sind in Deutschland Teilzeitdomänen: Im Jahr 2022 arbeitete knapp die Hälfte aller Pflegekräfte in Teilzeit (Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2023, S. 10).

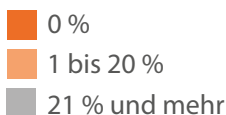
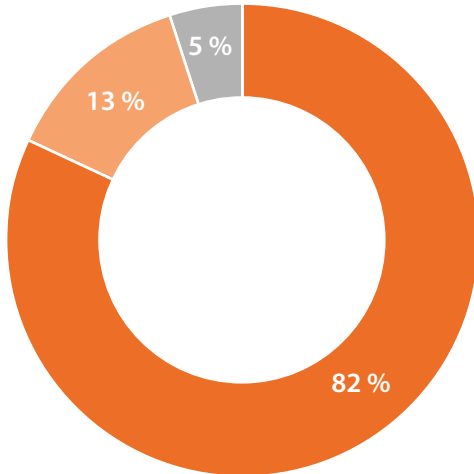
Die Absolvierung der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann ist nach § 6 Absatz 1 PflBG sowohl in Vollzeitform (3 Jahre) als auch in Teilzeitform (höchstens 5 Jahre) möglich. Vor

diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser zu Teilzeitmodellen im Rahmen der generalistischen Ausbildung befragt.

In der großen Mehrheit dieser Krankenhäuser (82 %) gab es zum Befragungszeitpunkt keine Auszubildenden, die die generalistische Pflegeausbildung im Rahmen einer Teilzeittätigkeit absolviert haben (Abb. 43). In 13 % der Kliniken lag der Anteil der Auszubildenden mit Teilzeitmodellen zwischen 1 und 20 %. Nur in 5 % der Häuser lag er bei 21 % oder mehr.

Abb. 43 Wie hoch ist der Anteil der Auszubildenden mit Teilzeitmodellen in Ihrer Einrichtung?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

18 %

der Psychiatrien beschäftigten
zum Befragungszeitpunkt
Auszubildende in Teilzeitmodellen.

LITERATURNACHWEIS

Bundesagentur für Arbeit (2024): KldB 2010 – überarbeitete Fassung 2020, verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/Onlineausgabe-KldB-2010-Fassung2020/Onlineausgabe-KldB-2010-Fassung2020-Nav.html>, abgerufen am 11.04.2024.

Bundesagentur für Arbeit (2023): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=2022%20waren%20mehr%20als%204,in%20der%20Pflege%20%C3%BCberdurchschnittlich%20zu, abgerufen am 08.04.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMG. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/230727_BMG_Hitzeschutzplan.pdf, zuletzt geprüft am 15.12.2023.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), imug | research, Beratungsgesellschaft für sozial-ökologische Innovationen mbH (imug) und Techniker Krankenkasse (TK) (2024). Klinikreport Nachhaltigkeit 2024. Online verfügbar unter https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/KlinikreportNachhaltigkeit2024.pdf

Hansen, A., Bi, P., Nitschke, M., Ryan, P., Pisaniello, D., Tucker, G., ... & Neville, G. (2020). Heat-health behaviours of older people in two Australian states. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1957.

Knecht, S. (2014): Erfolgsfaktor Quereinsteiger. Unentdecktes Potenzial im Personalmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist.

Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist.

Smith, K. R., Woodward, A., Campbell-Lendrum, D., Chadee, D. D., Honda, Y., Liu, Q., ... & Confalonieri, U. (2014). Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In *Climate change 2014: Impacts, adaptation, and vulnerability. Part A: Global and sectoral aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (pp. 709-754). Cambridge University Press.

Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1966), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 20. Juli 2022 (BGBl. I S. 1174) geändert worden ist".

Umweltbundesamt (2015): Vulnerabilität Deutschlands gegenüber dem Klimawandel. Dessau-Roßlau. Online verfügbar unter https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/climate_change_24_2015_vulnerabilitaet_deutschlands_gegenueber_dem_klimawandel_1.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2022.

Umweltbundesamt (2024): Klimawandel und psychische Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umwelteinfluesse-auf-den-menschen/klimawandel-gesundheit/klimawandel-psychische-gesundheit#risikogruppen-und-interventionen>, zuletzt geprüft am 12.04.2024

WHO (2021): 2021 WHO health and climate change global survey report. Online verfügbar unter <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789240038509-eng.pdf>, zuletzt geprüft am 14.04.2024.

IMPRESSUM

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Prinzenallee 13

40549 Düsseldorf

Telefon 02 11. 4 70 51 - 17

Fax 02 11. 4 70 51 - 67

E-Mail karl.blum@dkl.de

www.dkl.de

Gestaltung

Konturenreich | Matthias Hugo

Bildnachweis

Von Stock.adobe.com:

S. 6: Andrey Popov, S. 9: Phaisitsawan,
S. 10: pressmaster, S. 13: Grpeopleimages,
S. 25: Summit Art Creations, S. 33: Ilja,
S. 34: Gefo, S. 53: NDAcreativity

Von iStockphoto:

S. 4: Stockfour, S. 14: Tgordievskaya,
S. 20: Andrey Popov, S. 22: Adam Eszes,
S. 24: CentrallTAlliance, S. 31: alvarez,
S. 36: courtneyk, S. 39: SolStock,
S. 45: FG Trade Latin