



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

PSYCHIATRIE BAROMETER

Umfrage 2024/2025

INHALT

EINLEITUNG	4
1 WIRTSCHAFTLICHE LAGE	6
Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	7
Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen	8
Einschränkungen innerhalb des nächsten halben Jahres	8
Beurteilung der Liquiditätssituation	9
Auswirkungen der Kostensteigerungen auf die Liquiditätssituation	10
Refinanzierung der Kostensteigerungen	11
Maßnahmen in Reaktion auf die Kostensteigerungen	12
2 INTERNATIONALE FACHKRÄFTE	14
Einsatz internationaler Fachkräfte	15
Verbreitung von Unterstützungsangeboten	19
Herausforderungen für die Einrichtungen	20
Potenzial für die Einrichtungen	21

3 PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK-RICHTLINIE (PPP-RL)	22
Einhaltung der Mindestvorgaben	23
Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	25
Einhaltung der Mindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst	27
Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal	28
Änderungen am Versorgungsangebot	30
Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen	31
Dokumentationsaufwand für die PPP-RL	32
Hindernisse der Ambulantisierung	33
4 GEFLÜCHTETE BZW. SCHUTZSUCHENDE MENSCHEN IN DER PSYCHIATRIE	34
Häufigkeit der Behandlung	35
Herausforderungen in der Versorgung	36
Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren	38
Refinanzierung der Dolmetschertätigkeit im Jahr 2024	40
Unterstützungsangebote für das Klinikpersonal	41
Kooperationen mit externen Personen oder Institutionen	42
5 KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK	44
Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements	45
Verfahren der klinischen Risikobeurteilung	46
Einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS)	48
Einsatz von Instrumenten und Methoden zur Risikovermeidung und -bewältigung	50
Patientensicherheit	51
Verbesserungspotenzial im klinischen Risikomanagement	53
Impressum	54

EINLEITUNG



Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2024/2025 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 Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2024/2025 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Beteiligt haben sich insgesamt 284 Einrichtungen. Die Befragung wurde von Anfang Dezember 2024 bis Ende März 2025 durchgeführt.

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



Dr. Karl Blum



Dr. Melanie Filser



Debora Janson



Dr. Anna Levsen



Dr. Sabine Löffert



Dr. Matthias Offermanns



Ann Katrin Parloh

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 und psy-

chosomatische 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 2025

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



1 WIRTSCHAFTLICHE LAGE

Die wirtschaftliche Lage der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen befindet sich seit Jahren in einer kritischen Lage.

Fast 72 % der Abteilungspsychiatrien und 66 % der Einrichtungspsychiatrien bewerten ihre wirtschaftliche Lage als eher mäßig bis schlecht.

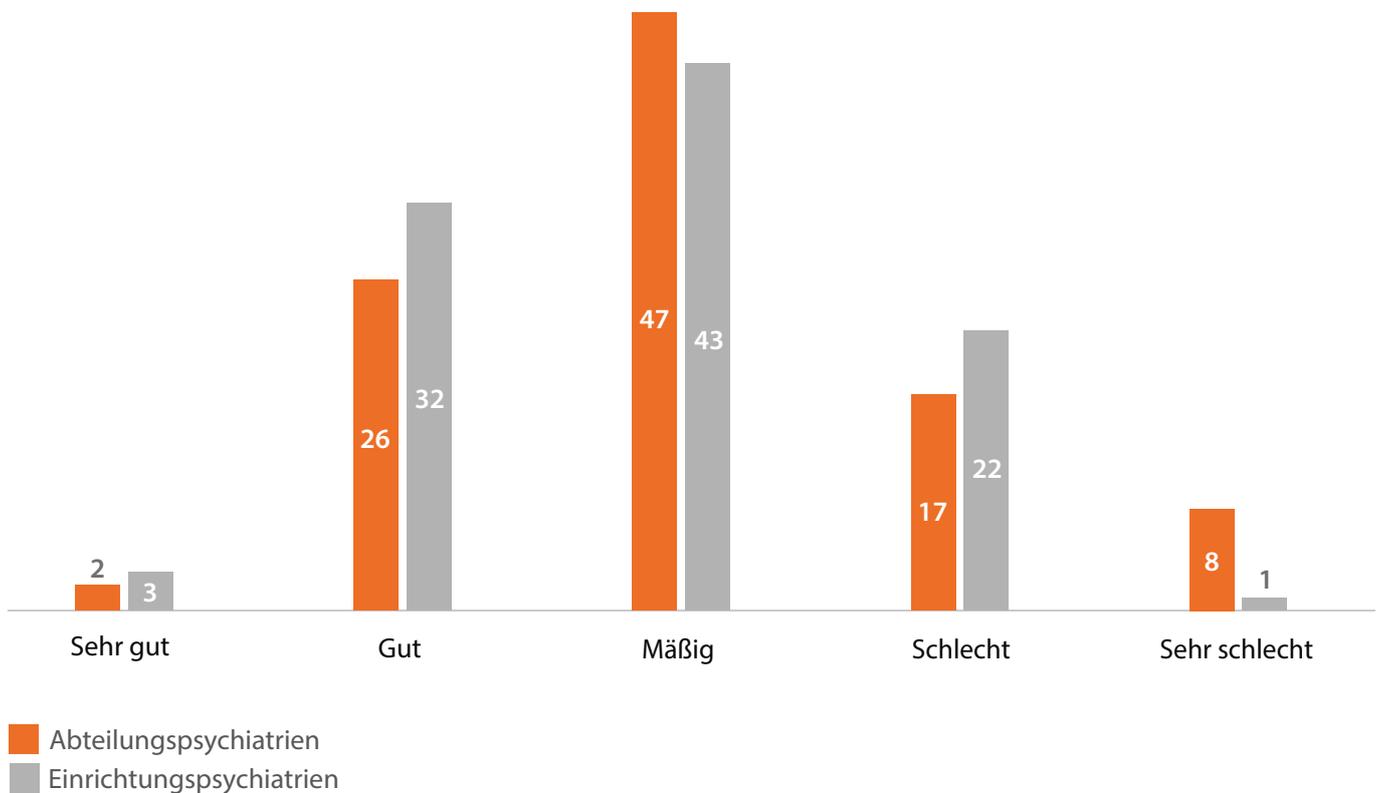
BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2024/2025 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 Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation Jahreswende 2024/2025

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Von einer sehr guten bis guten wirtschaftlichen Lage gehen 28 % der Abteilungspsychiatrien und 35 % der Einrichtungspychiatrien aus. Der Großteil der psychiatrischen Einrichtungen schätzt seine wirtschaftliche Situation dagegen als eher mäßig bis sehr schlecht ein. Bei den Abteilungspsychiatrien beurteilen 72 % der teilnehmenden Krankenhäuser und bei den Einrichtungs-

psychiatrien 66 % der Häuser ihre Lage entsprechend skeptisch.

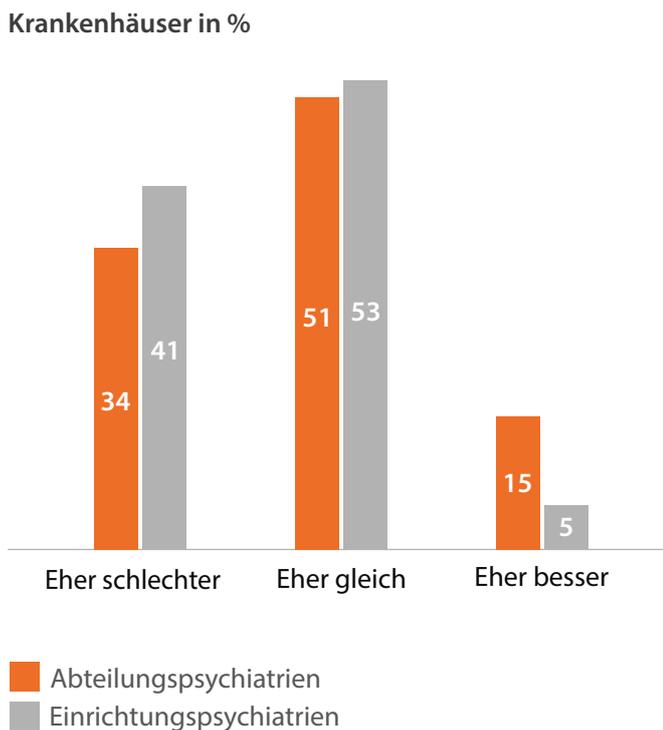
Im Vergleich zum Vorjahr schätzten die Einrichtungspychiatrien ihre wirtschaftliche Situation damit leicht besser, die Abteilungspsychiatrien hingegen spürbar schlechter ein (Ergebnisse des Vorjahres nicht dargestellt).

BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN

Gefragt nach den Erwartungen für das Jahr 2025 gehen sowohl die Abteilungspsychiatrien (34 %) als auch die Einrichtungspsychiatrien (41 %) von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage aus.

Die Mehrzahl der Befragten erwartet keine Veränderungen ihrer wirtschaftlichen Situation (Abb. 2). Nur 15 % der Abteilungspsychiatrien und 5 % der Einrichtungspsychiatrien erwarten eine Verbesserung.

Abb. 2 Wirtschaftliche Erwartungen für das Jahr 2025

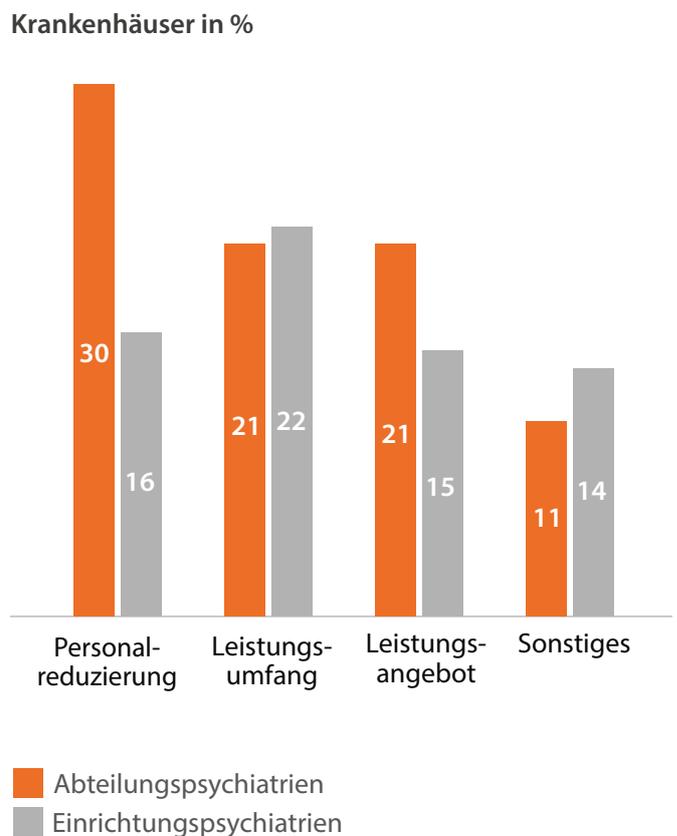


© Deutsches Krankenhausinstitut

EINSCHRÄNKUNGEN INNERHALB DES NÄCHSTEN HALBEN JAHRES

Aufgrund der aktuellen wirtschaftlichen Lage erwarten 30 % der Abteilungspsychiatrien und 16 % der Einrichtungspsychiatrien eine Reduzierung ihres Personals innerhalb von 6 Monaten. Jeweils 21 % der Abteilungspsychiatrien gehen von einer Beschränkung des Leistungsumfangs und des Leistungsangebots aus. Bei den Einrichtungspsychiatrien planen 22 % der Häuser eine Reduktion des Leistungsumfangs und 15 % eine Einschränkung des Leistungsangebots.

Abb. 3 Sehen Sie sich gezwungen, aufgrund der gegenwärtigen wirtschaftlichen Lage innerhalb der nächsten 6 Monate in folgenden Bereichen Einschränkungen vorzunehmen?



© Deutsches Krankenhausinstitut

41 % der Einrichtungspsychiatrien
sahen ihre Liquiditätssituation
zur Jahreswende 2024/2025 als mäßig an.

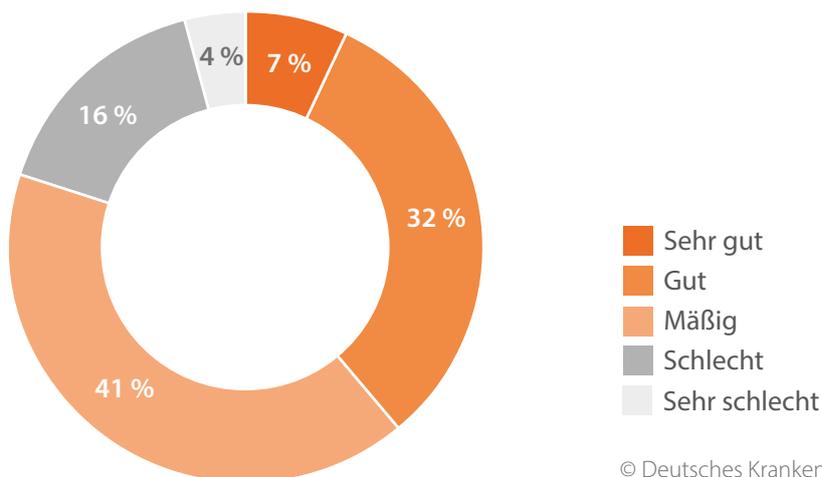
BEURTEILUNG DER LIQUIDITÄTSSITUATION

Über die wirtschaftliche Gesamtsituation hinaus sollten die Einrichtungspsychiatrien auch ihre Liquiditätssituation bewerten. Zum Befragungszeitpunkt zur Jahreswende 2024/2025 sahen 20 %

der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken ihre Liquiditätssituation als schlecht bis sehr schlecht an, 41 % als mäßig und 39 % als gut bis sehr gut an (Abb. 4).

Abb. 4 Beurteilung der derzeitigen Liquiditätssituation

Einrichtungspsychiatrien in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

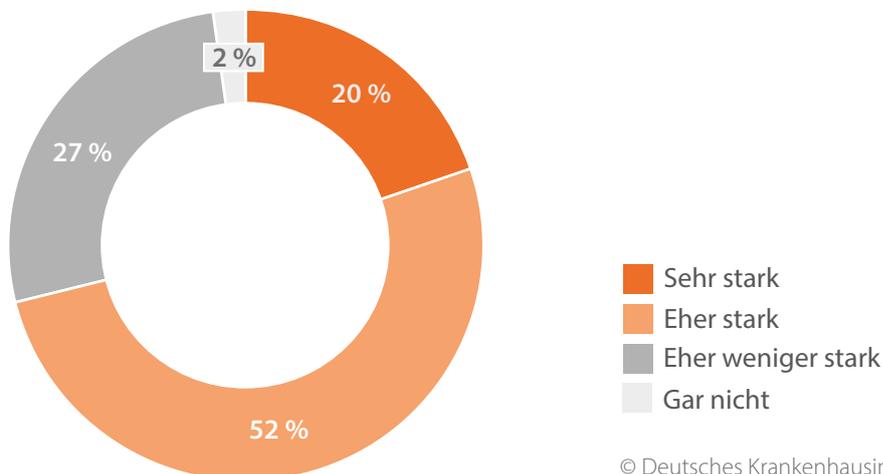
AUSWIRKUNGEN DER KOSTENSTEIGERUNGEN AUF DIE LIQUIDITÄTSSITUATION

Neben der Bewertung der wirtschaftlichen Situation sollten die Befragungsteilnehmenden im PSYCHIATRIE Barometer 2024/2025 Auskunft zu Kostensteigerungen sowie deren Auswirkungen geben.

Die Kliniken gehen davon aus, dass sich die Kostensteigerungen stark (52 %) bis sehr stark (20 %) auf ihre Liquiditätssituation ausgewirkt haben. Von keiner (2 %) oder einer weniger starken (27 %) Auswirkung gehen 29 % der Psychiatrien aus (Abb. 5).

Abb. 5 Bitte schätzen Sie ein: Wie stark haben sich die Kostensteigerungen im Jahr 2024 auf Ihre derzeitige Liquiditätssituation ausgewirkt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

72 %
der Abteilungspsychiatrien und
66 % der Einrichtungspsychiatrien
beurteilen ihre wirtschaftliche
Lage skeptisch.

Bei **52 %**
der Krankenhäuser haben
sich die Kostensteigerungen
stark auf die Liquidität
ausgewirkt.



REFINANZIERUNG DER KOSTENSTEIGERUNGEN

Unverändert gilt: Die allgemeine Kostenentwicklung spielt laut den Kliniken in den Krankenhausbudgetverhandlungen im Hinblick auf die Refinanzierung der Kostensteigerungen eine zentrale Rolle. Wie schon im Vorjahr räumen fast drei Viertel der Befragten dieser hierbei einen großen Stellenwert ein. Einen noch stärkeren Einfluss als im Vorjahr sehen die Krankenhäuser

bei der Umsetzung der PPP-RL¹. Mehr als vier Fünftel der Befragten sehen dies als gewichtigen Verhandlungstatbestand in Bezug auf das Thema der Refinanzierung von Kostensteigerungen. Dem „Psych-Personalnachweis“ gemäß § 18 Abs. 2 BpflV wird ein deutlich geringerer Stellenwert als noch im Vorjahr zugemessen (Abb. 6).

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

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Groß
 ■ Mittel
 ■ Gering

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

MASSNAHMEN IN REAKTION AUF DIE KOSTENSTEIGERUNGEN

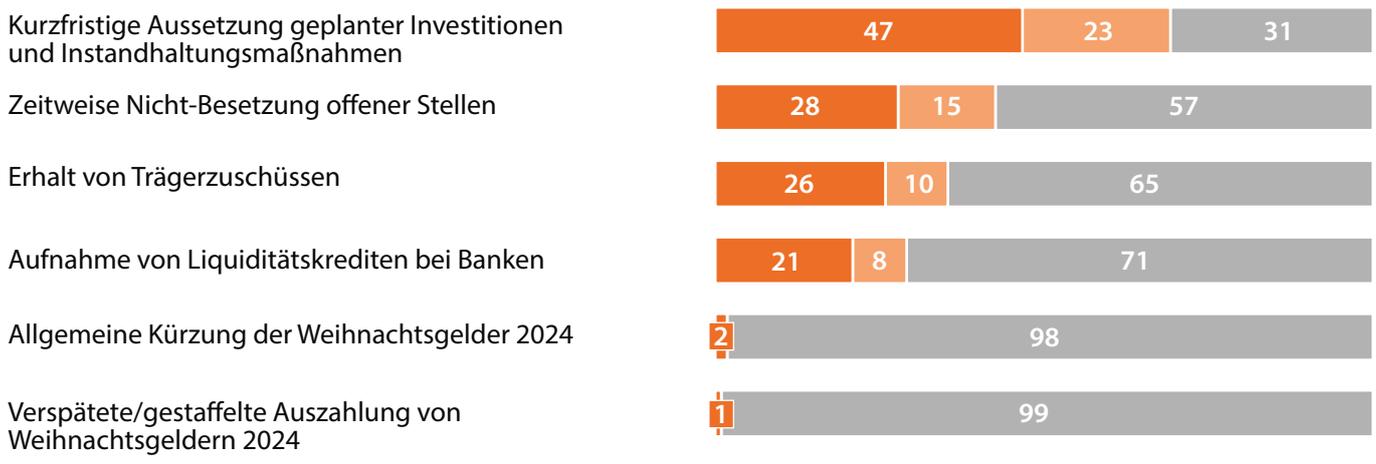
Bei den Maßnahmen in Reaktion auf die Kostensteigerungen wurde zwischen kurzfristigen Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Liquiditätssituation und langfristigen, strategischen Maßnahmen unterschieden.

Bei den kurzfristigen Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Liquiditätssituation sticht insbesondere die kurzfristige Aussetzung geplanter Investitionen und Instandhaltungsmaßnahmen hervor. 47 % der Krankenhäuser haben dies

bereits umgesetzt und weitere 23 % planen diese Maßnahme bereits. Die zeitweise Nicht-Besetzung offener Stellen wurde von 28 % der Krankenhäuser bereits umgesetzt. In 15 % der Krankenhäuser wird diese Maßnahme geplant. 26 % der Häuser haben schon Trägerzuschüsse und 21 % schon Liquiditätskredite von Banken erhalten. Beinahe alle Krankenhäuser lehnen eine verspätete oder gekürzte Auszahlung von Weihnachtsgeldern an ihre Beschäftigten ab. (Abb. 7).

Abb. 7 Welche Maßnahmen haben Sie bereits kurzfristig umgesetzt oder planen Sie umzusetzen, um Ihre derzeitige Liquiditätssituation zu verbessern?

Krankenhäuser in %



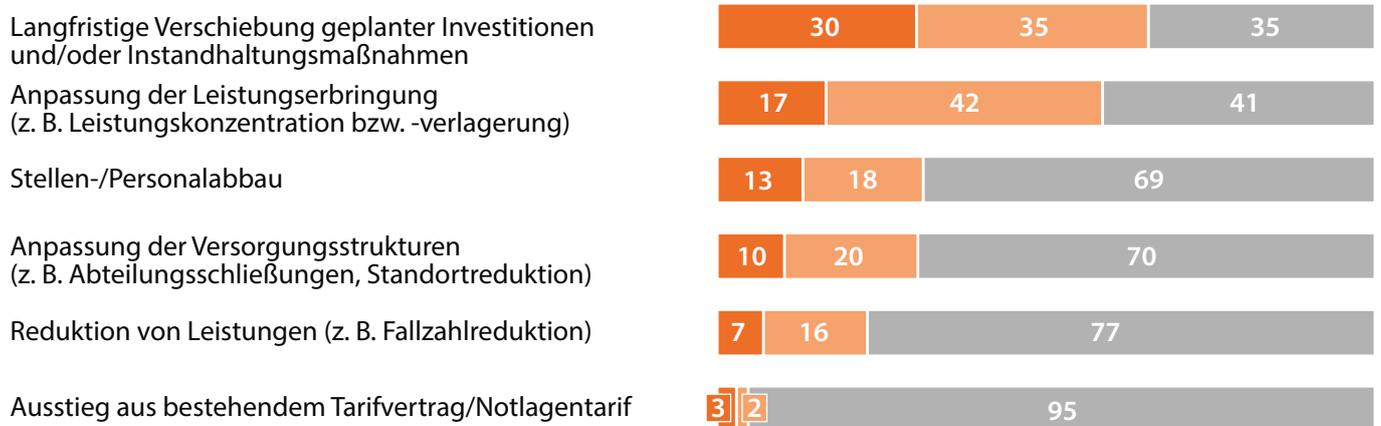
Kostensteigerungen reduzieren sowohl kurzfristig als auch langfristig geplante Investitionen und/oder Instandhaltungsmaßnahmen.

Von den kurzfristigen Maßnahmen zur Sicherung der Liquidität sind die langfristigen, strategischen Maßnahmen aufgrund von Kostensteigerungen zu unterscheiden. Hier haben 30 % der Krankenhäuser schon eine langfristige Verschiebung geplanter Investitionen und/oder Instandhaltungs-

maßnahmen umgesetzt. In weiteren 35 % der Psychiatrien ist das in Planung. Eine Anpassung der Leistungserbringung durch z. B. Leistungskonzentration bzw. -verlagerung wurde von 17 % der Krankenhäuser schon vorgenommen. Weitere 42 % haben dies in Planung. Weitere 42 % haben dies in Planung.

Abb. 8 Inwiefern erwägen Sie für Ihr Krankenhaus aufgrund der Kostensteigerungen langfristige, strategische Maßnahmen oder haben diese bereits umgesetzt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Bereits umgesetzt ■ In Planung ■ Weder noch

Ein Stellen-/Personalabbau wird von mehr als zwei Dritteln der Krankenhäuser nicht geplant. Eine Anpassung der Versorgungsstrukturen wird von 70 % der betroffenen Häuser nicht in Erwägung gezogen. Mehr als drei Viertel der Psychiat-

rien sehen auch von einer Reduktion von Leistungen ab. Einen Ausstieg aus einem bestehenden Tarifvertrag ist für 95 % der Krankenhäuser keine langfristige Option.



2

INTERNATIONALE FACHKRÄFTE

Internationale Fachkräfte sind ein fester Bestandteil der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Über die Hälfte der Einrichtungen beschäftigt zum Befragungszeitpunkt Mitarbeitende, die eigens für die Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder regelmäßig über Grenzen pendeln. Eine besonders häufige Herausforderung beim Einsatz von internationalen Fachkräften stellen sprachliche Barrieren dar. Zugleich tragen die internationalen Mitarbeitenden wesentlich zur Verbesserung der Personalsituation und zur Sicherstellung einer hohen fachlichen Versorgungsqualität bei.

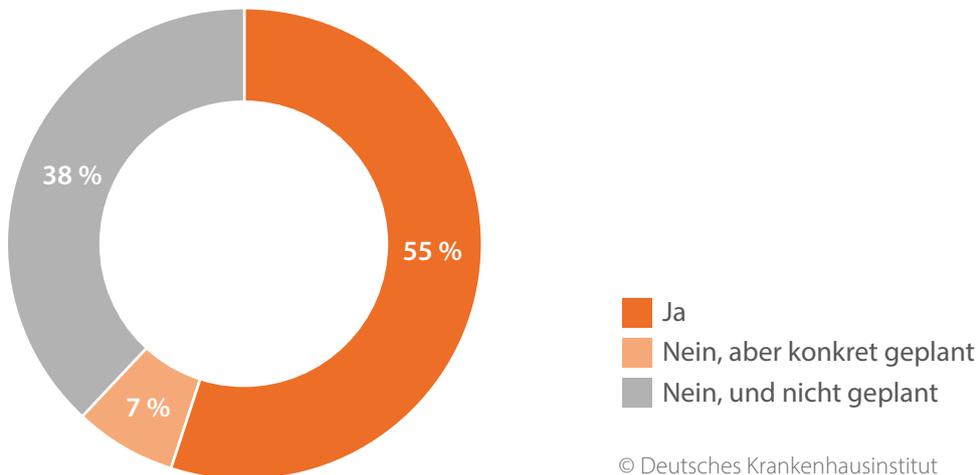
EINSATZ INTERNATIONALER FACHKRÄFTE

55 % der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen setzten zum Befragungszeitpunkt Fachkräfte aus dem Ausland ein, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder regelmäßig

über die Grenze pendeln. Weitere 7 % planten dies konkret. Bei 38 % kamen internationale Fachkräfte zum Zeitpunkt der Befragung nicht zum Einsatz, und es existierten auch keine konkreten Pläne hierzu (Abb. 9).

Abb. 9 Arbeiten in Ihrem Haus in der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung aktuell Fachkräfte aus dem Ausland, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder (vor allem in grenznahen Regionen) regelmäßig über die Grenze pendeln?

Krankenhäuser in %



55 %

der Einrichtungen setzen Fachkräfte aus dem Ausland ein, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind.



Jene Einrichtungen, die keine internationalen Fachkräfte beschäftigten, und dies zum Zeitpunkt der Befragung auch nicht planten, konnten in einer offenen Frage ausführen, warum dies der Fall ist. Bei weitem am häufigsten wurde auf die gute Bewerberlage hingewiesen, aufgrund derer aktuell keine Notwendigkeit bestehe, internationale Fachkräfte gezielt anzuwerben. Ebenfalls häufig wurden Sorgen über mögliche Sprachbarrieren geäußert. Weitere einzelne Nennungen beschrieben den hohen Aufwand und die hohen Kosten, die mit der Akquise und Einbindung von internationalen Fachkräften verbunden seien, sowie die Sorge über ein geringes Qualifikationsprofil. Darüber hinaus wiesen 2 Einrichtungen

darauf hin, dass sie durchaus Fachkräfte aus dem Ausland einsetzten, allerdings keine, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert seien oder regelmäßig über die Grenzen pendelten.

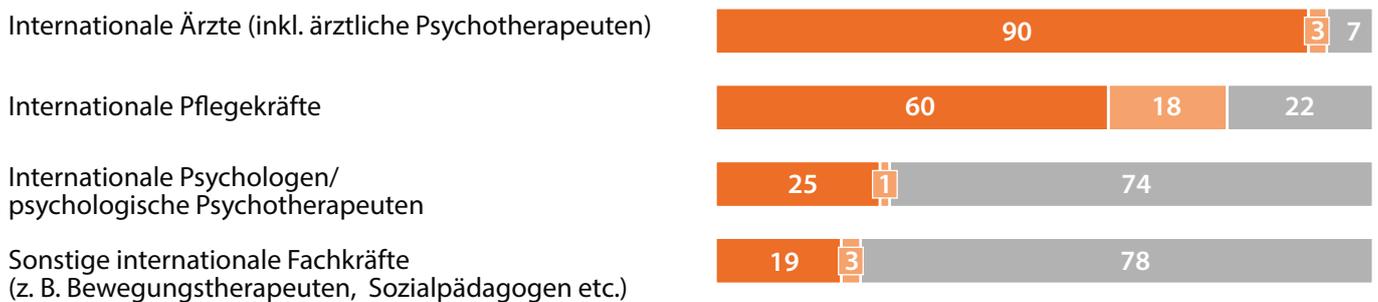
Internationale Fachkräfte arbeiten in allen Berufsgruppen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, wobei ihr Anteil unter den Ärzten inklusive der ärztlichen Psychotherapeuten besonders hoch ist. 90 % jener Einrichtungen, die Mitarbeitende beschäftigen, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder regelmäßig über die Grenzen pendeln, setzen internationale Ärzte ein. 60 % der Einrich-

tungen geben an, dass bei ihnen Pflegekräfte aus dem internationalen Ausland arbeiten. Deutlich seltener beschäftigen sie internationale Psychologen und psychologische Psychotherapeuten (25 %) sowie weitere internationale Fachkräfte wie Bewegungstherapeuten oder Sozialpädagogen (19 %) (Abb. 10).

Die meisten konkreten Pläne, zukünftig aufzustocken, bestehen im Bereich der internationalen Pflegekräfte: 18 % der Einrichtungen, die zum Befragungszeitpunkt keine Mitarbeitenden aus dem Ausland einsetzten, planen zukünftig internationale Pflegekräfte einzusetzen. In den anderen Berufsgruppen geben dies maximal 3 % an (Abb. 10).

Abb. 10 Werden aus den folgenden Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung internationale Fachkräfte in der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung eingesetzt? (Personen aus dem Ausland, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder regelmäßig über die Grenzen pendeln.)

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

Besonders häufig werden internationale Ärzte eingesetzt.

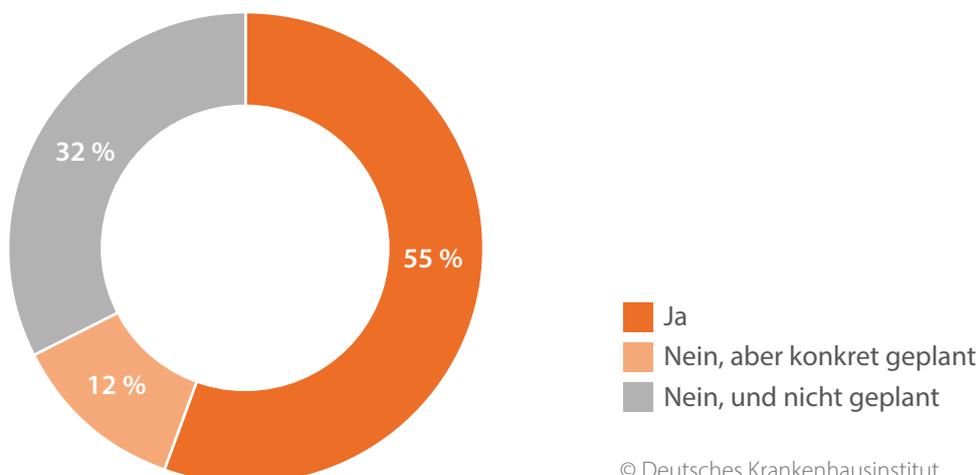
55 % der Einrichtungen,
die internationale Fachkräfte einsetzen,
rekrutieren diese gezielt.

Über die Hälfte der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen, die internationale Mitarbeitende beschäftigen, rekrutieren diese gezielt. Weitere 12 % geben an, dass sie aktuell noch keine gezielte Anwerbung von internationalen Fachkräften betreiben, hierzu

aber konkrete Pläne bestehen. Weitere 32 % haben keine gezielten Maßnahmen zur Rekrutierung von internationalen Fachkräften etabliert und planen auch nicht, derartige zukünftig umzusetzen (Abb. 11).

Abb. 11 Rekrutiert Ihre Einrichtung gezielt internationale Mitarbeitende zum Einsatz in der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung?

Krankenhäuser in %



VERBREITUNG VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN

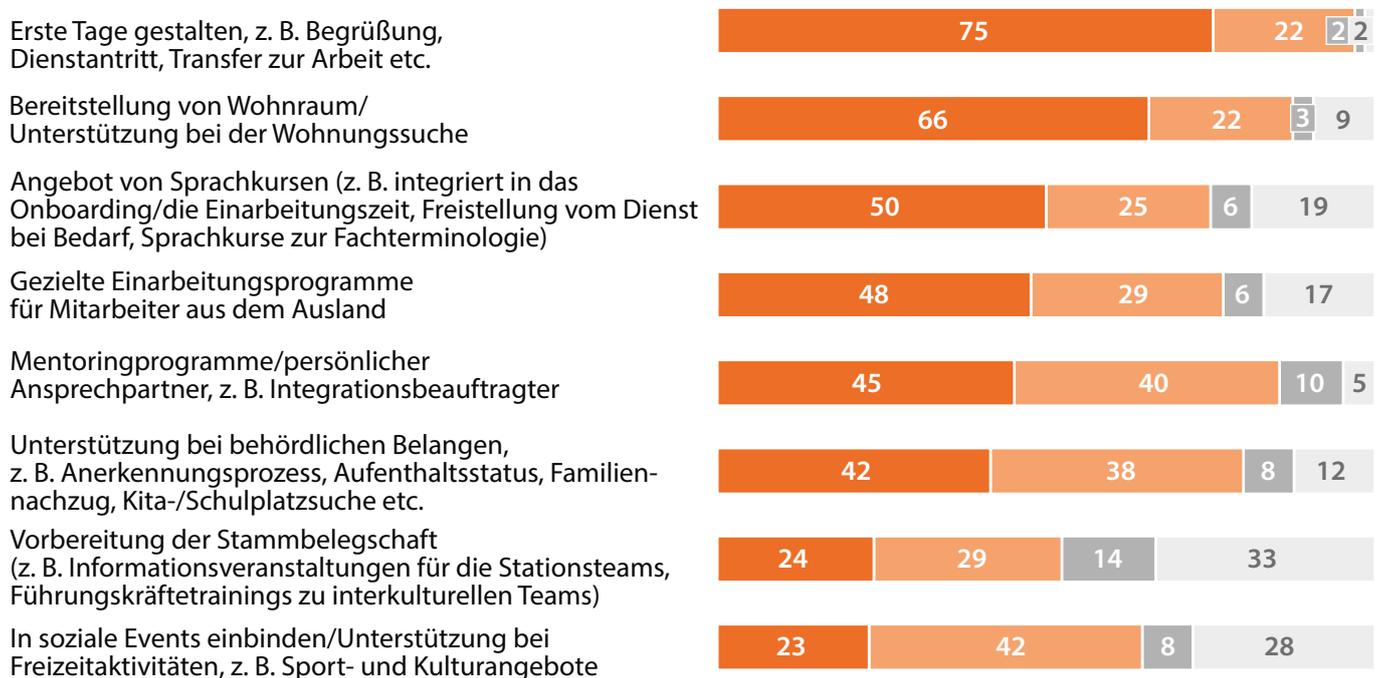
Die Integration von internationalen Fachkräften geht über die Rekrutierung hinaus. Menschen, die ihr Land verlassen, um im deutschen Gesundheitssystem zu arbeiten und um sich einen neuen Lebensmittelpunkt in Deutschland aufzubauen, sind mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert. Die Mehrheit der Einrichtungen, die internationale Mitarbeitende beschäftigen, bietet diesen Unterstützungsangebote an.

Am meisten verbreitet sind Maßnahmen zur Gestaltung der ersten Tage, welche 75 % weitreichend und 22 % teilweise umsetzen. Zudem ist

die Bereitstellung von Wohnraum bzw. Unterstützung bei der Wohnungssuche eine weit verbreitete Maßnahme (66 % weitreichend und 22 % teilweise umgesetzt). Auch Mentoring, Sprachkurse, gezielte Einarbeitungsprogramme und Unterstützung bei Behördengängen bieten mehrere Krankenhäuser an. Weniger verbreitet, aber immer noch in über der Hälfte der Einrichtungen zumindest teilweise etabliert, sind Maßnahmen zur Einbindung in soziale Events z. B. bei Freizeitaktivitäten und zur Vorbereitung der Stammebelegschaft (Abb. 12).

Abb. 12 Welche der folgenden Maßnahmen zur Unterstützung von internationalen Mitarbeitern bietet Ihre Einrichtung an?

Krankenhäuser in %



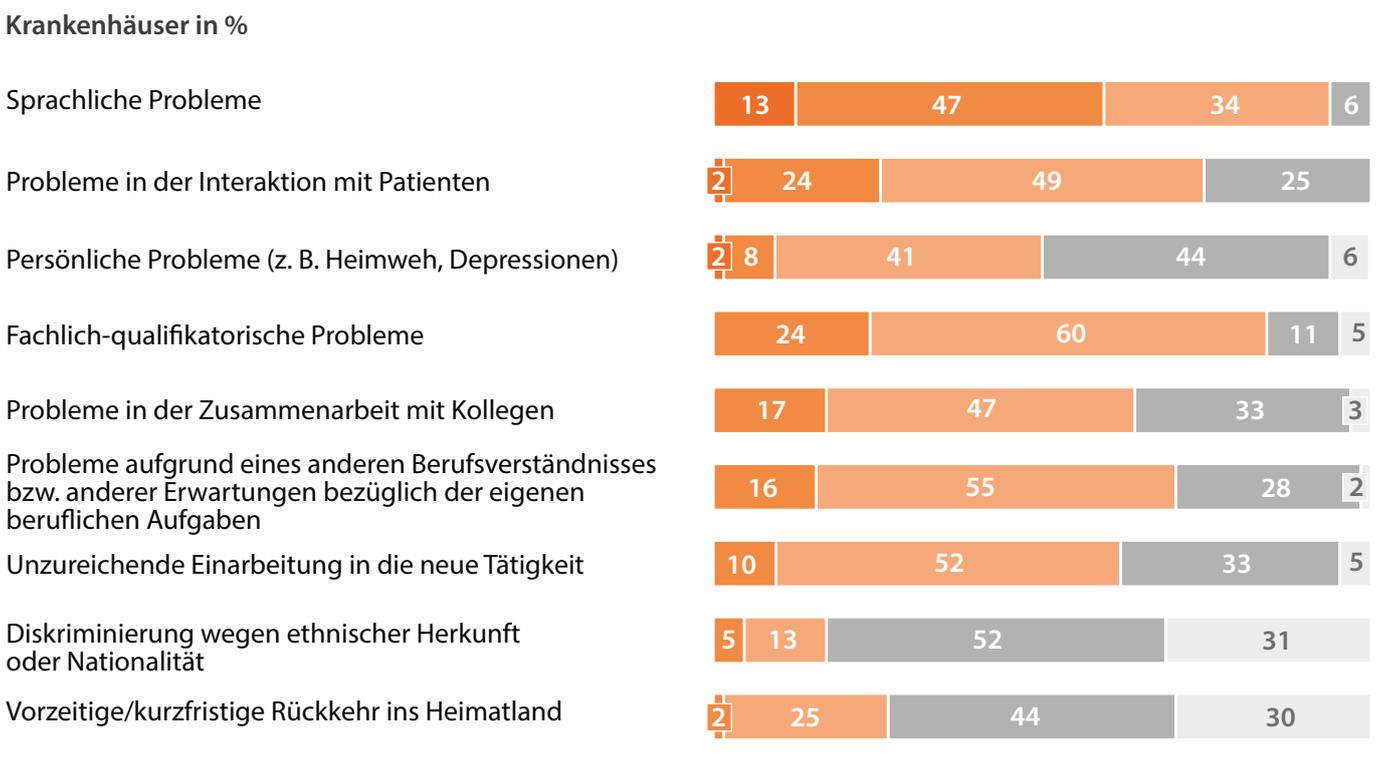
HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE EINRICHTUNGEN

Der Einsatz von internationalen Mitarbeitenden ist für die Einrichtungen mit bestimmten Herausforderungen verbunden. Dies betrifft insbesondere sprachliche Barrieren: 60 % der Einrichtungen, die internationale Fachkräfte einsetzen, geben an, dass diesbezüglich immer oder häufig Probleme bestehen. Auch weitere Herausforderungen, wie fachlich-qualifikatorische Probleme, Probleme bei der Interaktion mit Patienten, Probleme aufgrund eines anderen Berufsverständnisses, Probleme in der Zusammenarbeit mit Kollegen, eine unzureichende Einarbeitung und persönliche Probleme wie Heimweh treten relativ häufig auf.

Weniger verbreitet sind hingegen nach Einschätzung der Einrichtungen Diskriminierungserfahrungen oder eine vorzeitige Rückkehr in das Heimatland (Abb. 13).

Einzelne Befragungsteilnehmende nutzten die Möglichkeit, weitere Herausforderungen in einem offenen Kommentarfeld zu ergänzen. Hier wurde unter anderem auf lange Wartezeiten bis zur Abnahme der Kenntnisprüfungen bzw. bis zur Berufsanerkennung hingewiesen sowie auf einen Arbeitgeberwechsel aufgrund der Präferenz, in deutschen Metropolen zu arbeiten.

Abb. 13 Wie häufig treten in Ihrer Einrichtung beim Einsatz von internationalen Mitarbeitern in der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung folgende Probleme auf?





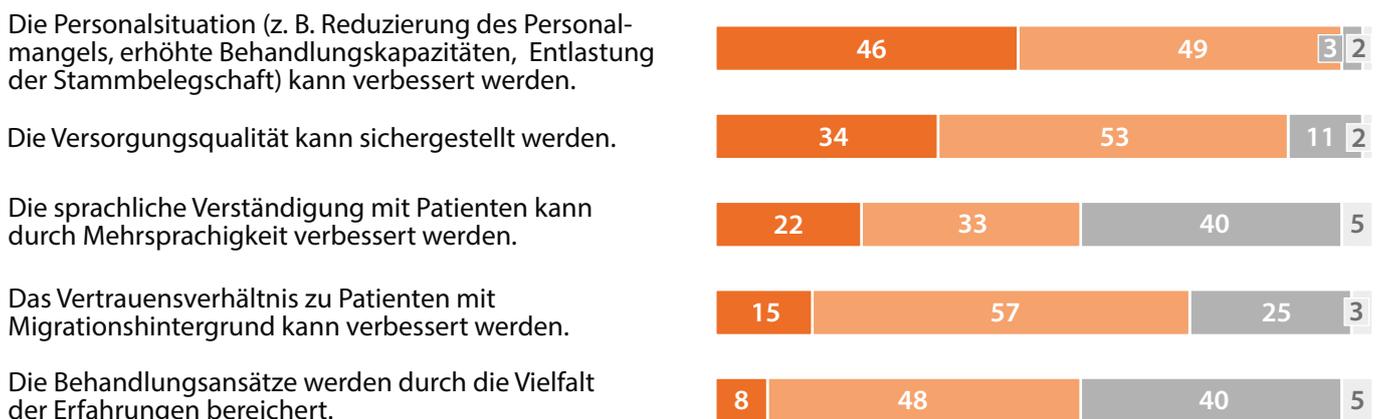
POTENZIAL FÜR DIE EINRICHTUNGEN

Die Einrichtungen schätzen internationale Fachkräfte als eine wichtige Verstärkung der Belegschaft. In Zeiten des Fachkräftemangels tragen sie wesentlich zur Verbesserung der Personalsituation bei. Auch aufgrund des Einsatzes von internationalen Fachkräften können die Einrichtungen weiterhin eine hohe fachliche Versorgungsqualität

sicherstellen. Darüber hinaus unterstützen internationale Fachkräfte durch Mehrsprachigkeit den Abbau von sprachlichen Barrieren mit Patienten sowie den Aufbau von einem Vertrauensverhältnis zu Patienten mit Migrationshintergrund. Zudem werden die Behandlungsansätze durch die Vielfalt der Erfahrungen bereichert (Abb. 14).

Abb. 14 Inwieweit trägt der Einsatz von internationalen Fachkräften in Ihrer psychiatrischen/ psychosomatischen Einrichtung wesentlich zu folgenden Aspekten bei?

Krankenhäuser in %





3

PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK- RICHTLINIE (PPP-RL)

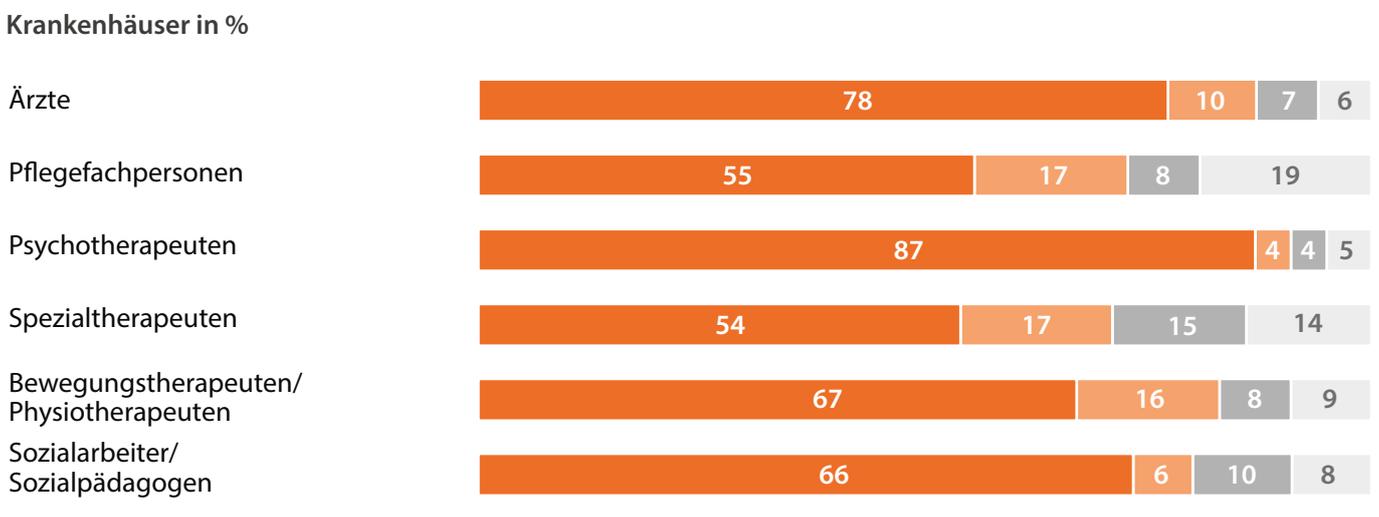
Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal fest. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Das diesjährige PSYCHIATRIE Barometer untersucht ausgewählte Aspekte zur Umsetzung der Richtlinie im Jahr 2024.

EINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN

Nach § 16 Absatz 1 Nr. 2 PPP-RL sind die Mindestvorgaben von Anfang 2022 bis Ende 2026 überwiegend zu 90 % zu erfüllen.² Für die ersten 3 Quartale 2024 sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie bei den verschiedenen

Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht haben (Abb. 15). Dabei waren die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbestände ausdrücklich zu berücksichtigen.

Abb. 15 Inwieweit haben Sie in den ersten 3 Quartalen 2024 bei den folgenden Berufsgruppen in den psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht?



© Deutsches Krankenhausinstitut

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

² In psychiatrischen Einrichtungen waren die Mindestvorgaben in den Jahren 2022 und 2023 zu 90 %, im ersten und zweiten Quartal 2024 zu 95 % und seit dem dritten Quartal 2024 wieder zu 90 % zu erfüllen. Für Einrichtungen der Psychosomatik sind die Mindestvorgaben erst seit dem 1.1.2024 zu ermitteln, sie befinden sich derzeit in Prüfung.

Am geringsten fiel der Erfüllungsgrad der PPP-RL bei den Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten aus.



Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In den ersten 3 Quartalen 2024 konnte keines der befragten Häuser die Mindestvorgaben der Richtlinie durchgehend pro Berufsgruppe einhalten.

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 3 Quartalen 2024 in 87 % der Häuser (Psychotherapeuten) bzw. in 78 % der Häuser (Ärzte) die Vorgaben in allen 3 Quartalen erfüllt worden.

Am geringsten fiel der Erfüllungsgrad bei den Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten aus. Nur jeweils gut die Hälfte der Krankenhäuser konnte die Vorgaben der PPP-RL in allen 3 Quartalen erfüllen. Jeweils rund 30 % der Befragten konnten sie in keinem Quartal oder nur in einem Quartal einhalten.

Bei den übrigen Berufsgruppen, im Einzelnen den Physiotherapeuten sowie den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, haben jeweils zwei Drittel der Krankenhäuser die Vorgaben in allen 3 Quartalen erfüllen können.

In den ersten 3 Quartalen 2024 konnte keines der befragten Häuser die Mindestvorgaben der Richtlinie durchgehend pro Berufsgruppe einhalten.

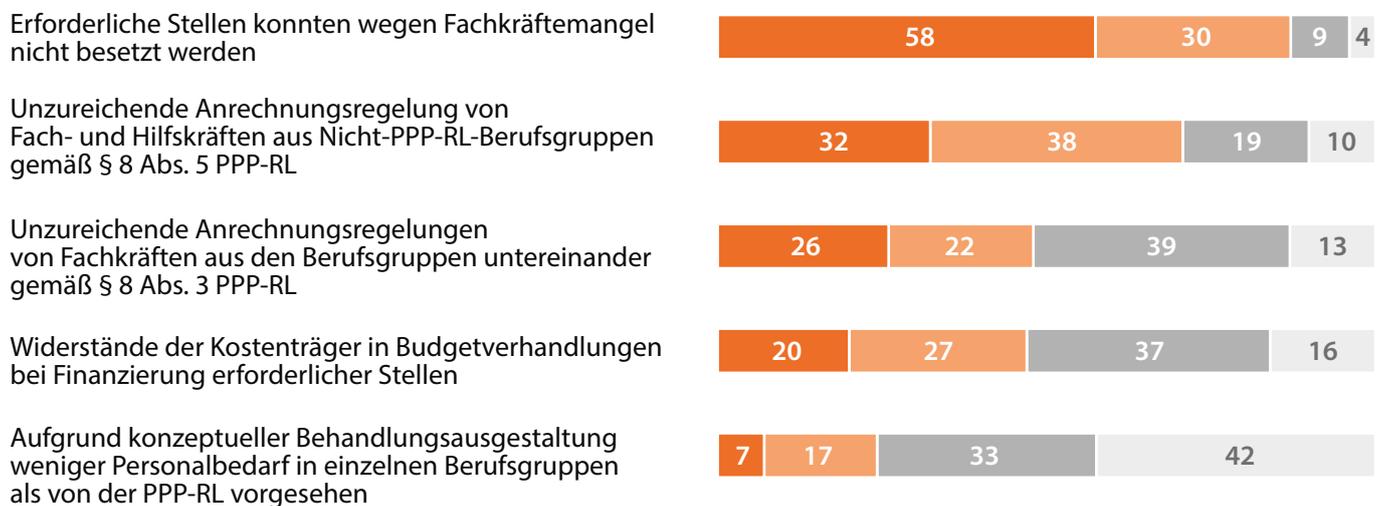
GRÜNDE FÜR DIE NICHTEINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN

Mehr als ein Drittel der Befragungsteilnehmer (37 %) gab an, in den ersten 3 Quartalen 2024 die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL durch-

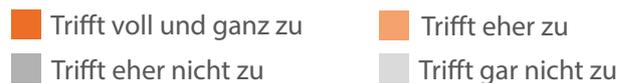
gehend erreicht zu haben. Krankenhäuser, auf die das nicht zutraf, wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 16).

Abb. 16 Falls Sie in Ihrem Krankenhaus in den ersten drei Quartalen 2024 in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL nicht durchgehend erreicht haben: Inwieweit waren die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend?

Krankenhäuser ohne Erreichung in %



© Deutsches Krankenhausinstitut



Hauptgrund für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind unzureichende Stellenbesetzungsmöglichkeiten durch den bestehenden Fachkräftemangel. Die meisten befragten Einrichtungen stimmten dem voll und ganz (58 %) oder eher (30 %) zu. 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.

Hauptgrund für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind unzureichende Stellenbesetzungsmöglichkeiten durch den bestehenden Fachkräftemangel.

Ebenso erschweren die geringen Anrechnungsmöglichkeiten von Personal aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL die Einhaltung der Mindestvorgaben. Die dort vorgesehenen Regelungen halten 70 % der Krankenhäuser für ganz (32 %) oder eher (38 %) unzureichend. Dies ist vor dem Hintergrund der in 2023 in Kraft getretenen Höchstgrenze bei der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen von besonderer Relevanz.

Darüber hinaus bewertet rund die Hälfte der Befragten die bisherigen Anrechnungsregeln von Fachkräften aus den Berufsgruppen untereinander als unzureichend. Demnach ist z. B. eine

Anrechnung von Ärzten nur auf die Berufsgruppe der Psychotherapeuten/Psychologen möglich. Andere Berufsgruppen hingegen können nicht auf Ärzte angerechnet werden, selbst wenn diese Regelaufgaben dieser Berufsgruppe übernehmen.

Ähnlich lesen sich die Angaben zu Widerständen der Kostenträger in den Budgetverhandlungen bei der Finanzierung erforderlicher Stellen. Für etwa die Hälfte der Krankenhäuser trifft dies zu. Rund ein Viertel der Befragten bemängelt, dass sie aufgrund individueller Behandlungskonzepte weniger Personalbedarf in den einzelnen Berufsgruppen hat, als in den PPP-RL-Mindestvorgaben vorgesehen.



EINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN IM PFLEGERISCHEN NACHTDIENST

Seit 2024 macht die PPP-RL auch Personalmindestvorgaben zum pflegerischen Nachtdienst. Die Vorgaben ergeben sich aus § 7 Abs. 5 in Verbindung mit § 6 Abs. 7 und 8 PPP-RL. Je nach Anteil der Intensivpatienten sind zwischen mindestens 1,2 und 1,6 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße von 18 Behandlungsplätzen zu besetzen. Für Einrichtungen der Psychosomatik und Einrichtungen ohne Intensivpatienten werden keine Mindestvorgaben für den Nachtdienst festgelegt.

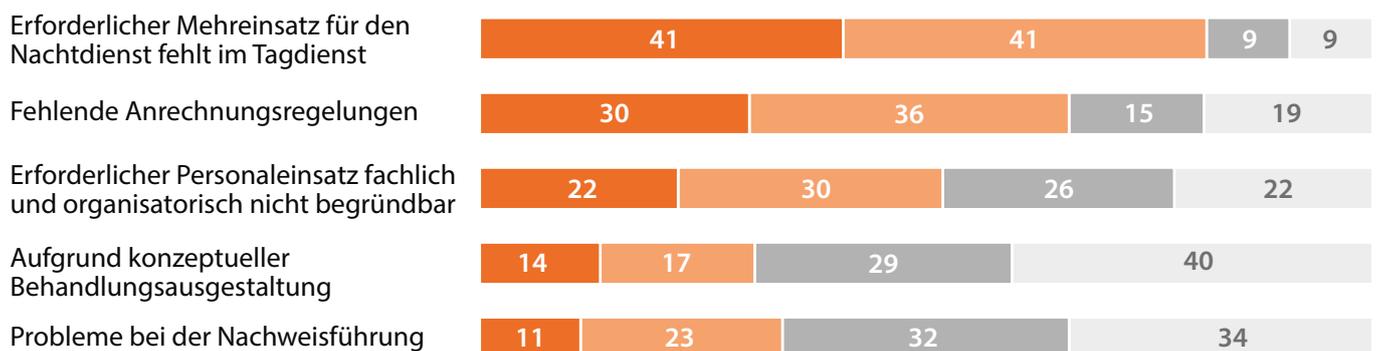
Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in der Erwachsenenpsychiatrie in mehr als 90 % der Nächte des Quartals einzuhalten. Im PSYCHIATRIE Barometer gaben 52 % der befragten Häuser an, in den ersten 3 Quartalen 2024 die Personalmindestvorgaben im pflegerischen

Nachtdienst in diesem Sinne durchgängig erreicht zu haben. In dieser Hinsicht gab es keine Unterschiede zwischen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien.

Krankenhäuser, welche die Mindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst nicht einhalten konnten, wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 17): Hauptgrund ist, dass der erforderliche Mehreinsatz für den Nachtdienst im Tagdienst fehlt. Für 82 % der Häuser trifft dies voll oder eher zu. Rund zwei Drittel der Befragten bemängeln zudem fehlende Anrechnungsregeln von Personal aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL. Für gut die Hälfte der Krankenhäuser ist zudem der erforderliche Personaleinsatz fachlich und organisatorisch nicht begründbar.

Abb. 17 Inwieweit waren die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend, dass Sie die Personalmindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst nicht durchgängig erreicht haben?

Krankenhäuser in %



ANRECHNUNG VON NICHT-PPP-RL-PERSONAL

Nach § 8 Abs. 5 PPP-RL können Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen begrenzt angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 PPP-RL Regelaufgaben der Berufsgruppe erbringen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Die Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal bereitet vielen Krankenhäusern Probleme (Abb. 18).

Jeweils rund 70 % der Befragten kritisieren die aufwendige Dokumentation bei der Nachweisführung sowie die Anerkennung bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Weitere Kritikpunkte sind fehlende Anrechnungsmöglichkeiten bei der Berufsgruppe der Ärzte und Widerstände der Kostenträger. Im Rahmen einer offenen Frage wurden vor allem die bestehenden Höchstgrenzen für die Anerkennung von Nicht-PPP-RL Personal und ein veraltetes Verständnis von Regelaufgaben kritisiert.

Abb. 18 Welche konkreten Probleme gibt es in Ihrem Haus bei der Anrechnung von Nicht-PPP-RL Personal?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Die Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal bereitet vielen Krankenhäusern Probleme.

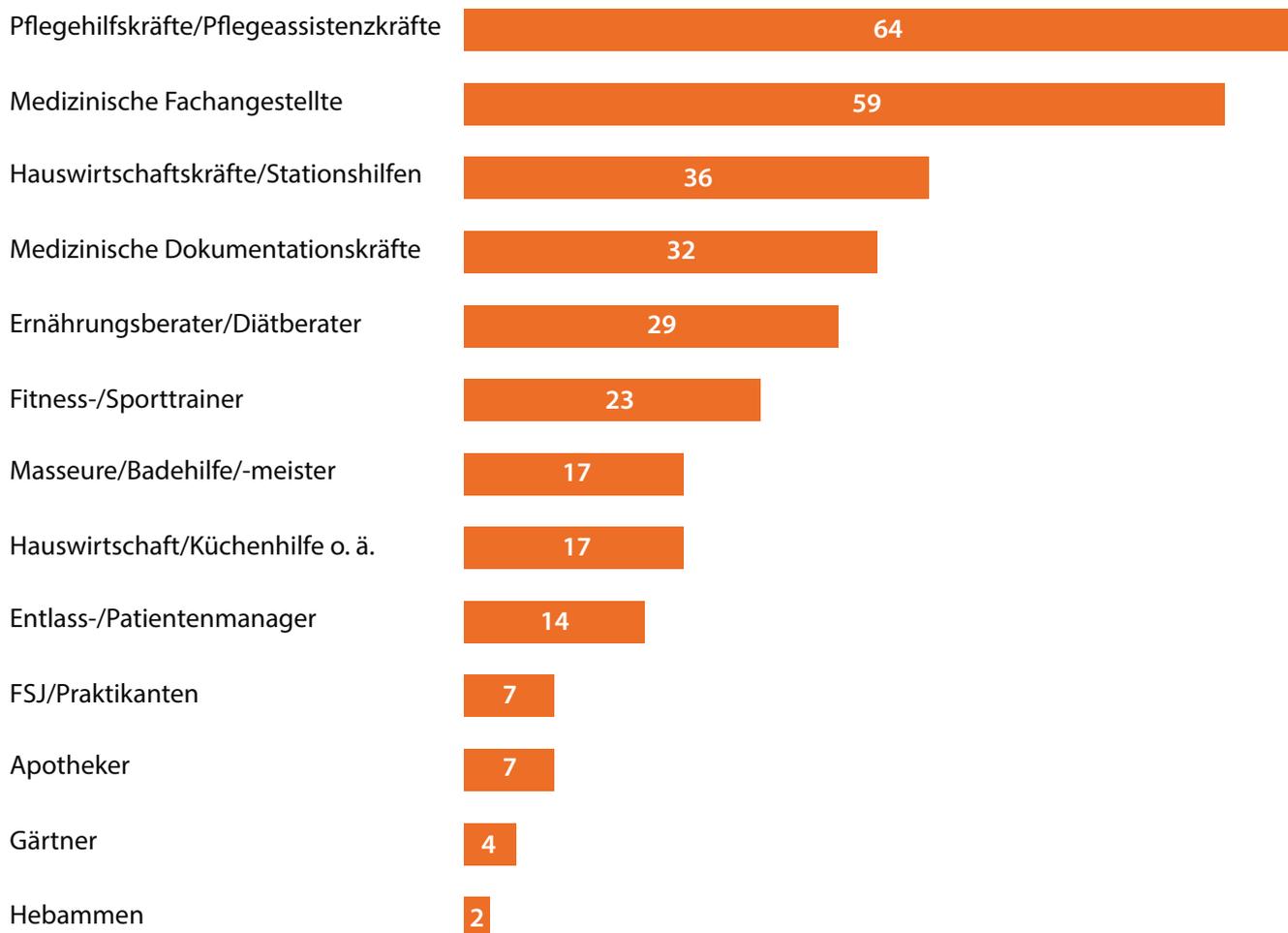
Jeweils rund 70 % der Befragten kritisieren die aufwendige Dokumentation bei der Nachweisführung sowie die Anerkennung bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes.

In Ergänzung sollten die Krankenhäuser angeben, welche Fach- oder Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen sie bisher konkret angerechnet haben. In je rund 60 % dieser Häuser bilden Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistenzkräfte sowie Medizinische Fachangestellte die am häufigs-

ten genannten Berufsgruppen. Jeweils rund ein Drittel der Befragten hat Stationshilfen, medizinische Dokumentationskräfte sowie Ernährungs- oder Diätberater angerechnet. In geringerer Häufigkeit ist darüber hinaus eine Reihe anderer Berufsgruppen aufgeführt (Abb. 19).

Abb. 19 Falls Sie gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL Fach- oder Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen angerechnet haben: Welche konkreten Berufsgruppen (Fach- oder Hilfskräfte) haben Sie angerechnet?

Krankenhäuser mit Anrechnung in %



ÄNDERUNGEN AM VERSORGUNGSANGEBOT

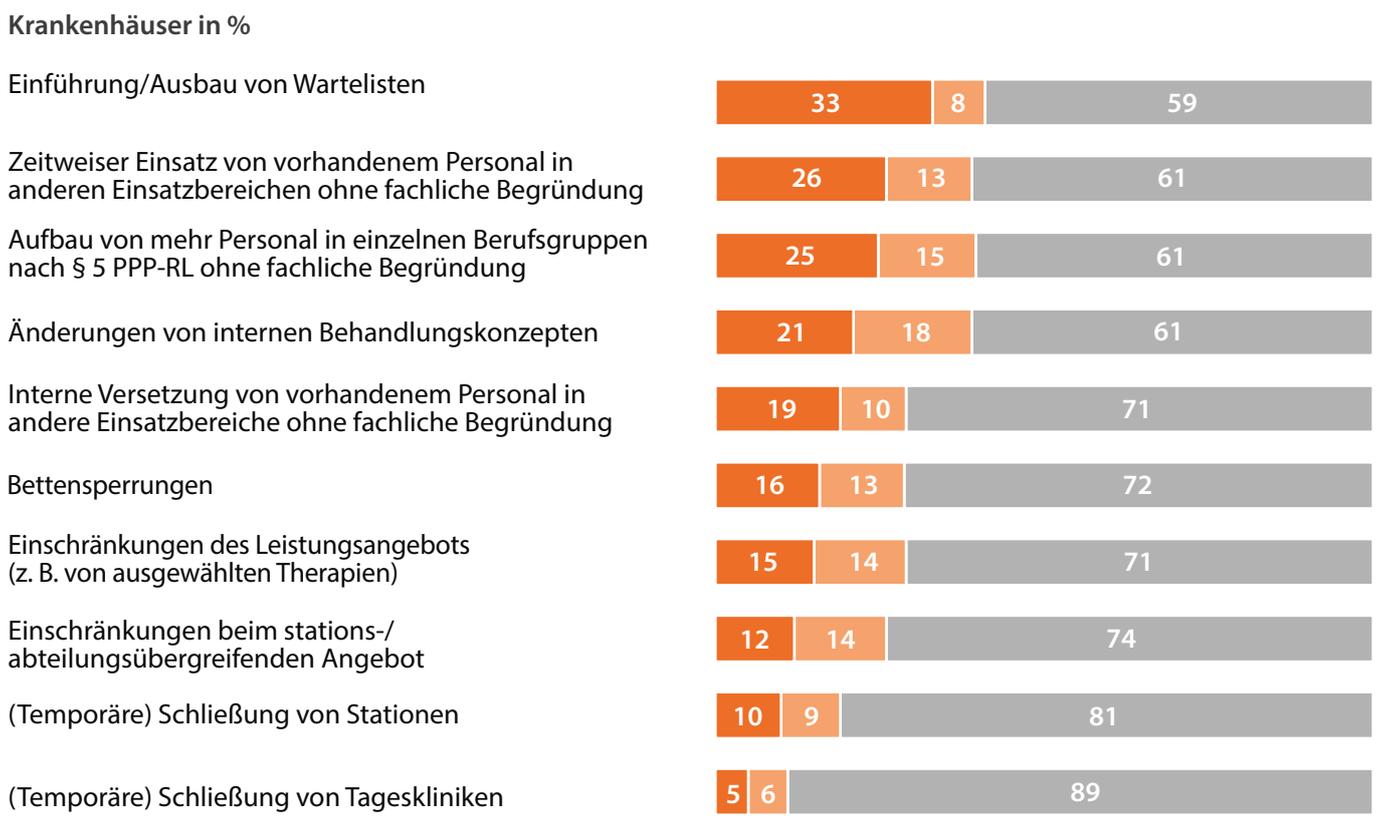
Aus der PPP-RL resultieren Veränderungen bei den Versorgungsangeboten der Krankenhäuser. *Abb. 20* zeigt, welche Änderungen die Erwachsenenpsychiatrien primär wegen der Anwendung der PPP-RL vorgenommen oder geplant haben.

Demnach führt die PPP-RL vor allem zur Einführung oder zum Ausbau von Wartelisten (in 33 % der Krankenhäuser), zum Personalaufbau in einzelnen Berufsgruppen ohne fachliches Erfordernis (26 %), zu einem fachlich unbegründeten zeitweisen Einsatz von vorhandenem Personal in anderen

Einsatzbereichen (25 %), zu Änderungen von internen Behandlungskonzepten (21 %) sowie zu internen Versetzungen in andere Einsatzbereiche ohne fachliche Begründung (19 %). Darüber hinaus sind entsprechende Änderungen der Personaleinsatzplanung teilweise noch nicht umgesetzt, aber konkret geplant.

Seltener sind Einschränkungen beim Leistungsangebot durch Bettensperrungen oder infolge der Schließung von Stationen oder Tageskliniken.

Abb. 20 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?



In der vollstationären Versorgung
müssen Elektivfälle 28 Tage (Mittelwert)
bzw. 20 Tage (Median) auf ihre Aufnahme warten.

WARTEZEITEN BEI ELEKTIVEN AUFNAHMEN

Eine mögliche Maßnahme, um die personellen Vorgaben der PPP-RL einzuhalten, ist 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. 21).

In der vollstationären Versorgung müssen Elektivfälle 28 Tage (Mittelwert) bzw. 20 Tage (Median) auf ihre Aufnahme warten. Im vergangenen Jahr betrug die durchschnittliche Wartezeit 24 Tage (Median: 20 Tage). Am längsten sind die Wartezeiten in der teilstationären Versorgung mit im Mittel 40 Tagen (2023: 34 Tage) bzw. Median 28 Tagen (2023: 28 Tage). In der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung beträgt die durchschnittliche Wartezeit 11 Tage (2023: 22 Tage). Damit haben sich die Wartezeiten im stationären und teilstationären Bereich teils erheblich verlängert.

In den Einrichtungspsychiatrien sind die durchschnittlichen Wartezeiten für die voll- und teilstationäre Versorgung jeweils 3 Tage länger als in den Abteilungspsychiatrien (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 21 Wie lang sind aktuell in der Erwachsenenpsychiatrie Ihrer Einrichtung die durchschnittlichen Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in den folgenden Bereichen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)



© Deutsches Krankenhausinstitut

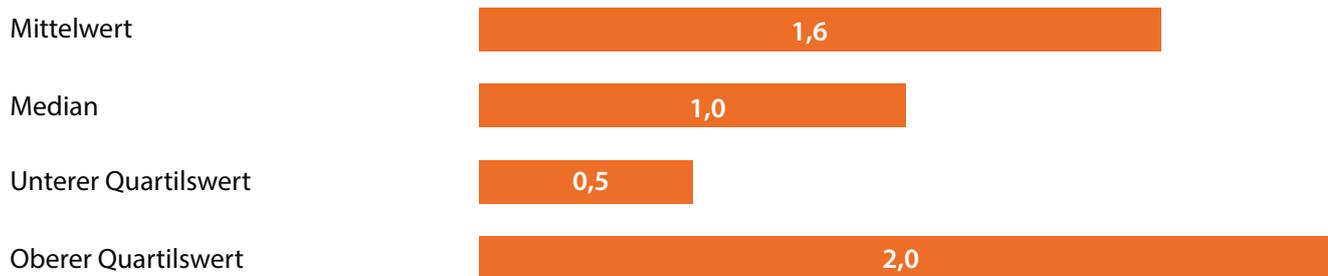
DOKUMENTATIONSAUFWAND FÜR DIE PPP-RL

Angesichts des komplexen Nachweisverfahrens 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. 22* ersichtlich, resultierte eine große Streuung der Aufwandswerte.

Im Durchschnitt entspricht der Dokumentationsaufwand für die PPP-RL 1,6 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. 22 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

In Einrichtungspsychiatrien lag der durchschnittliche Dokumentationsaufwand für die PPP-RL bei 1,7 Vollkräften und in den in der Regel kleineren Abteilungspsychiatrien bei 1,3 Vollkräften.



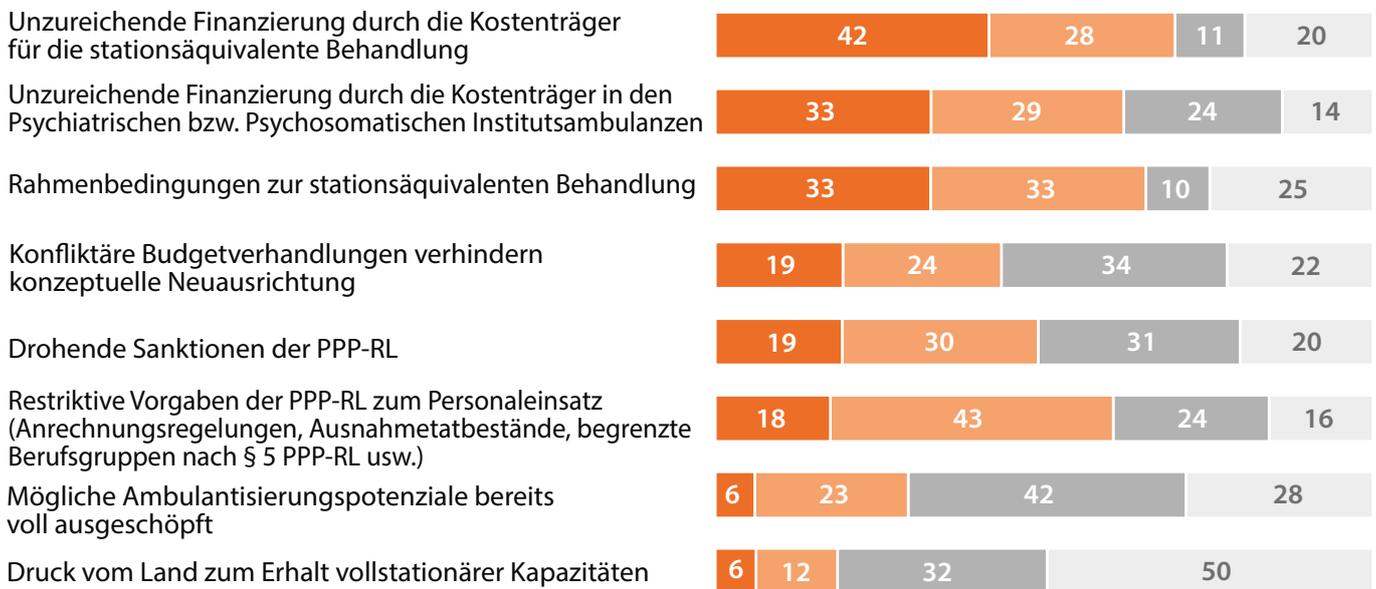
HINDERNISSE DER AMBULANTISIERUNG

Abschließend zu diesem Themenkomplex sollten sich die Krankenhäuser zur Ambulantisierung ihrer Leistungen und möglichen Hindernissen hierfür äußern. In jedem Fall sehen die Befragungsteilnehmer mehrheitlich noch Ambulantisierungspotenziale in ihren Häusern. 70 % der Teilnehmer verneinen, dass diese bereits ausgeschöpft seien.

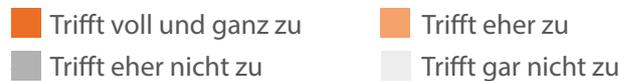
Hauptgründe hierfür sind die unzureichende Finanzierung sowohl von Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen als auch der stationsäquivalenten Behandlung. Jeweils rund zwei Drittel der Krankenhäuser stimmten hier zu.

Abb. 23 Welche Rahmenbedingungen hindern Sie derzeit, Ihr Versorgungsangebot stärker zu ambulantisieren?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut



Aber auch die restriktiven Vorgaben der PPP-RL zum Personaleinsatz, drohende Sanktionen der PPP-RL und konfliktäre Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern sind Gründe, warum psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

angeben, ihr ambulantes Potenzial nicht ausschöpfen zu können. Druck vom Land, stationäre Kapazitäten zu erhalten, spielt dagegen keine nennenswerte Rolle.



GEFLÜCHTETE BZW. SCHUTZSUCHENDE MENSCHEN IN DER PSYCHIATRIE

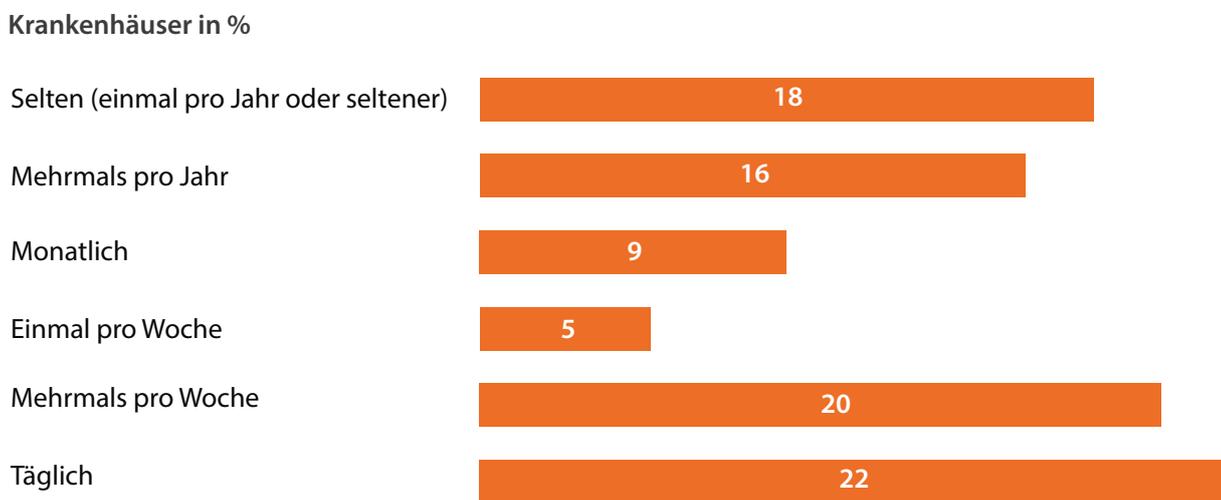
Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen stehen bei der Versorgung geflüchteter oder schutzsuchender Patienten vor verschiedenen Herausforderungen, insbesondere durch kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren. In den befragten Einrichtungen schätzt etwa die Hälfte ihre Vorbereitung auf die spezifischen Anforderungen in der Versorgung dieser Patientengruppe als ausreichend ein. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, setzen die meisten Einrichtungen vor allem auf interne Ressourcen wie Sprachkurse für Mitarbeitende und Fortbildungen zum Umgang mit Sprachbarrieren. Der Einsatz externer Hilfsmittel, wie Übersetzungshotlines oder technische Unterstützung, ist weniger verbreitet. Die Zusammenarbeit mit externen Akteuren, wie Migrationsdiensten, Migrationsbeauftragten oder migrantischen Organisationen, findet bisher nur vereinzelt statt.

HÄUFIGKEIT DER BEHANDLUNG

Die bundesweite Krankenhausbefragung zeigte, dass geflüchtete bzw. schutzsuchende Menschen unterschiedlich häufig in den befragten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen behandelt werden. Ein Anteil der Häuser gab an, eher selten einmal pro Jahr (18 %) oder maximal mehrmals pro Jahr (16 %) geflüchtete Menschen

zu behandeln. Ein ähnlich großer Anteil der befragten Häuser gab an, mehrmals pro Woche (20 %) oder täglich (22 %) schutzsuchende Patienten zu behandeln. Nur ein kleiner Anteil der befragten Häuser gab an, einmal pro Woche (5 %) oder monatlich (9 %) eine Behandlung dieser Patienten durchzuführen (Abb. 24).

Abb. 24 Wie häufig haben Sie im letzten Jahr geflüchtete bzw. schutzsuchende Menschen behandelt?

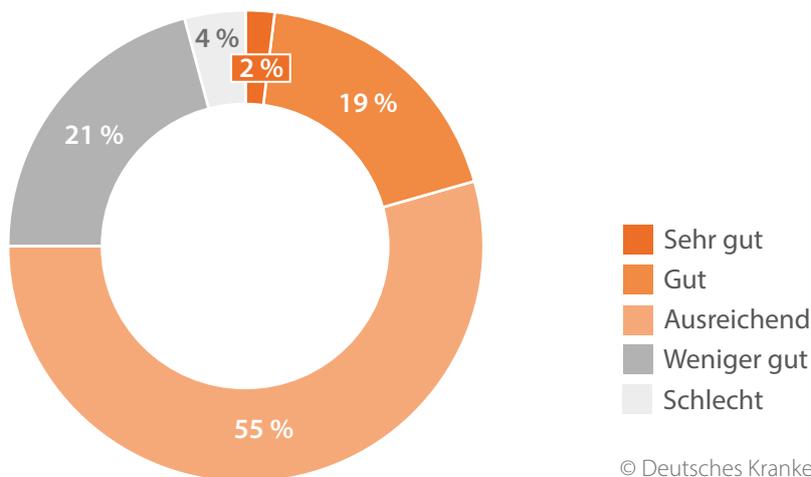


Hinsichtlich einer allgemeinen Einschätzung der Krankenhäuser berichtete die Mehrheit, dass sie ausreichend auf die speziellen Bedürfnisse geflüchteter bzw. schutzsuchender Patienten

vorbereitet ist (55 %). Insgesamt schätzten sich 21 % als gut bis sehr gut vorbereitet ein. Weitere 21 % der Häuser gaben zum Befragungszeitpunkt an, weniger gut vorbereitet zu sein (Abb. 25).

Abb. 25 Wie gut ist Ihr Haus im Allgemeinen auf die speziellen Bedürfnisse von geflüchteten bzw. schutzsuchenden Patienten vorbereitet?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

HERAUSFORDERUNGEN IN DER VERSORGUNG

Herausforderungen in der Behandlung geflüchteter bzw. schutzsuchender Menschen ergeben sich am häufigsten durch kulturelle Unterschiede. Fast alle befragten Krankenhäuser berichteten von Sprachbarrieren zwischen Patienten und dem medizinischen Fachpersonal (91 %). Ein abweichendes Verständnis von Krankheit und Behandlung wurde ebenfalls sehr häufig als Herausforderung angegeben (61 %). Zudem gab rund die Hälfte der Krankenhäuser an, häufig beim Aufbau vertrauensvoller Beziehungen (50 %) sowie bei der Anwendung therapeutischer Methoden mit

kulturbedingten Herausforderungen (54 %) konfrontiert zu sein.

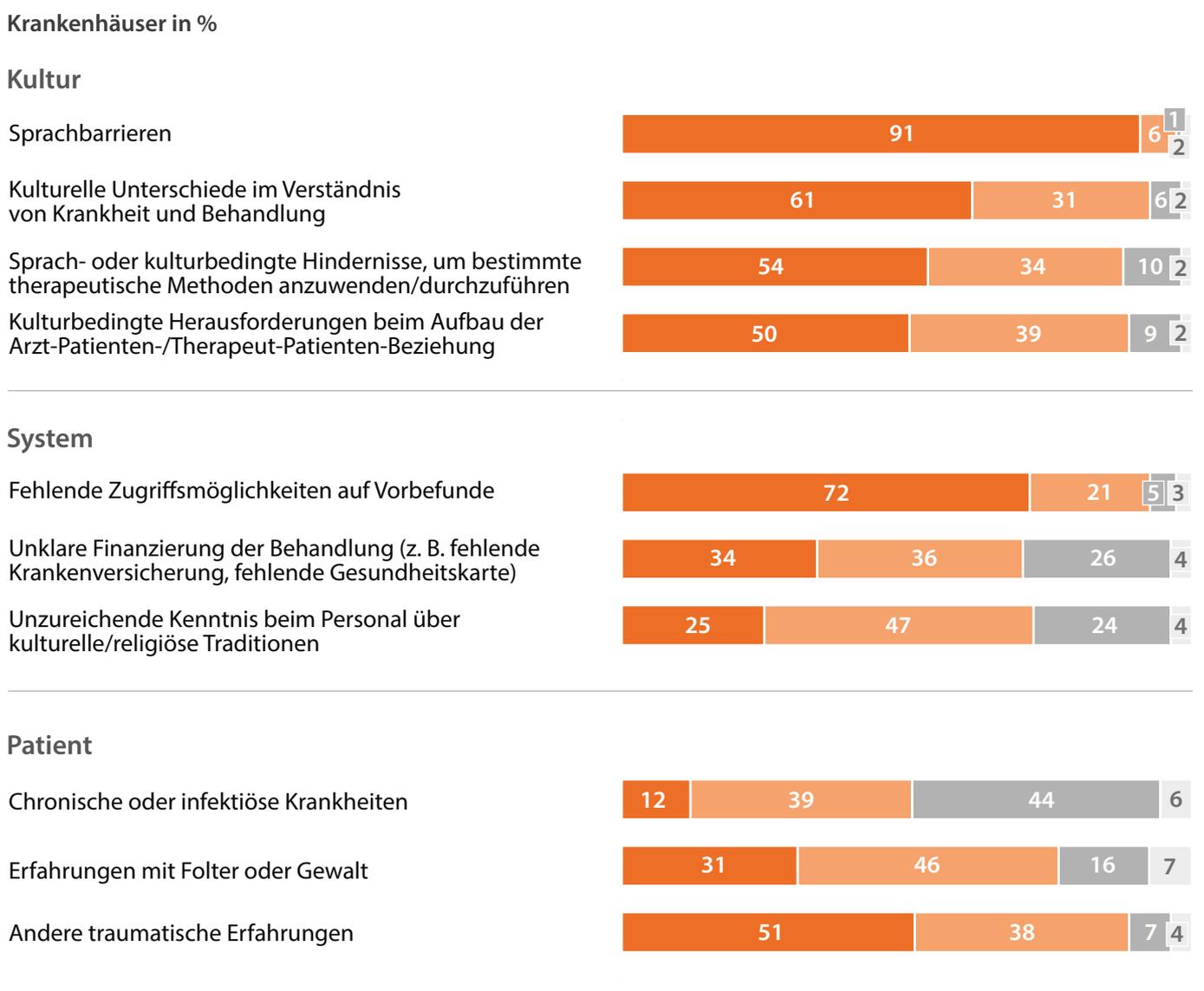
Darüber hinaus sind psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit systembedingten Herausforderungen konfrontiert. Sehr häufig fehlen bei der großen Mehrheit der befragten Einrichtungen die Vorbefunde der geflüchteten bzw. schutzsuchenden Patienten (72 %). Bei gut einem Drittel (34 %) der Einrichtungen ist aufgrund fehlender Nachweise der Krankenversicherung unklar, wie die Behandlung finanziert werden

kann. Weniger häufig werden unzureichende Kenntnisse beim Personal über kulturelle oder religiöse Traditionen als Herausforderung angegeben (25 %).

Bei den patientenbezogenen Aspekten stellen vor allem traumatische Erfahrungen bei der Hälfte

der befragten Einrichtungen eine häufige Herausforderung in der Behandlung dar. Erfahrungen mit Folter oder Gewalt werden von 77 % der Häuser als gelegentliche bis häufige Herausforderung benannt. Chronische oder infektiöse Erkrankungen spielen in der Behandlung der Patienten bei ca. der Hälfte der Einrichtungen eine Rolle (Abb. 26).

Abb. 26 Welche Herausforderungen erleben Sie bei der Versorgung von geflüchteten bzw. schutzsuchenden Patienten?



Herausforderungen in der Behandlung geflüchteter bzw. schutzsuchender Menschen ergeben sich am häufigsten durch Sprachbarrieren (91 %).

MASSNAHMEN ZUR ÜBERWINDUNG VON SPRACHBARRIEREN

Aufgrund der häufig berichteten Sprachbarriere in der Versorgung von geflüchteten bzw. schutzsuchenden Patienten wurden die Häuser gebeten anzugeben, welche Maßnahmen ihnen zur Überwindung dieser zur Verfügung stehen und wie effektiv sie diese im Praxisalltag einschätzen. 95 % der Krankenhäuser setzen Personal mit entsprechenden Sprachkenntnissen ein. Dies wurde von gut der Hälfte der Krankenhäuser (53 %) als die effektivste Methode zur Überwindung von Sprachbarrieren beurteilt.

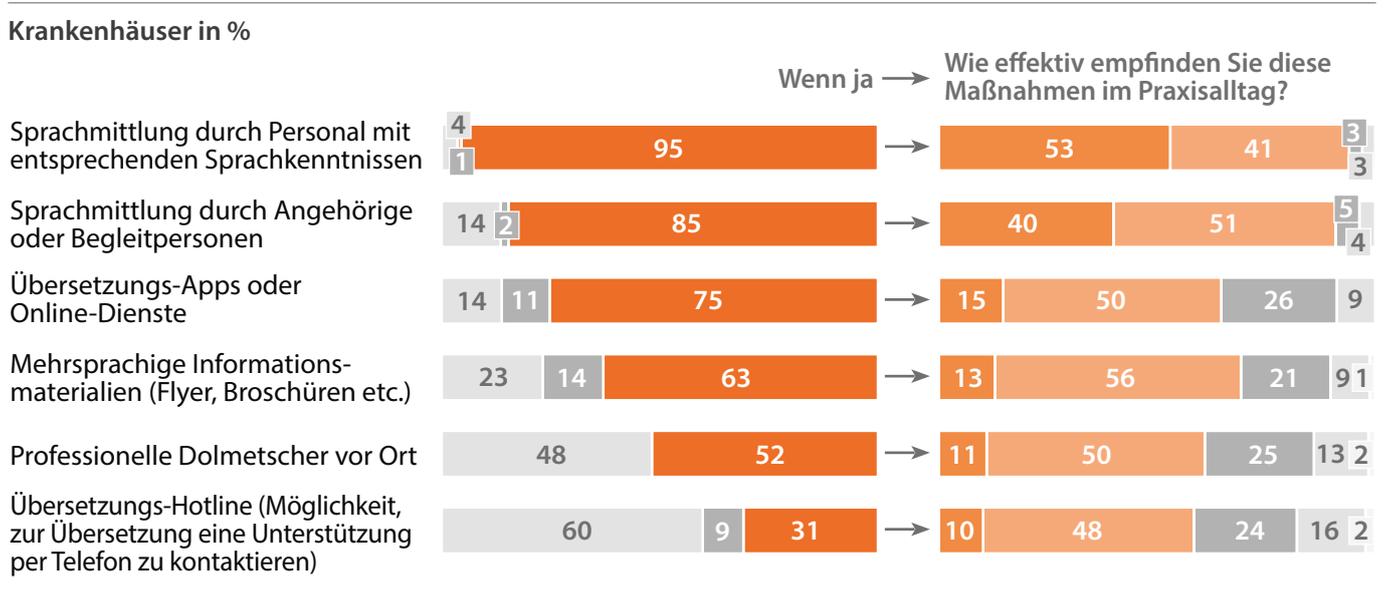
Zudem findet in den meisten Einrichtungen (85 %) eine Sprachmittlung durch Angehörige oder Begleitpersonen der Patienten statt, die ebenfalls von einem großen Anteil der Häuser (40 %) als eine effektive Methode beurteilt wurde.

Apps und Onlinedienste sind ebenfalls weitverbreitete Hilfsmittel zur Sprachmittlung (75 %).

Diese werden von den Häusern häufiger (65 %) als effektiv beurteilt als die Sprachmittlung durch Angehörige. Als weiteres Medium werden zudem mehrsprachige Informationsmaterialien, wie Flyer und Broschüren, von 63 % der Krankenhäuser eingesetzt und ebenfalls überwiegend als effektiv bewertet (69 %).

Professionelle Dolmetscher werden von der Hälfte der befragten Kliniken (52 %) eingesetzt. Genauso viele geben an, keine entsprechenden Planungen für deren Einsatz zu verfolgen, obwohl die Unterstützung durch Dolmetscher von 61 % der Befragten als effektiv beurteilt wurde. Auch Übersetzungs-Hotlines, die telefonische Übersetzungen ermöglichen sollen, stehen in 60 % der Krankenhäuser weder zur Verfügung noch sind sie in Planung. Gleichzeitig bewertet knapp die Hälfte der Befragten diese Option als wirksam (48 %) (Abb. 27). Auf Nachfrage zu sonstigen Maßnahmen für die Überwindung von Sprachbarrieren gab es keine zusätzlichen Rückmeldungen.

Abb. 27 Welche Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren stehen Ihnen zur Verfügung?



© Deutsches Krankenhausinstitut



Zur Überwindung von Sprachbarrieren setzten viele Einrichtungen (95 %) Personal mit entsprechenden Sprachkenntnissen ein.

Außerdem findet in den Einrichtungen (85 %) eine Sprachmittlung durch Angehörige oder Begleitpersonen der Patienten statt.

REFINANZIERUNG DER DOLMETSCHERTÄTIGKEIT IM JAHR 2024

Professionelle Dolmetscher standen zum Zeitpunkt der Befragung nicht flächendeckend in den Einrichtungen zur Verfügung. Ein Grund hierfür könnte die unzureichende Refinanzierung sein.

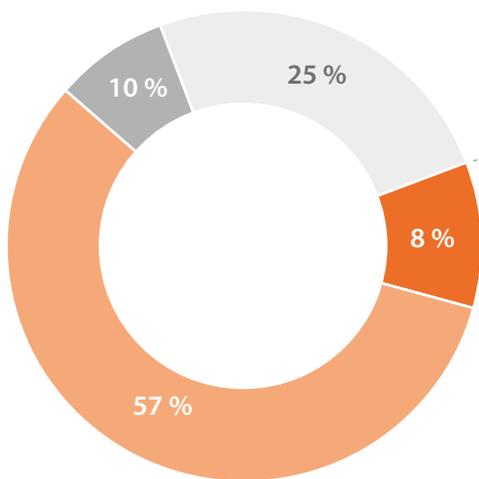
Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser gab an, dass beauftragte Dolmetscherleistungen im Jahr 2024 nicht vollständig refinanziert wurden. Weitere 10 % gaben an, dass keine Kosten angefallen seien. Ein Viertel der Befragten konnte hierzu keine Angabe machen und lediglich 8 % berichteten von einer vollständigen Refinanzierung. Die Kostenübernahme erfolgte dabei zur Hälfte durch Kommunen oder Länder, zu 20 % durch Kranken-

kassen und zu 30 % durch sonstige Stellen (Abb. 28).

Gründe, die für eine fehlende Finanzierung angegeben wurden, waren fehlende Anerkennung durch Kostenträger, unklare Zuständigkeiten oder ausbleibende Kostenübernahmeerklärungen. Zudem wurde angegeben, dass die erstattungsfähigen Beträge oft nicht die tatsächlichen Dolmetscherhonorare abdecken, wodurch eine vollständige Kostendeckung nicht gewährleistet ist (offenes Frage-Antwort-Feld, Daten nicht abgebildet).

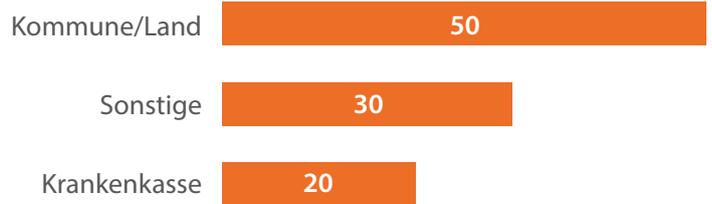
Abb. 28 Waren die Dolmetschertätigkeiten (externe professionelle Dolmetscher und/oder Videodolmetscher) im Jahr 2024 vollständig refinanziert?

Krankenhäuser in %



Wenn ja, wer hat die Kosten für die Dolmetschertätigkeiten übernommen?

Mehrfachantworten möglich



Statt auf externe Ressourcen wie Übersetzungs-Hotlines oder technische Hilfsmittel zurückzugreifen, setzen viele Einrichtungen auf die sprachliche Qualifizierung ihres Personals.

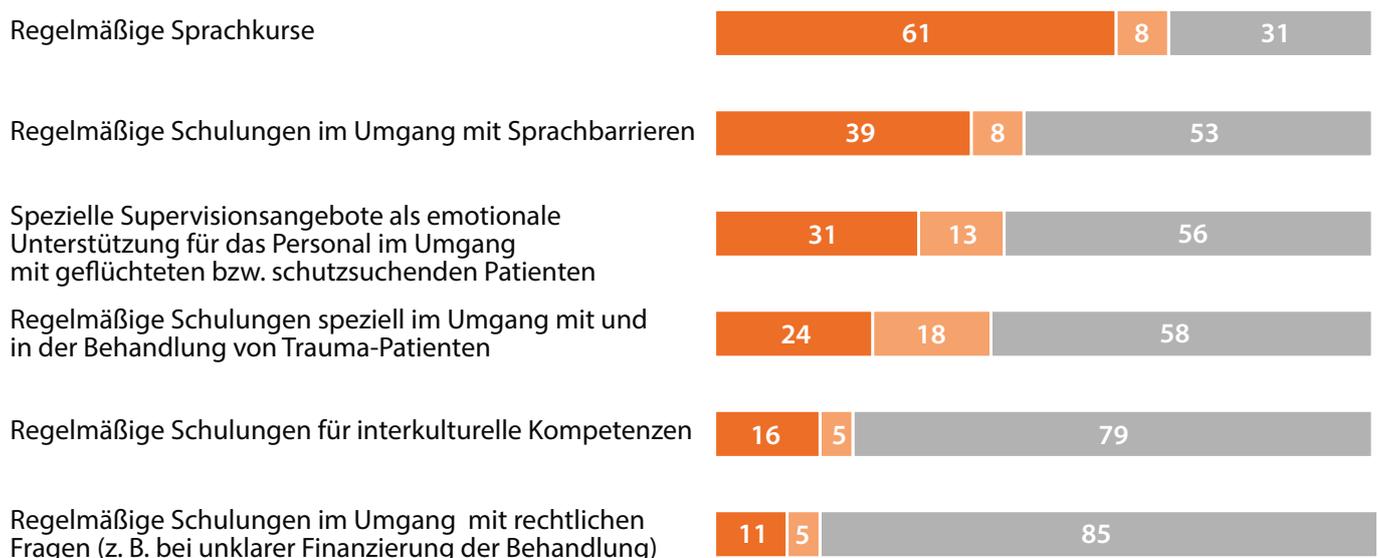
UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR DAS KLINIKPERSONAL

Zur Bewältigung der Herausforderungen bei der Versorgung von geflüchteten bzw. schutzsuchenden Menschen bieten viele Einrichtungen (61 %) eine Vielzahl an Schulungen und Kurse für das Personal an, insbesondere solche, die Sprachkompetenzen fördern. Auf Nachfrage wurde angegeben, dass sowohl Deutschkurse für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund angeboten werden als auch Kurse in Englisch, Rumänisch, Russisch und Spanisch. Darüber hinaus führen 39 % der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ergänzende Schulungen zum Umgang mit Sprach-

barrieren durch. Supervisionsangebote zur emotionalen Unterstützung werden von 31 % der Krankenhäuser bereitgestellt. Bei mehr als der Hälfte der Einrichtungen werden diese Angebote zum Befragungszeitpunkt nicht angeboten und sind auch nicht in Planung. Spezielle Schulungen zum Umgang mit und zur Behandlung von traumatisierten Geflüchteten kommen bei einem Viertel der Kliniken zum Einsatz. Schulungen für rechtliche Fragen und interkulturelle Kompetenzen werden nur vereinzelt angeboten und sind auch nicht geplant (Abb. 29).

Abb. 29 Welche Unterstützungsangebote werden von Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik für das Personal angeboten?

Krankenhäuser in %





KOOPERATIONEN MIT EXTERNEN PERSONEN ODER INSTITUTIONEN

Die Kooperationen psychiatrischer bzw. psychosomatischer Einrichtungen mit externen Personen oder Institutionen, die an der Versorgung geflüchteter bzw. schutzsuchender Patienten beteiligt sind, kommen eher selten zum Einsatz.

15 % der Einrichtungen gaben an, einen diesbezüglichen Austausch mit sozialpsychiatrischen Diensten zu pflegen. Andere Akteure, wie niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten sowie Dolmetscher oder Sprach- und Kulturmittler, werden von 12 % der Einrichtungen zur Unterstützung hinzugezogen. Der Kontakt zu Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. zentralen Aufnahmeeinrichtun-

gen sowie zu anderen Krankenhäusern und Not- und Gemeinschaftsunterkünften besteht in knapp 10 % der Einrichtungen. Spezialisierte Beratungs- und Behandlungsstellen für Migranten sowie psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer werden von 8 % der Häuser als Kooperationspartner eingebunden. Am seltensten findet eine Kooperation zwischen psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen und Migrationslotsen oder Migrationsbeauftragten (4 %), migrantischen (Selbsthilfe-)Organisationen (4 %) sowie Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände (5 %) statt (Abb. 30).

Abb. 30 Mit welchen der folgenden Personen oder Institutionen kooperiert Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung regelmäßig im Rahmen der Versorgung von geflüchteten bzw. schutzsuchenden Patienten?

Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser in %





5

KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Klinisches Risikomanagement hat zum Ziel, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen, um die Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation insgesamt zu erhöhen. Dabei kommen unterschiedliche Verfahren zur Risikobeurteilung, Risikovermeidung und Risikobewältigung zum Einsatz. Das diesjährige PSYCHIATRIE Barometer untersucht die Anwendung des klinischen Risikomanagements in psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen.

STRATEGIEN UND ZIELE DES KLINISCHEN RISIKOMANAGEMENTS

Um klinisches Risikomanagement zu etablieren, ist zunächst eine Festlegung von konkreten Zielen, die erreicht werden sollen, erforderlich. Verbindliche, schriftlich festgelegte Zielvorgaben sind bei rund 70 % der befragten Einrichtungen systematisch oder unsystematisch umgesetzt. Rund 20 % haben sich bislang nicht damit befasst oder haben noch keine konkreten Umsetzungspläne. Um eine klare Strategie in Bezug auf klinisches Risikomanagement verfolgen zu können, ist die Definition von Prozessen und Prozessverantwortlichkeiten entscheidend. Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wurden daher gefragt, ob Prozesse definiert (z. B. durch Verfahrensanweisungen) und dokumentiert sind. Über die Hälfte der Einrichtungen (55 %) hat dies bereits systematisch umgesetzt. In jeder 5. Einrichtung liegt zumindest eine unsystematische Umsetzung vor. Eine verbindliche Zuordnung der Prozesse, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zu Mitarbeitern erfolgt in 59 % der befragten Einrichtungen systematisch und in 21 % unsystematisch. 5 % planen die Umsetzung in den nächsten 12 Monaten.

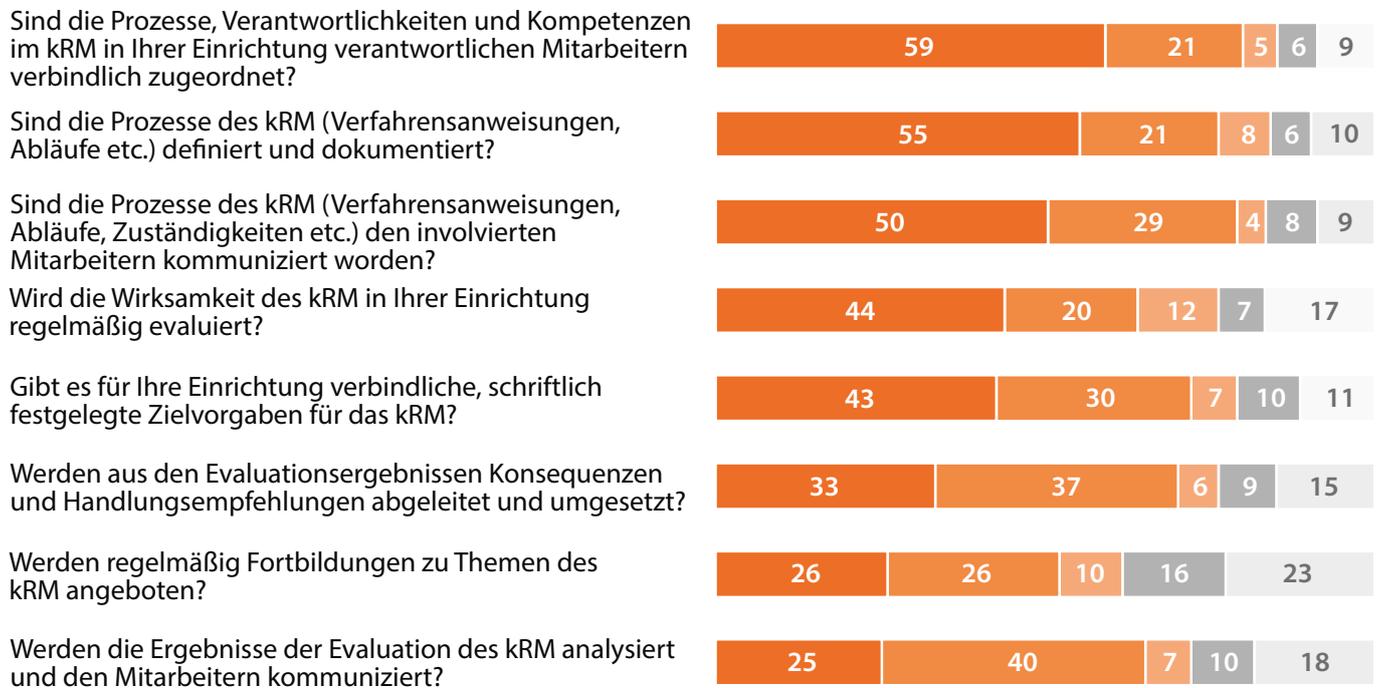
Die Mitarbeiterpartizipation ist ein wichtiger Bestandteil und Erfolgsfaktor des klinischen Risikomanagements. Daher wurden die Kliniken nach dem Angebot regelmäßiger Fortbildungen zum Thema klinisches Risikomanagement gefragt. Knapp über die Hälfte der Befragten bietet dies systematisch oder unsystematisch an. Bei 10 % ist die Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant. Um das klinische Risikomanagement als lernendes System aufzubauen, ist es sinnvoll, dessen Wirksamkeit regelmäßig zu evaluieren sowie Konsequenzen und Handlungsempfehlungen abzuleiten und umzusetzen. Eine Evaluation des klinischen Risikomanagements ist bei einem Viertel der Befragten bereits systematisch umgesetzt. Bei 40 % ist dies unsystematisch der Fall. Konsequenzen und Handlungsempfehlungen werden bei 70 % der befragten Einrichtungen bereits abgeleitet und umgesetzt. (Abb. 31)

70 %

der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser sowie Allgemenkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen verfolgten verbindliche Zielvorgaben im Rahmen des klinischen Risikomanagements.

Abb. 31 Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen zu Strategien und Zielen des klinischen Risikomanagements (kRM) auf Ihre Einrichtung zutreffen

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

- Systematisch umgesetzt
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- Noch nicht damit befasst

VERFAHREN DER KLINISCHEN RISIKOBEURTEILUNG

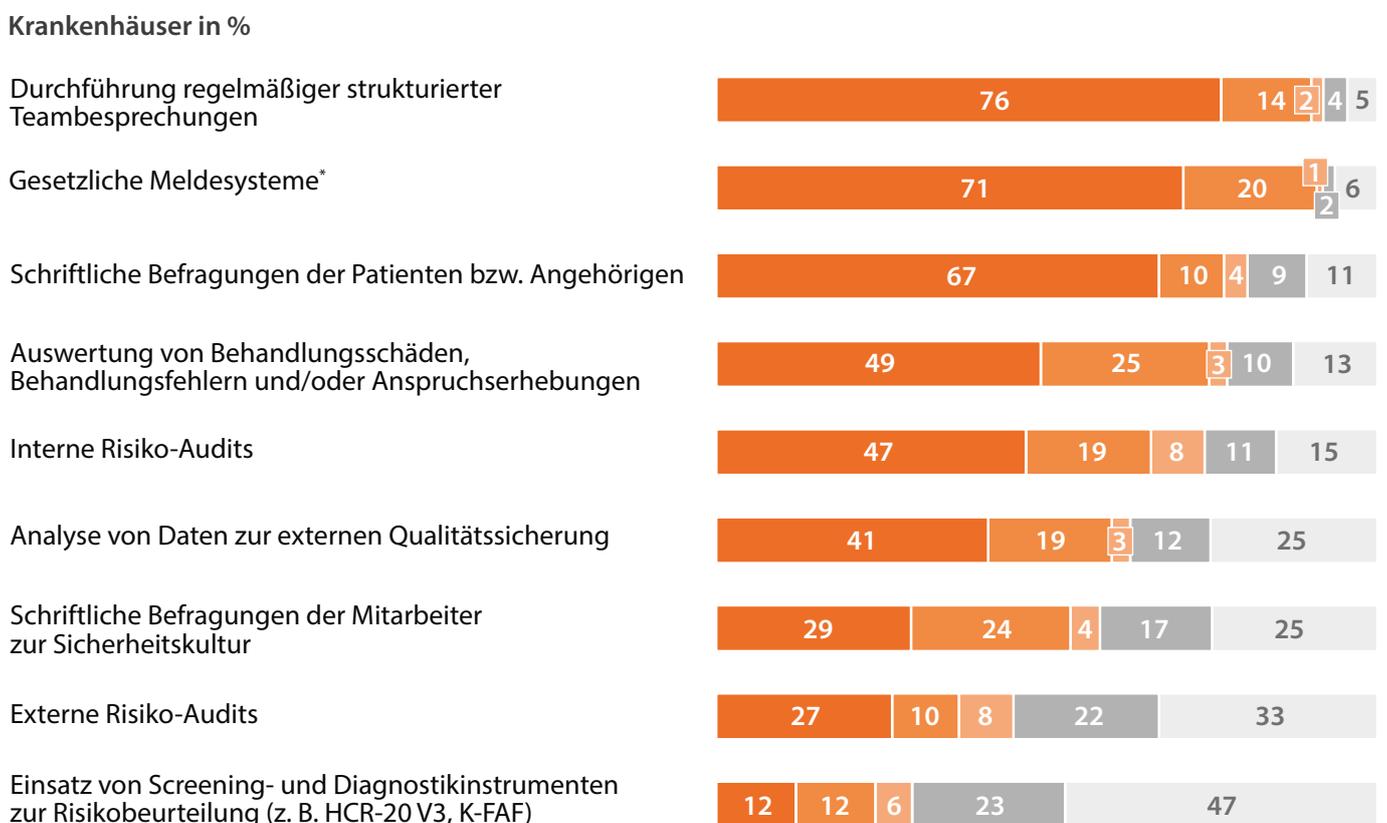
Für die Ausgestaltung und Ausrichtung des klinischen Risikomanagements ist die individuelle Risikobeurteilung elementarer Bestandteil. Die Risikobeurteilung umfasst dabei die Risikoidentifikation, die Risikoanalyse sowie die Risikobewertung aus Sicht von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen. Zur Risikobeurteilung stehen verschiedene

Verfahren zur Verfügung, zu deren Einsatz die psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen im Zuge des vorliegenden PSYCHIATRIE Barometers befragt wurden (Abb. 32).

Regelmäßige strukturierte Teambesprechungen als Verfahren der klinischen Risikobeurteilung sind mit 76 % am häufigsten systematisch umgesetzt. Vergleichbar stark kommen gesetzliche Meldesysteme (z. B. hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen im Rahmen von Arzneimitteltherapien) mit 71 % (systematisch) bzw. 20 % (unsystematisch) zum Einsatz. Die Einbindung von

Patienten und Angehörigen erfolgt bei 67 % der Befragten bereits systematisch mittels schriftlicher Befragungen. Eine schriftliche Befragung der Mitarbeiter zur Sicherheitskultur erfolgt bei rund 50 % systematisch oder unsystematisch. Ein Viertel hat sich bislang noch nicht mit einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung im Kontext der Risikobeurteilung befasst.

Abb. 32 Inwieweit kommen die folgenden Verfahren der klinischen Risikobeurteilung in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung zum Einsatz?



© Deutsches Krankenhausinstitut

- Systematisch umgesetzt
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- Noch nicht damit befasst

*Gesetzliche Meldesysteme sind die Meldung von unerwünschten Nebenwirkungen im Rahmen der Arzneimitteltherapie oder Anwendung von Medizinprodukten an das BfArM. Weitere gesetzliche Meldesysteme sind die externe Qualitätssicherung oder Meldungen an das RKI. www.gqmg.de

Standardisierte Screening- und Diagnostikinstrumente zur Risikobeurteilung, wie z. B. die Checkliste HCR-20 (Historical, Clinical, and Risk Management-20) zur Vorhersage von gewalttätigem Verhalten, kommen nur geringfügig zum

Einsatz. Fast die Hälfte der Einrichtungen hat sich noch nicht mit Screening- und Diagnostikinstrumenten zur Risikobeurteilung befasst. Nur 12 % setzten diese systematisch ein.

EINRICHTUNGSINTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM (CIRS)

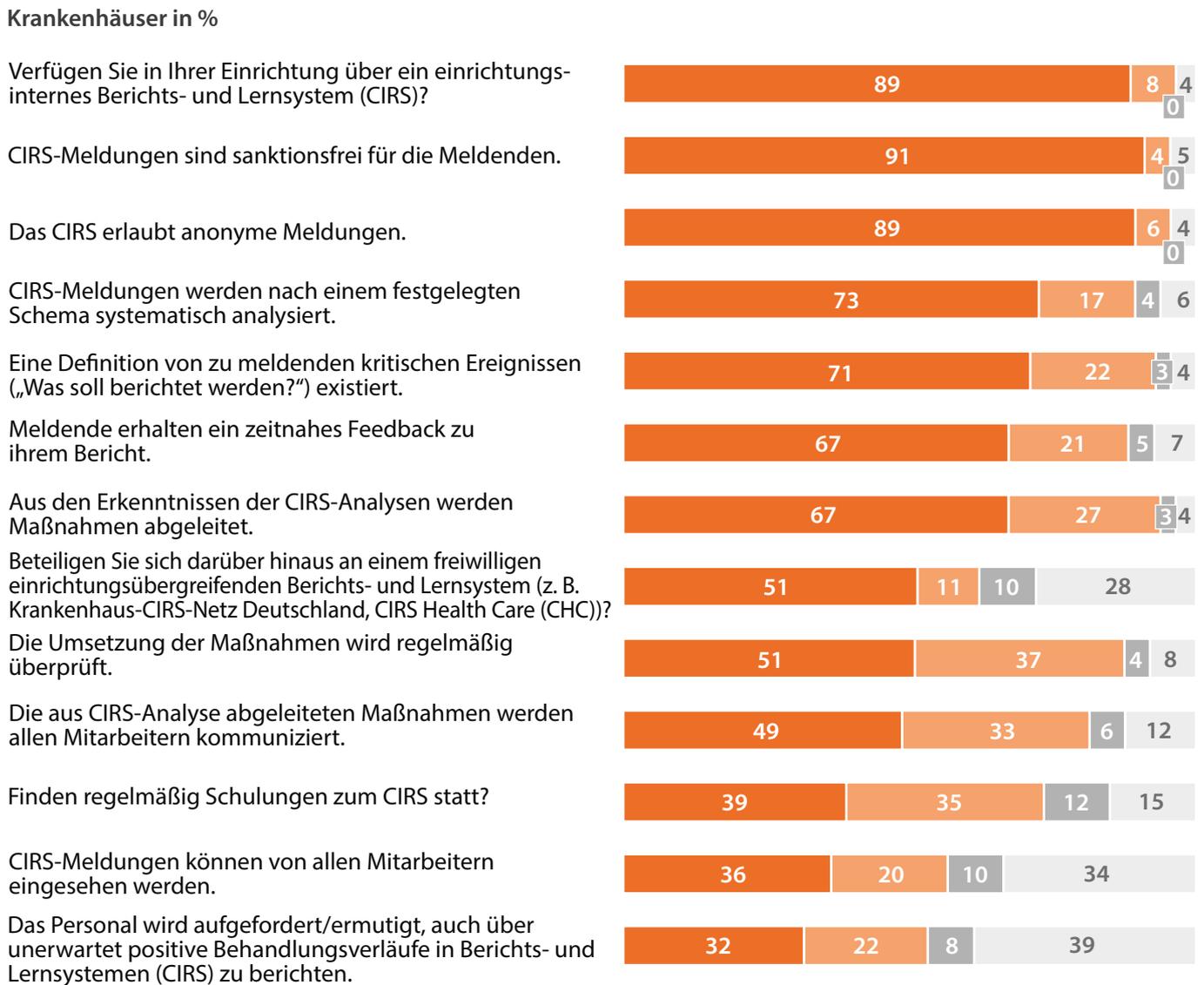
Einrichtunginterne Berichts- und Lernsysteme, häufig auch als Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) bezeichnet, ermöglichen die Meldung kritischer Ereignisse oder Beinahe-Schäden in der medizinischen Versorgung. Kritische Ereignisse werden mit dem Ziel, Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit abzuleiten, systematisch analysiert und bewertet. Des Weiteren sollen Dritte durch Kenntnis der anonymisierten Meldungen und der daraus abgeleiteten Maßnahmen profitieren und lernen. Einrichtunginterne Berichts- und Lernsysteme sind in somatischen Krankenhäusern bereits als wichtige Instrumente des klinischen Risikomanagements und der Patientensicherheit etabliert. Die vorliegende Befragung im Rahmen des PSYCHIATRIE Barometers zeigt, dass sie auch in psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen sehr häufig zum Einsatz kommen (Abb. 33). Rund 90 % der befragten Einrichtungen haben ein CIRS bereits vollständig oder weitestgehend umgesetzt. Um die Akzeptanz eines CIRS in der Mitarbeiterschaft zu erhöhen und zu sichern, sind Anonymität und Sanktionsfreiheit der Meldungen wichtige Erfolgsfaktoren. Bei 89 % der befragten Einrichtungen sind anonyme Meldungen möglich. 91 %

gaben an, dass diese sanktionsfrei möglich sind. Um ein CIRS als lernendes System anzulegen, ist es erforderlich, Meldungen zu kritischen Ereignissen transparent zu machen und Maßnahmen zur Vermeidung oder Verbesserung abzuleiten. In 56 % der befragten Kliniken ist es vollständig oder teilweise umgesetzt, dass CIRS-Meldungen für alle Mitarbeitenden einsehbar sind. Maßnahmen zur Vermeidung oder Verbesserung werden bei 67 % der Einrichtungen bereits vollständig oder weitestgehend abgeleitet. Rund die Hälfte der befragten Einrichtungen prüft zudem regelmäßig deren Umsetzung. Die Analyse der CIRS-Meldung erfolgt bei 73 % systematisch nach einem festgelegten Schema.

Durch die inzwischen umfangreiche Umsetzung und Akzeptanz von einrichtungswissenschaftlichen Berichts- und Lernsystemen im Gesundheitssystem wurden zum Zweck der erhöhten Transparenz einrichtungswissenschaftliche Netzwerke, wie z. B. das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0, gebildet. Mit solchen Netzwerken wird das Ziel verfolgt, auch überregional, interprofessionell und interdisziplinär aus kritischen Ereignissen lernen zu können. Rund jede 2. befragte Einrichtung hat sich bereits einem solchen Netzwerk angeschlossen. 10 % haben dies konkret in Planung.

In rund 90 % der befragten Einrichtungen ist ein CIRS bereits vollständig oder weitestgehend im Einsatz.

Abb. 33 Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung zutreffen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Ja, vollständig oder weitgehend umgesetzt
 ■ Ja, teilweise umgesetzt
■ Nein, aber konkret geplant
 ■ Nein, und nicht geplant

EINSATZ VON INSTRUMENTEN UND METHODEN ZUR RISIKOVERMEIDUNG UND -BEWÄLTIGUNG

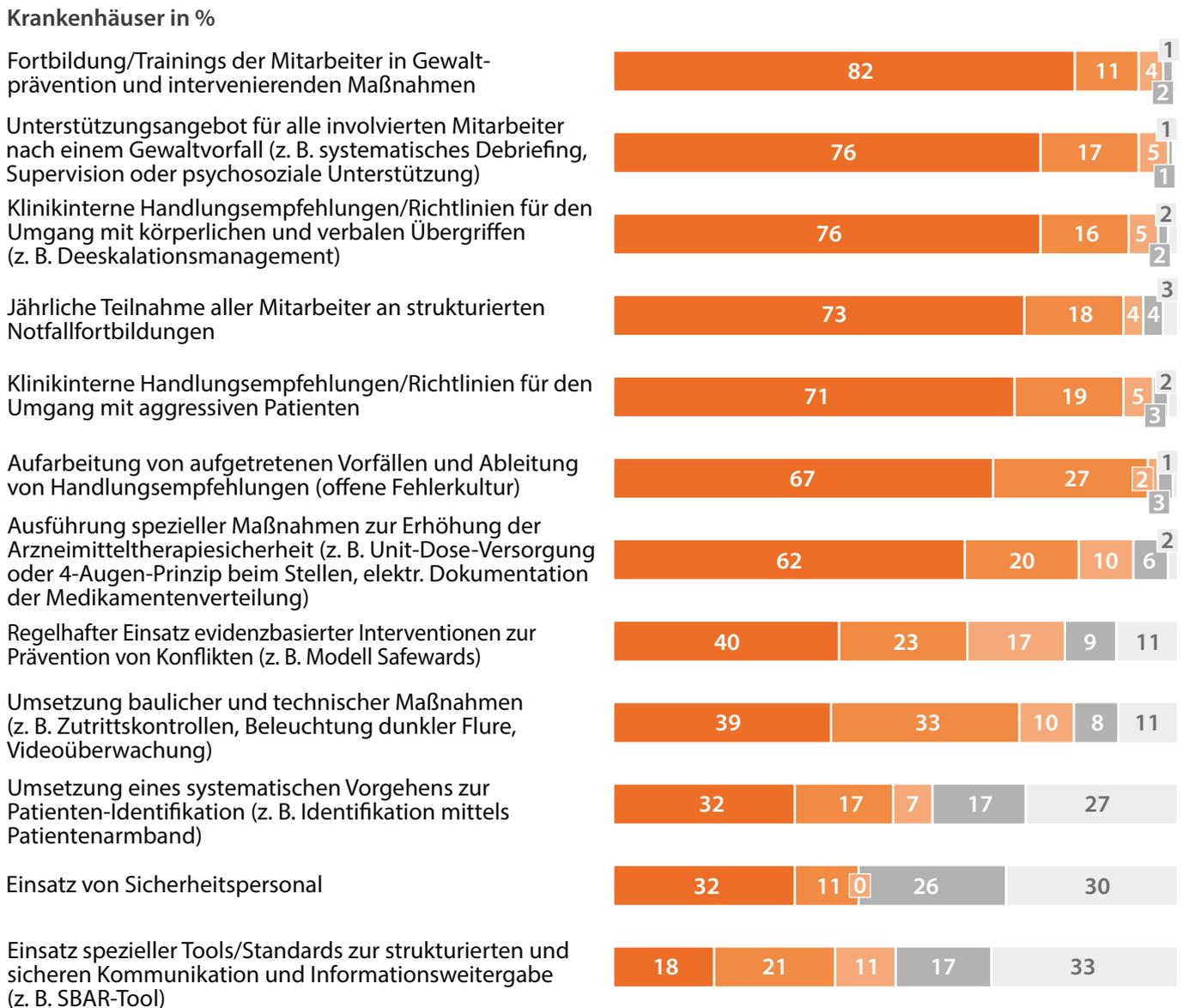
Zu relevanten Risiken im Kontext des klinischen Risikomanagements zählen neben kritischen Ereignissen in der medizinischen Versorgung (z. B. in der Arzneimitteltherapie oder bei der Patientenidentifikation) auch Gewaltvorfälle und Sicherheitsrisiken. Um diese Risiken zu vermeiden und zu bewältigen, kommen verschiedene Methoden zum Einsatz. Darunter z. B. Fortbildungen und Trainings für Mitarbeiter oder klinikinterne Handlungsempfehlungen und Richtlinien.

Im vorliegenden PSYCHIATRIE Barometer wurden die Einrichtungen nach dem Einsatz von Instrumenten und Methoden zur Risikovermeidung und -bewältigung in ausgewählten Risikobereichen befragt (Abb. 34). Im Kontext der Gewaltprävention

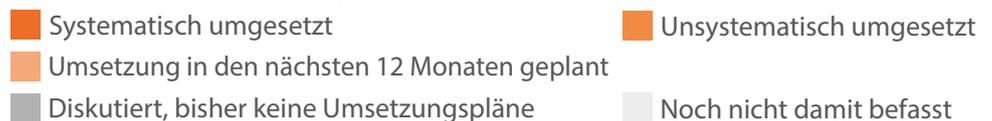
gaben 82 % der befragten Kliniken an, dass Fortbildungen und Trainings für Mitarbeiter systematisch angeboten werden. 90 % halten klinikinterne Handlungsempfehlungen und Richtlinien für den Umgang mit aggressiven Patienten vor. In rund einem Drittel der Einrichtungen kommt Sicherheitspersonal systematisch zum Einsatz. Jede 4. Einrichtung hat den Einsatz von Sicherheitspersonal zwar diskutiert, aber bisher keine Umsetzungspläne. Bauliche und technische Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit, wie z. B. Zutrittskontrollen oder Videoüberwachung, setzen 39 % systematisch und 33 % unsystematisch um. 11 % der befragten Einrichtungen haben sich noch nicht damit befasst.



Abb. 34 Inwieweit kommen die folgenden Instrumente/Methoden für die Risikovermeidung und -bewältigung in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung zum Einsatz?



© Deutsches Krankenhausinstitut



PATIENTENSICHERHEIT

Der Patient steht im Zentrum einer jeden medizinischen Versorgung. Dass er dabei sicher behandelt wird, ist das Kernziel der Bemühungen zur Patienten-

sicherheit. In deutschen Krankenhäusern findet das Thema durch gesetzliche Vorgaben (z. B. durch die Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) und

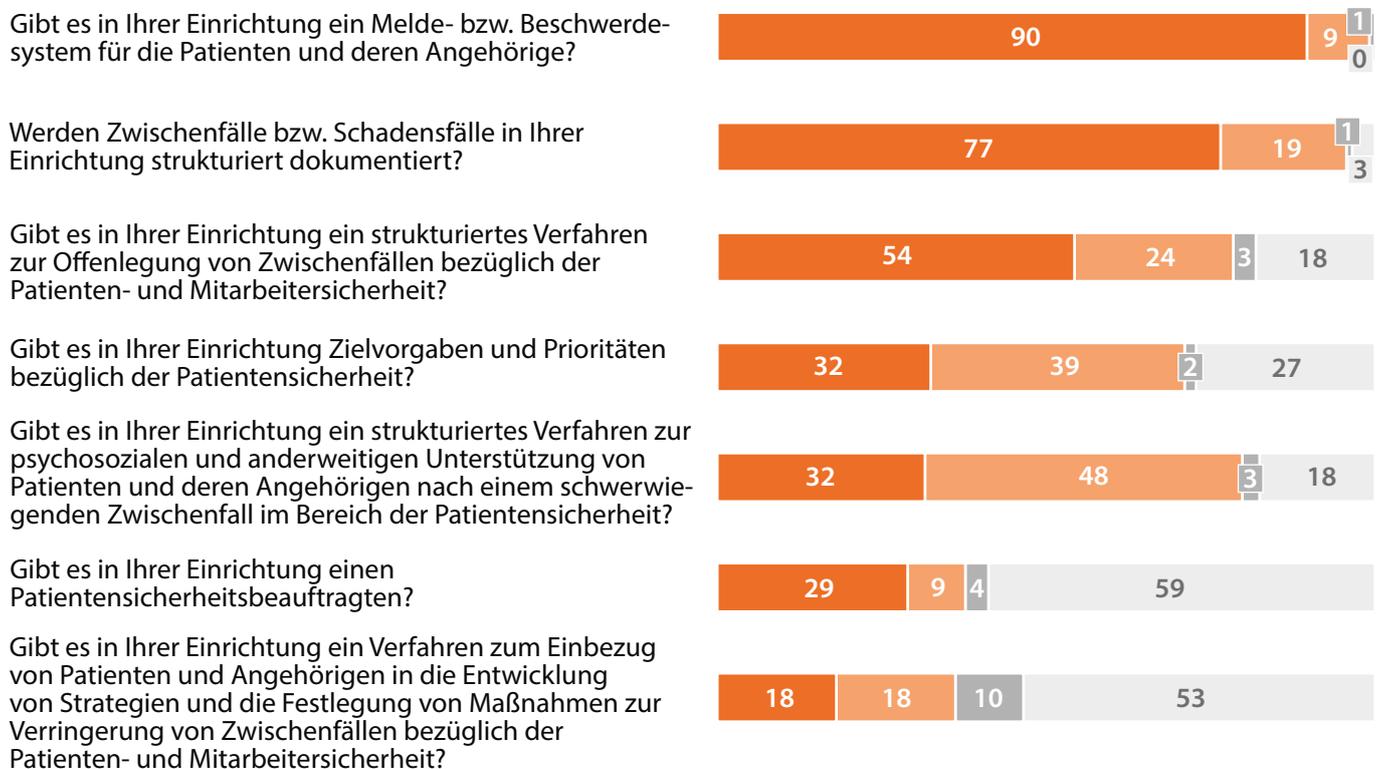
klinikeigenes Engagement große Beachtung. Die Ergebnisse des aktuellen PSYCHIATRIE Barometers verdeutlichen, dass Patientensicherheit auch in psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen ein wichtiger Bestandteil des klinischen Risikomanagements ist (Abb. 35). Rund 30 % der Einrichtungen beschäftigen einen Patientensicherheitsbeauftragten (vollständig oder weitestgehend umgesetzt). Bei Krankenhäusern mit Abteilungspsychiatrien lag der Anteil etwas darüber bei 36,2 %. Nur knapp jedes 5. psychiatrische und psychosomatische Fachkrankenhäuser beschäftigt einen Patientensicherheitsbeauftragten (21,5 %, vollständig oder weitestgehend umgesetzt). 71 % der Einrichtungen können auf Zielvor-

gaben und Prioritäten bezüglich der Patientensicherheit zurückgreifen, 27 % jedoch nicht und planen es auch nicht.

Ein Melde- bzw. Beschwerdesystem für Patienten und Angehörige wird in 99 % der Einrichtungen bereits vollständig oder teilweise umgesetzt. Der erwartungsgemäß hohe Anteil lässt sich auf die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements zurückführen, welche sich aus § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V und die dortigen Festlegungen zur Ausgestaltung eines Qualitätsmanagements ergibt. Eine strukturierte Dokumentation von Zwischen- und Schadensfällen liegt bei rund 77 % der Psychiatrien vollständig oder weitestgehend vor. Weitere 19 % haben dies bereits teilweise umgesetzt.

Abb. 35 Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen zur Patientensicherheit auf Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung zutreffen.

Krankenhäuser in %



VERBESSERUNGSPOTENZIAL IM KLINISCHEN RISIKOMANAGEMENT

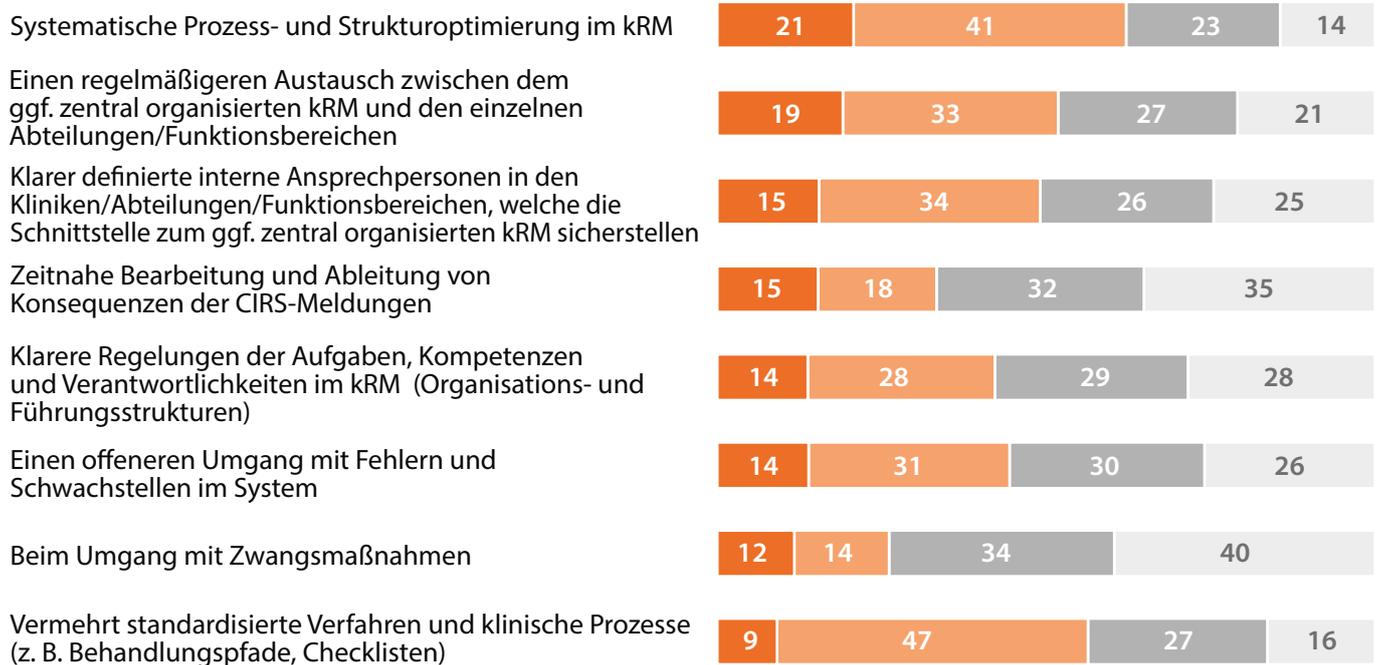
Ein klinisches Risikomanagement ist als lernendes System angelegt und wird stetig überprüft und verbessert (vgl. hierzu *Abb. 31*). Die Ergebnisse zur Frage nach Verbesserungspotenzial in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen machen deutlich, dass viele Handlungsfelder ähnlich bedeutsam sind (*Abb. 36*).

Insgesamt am wichtigsten eingestuft wurde Verbesserungspotenzial im Bereich systematischer Prozess- und Strukturoptimierungen. In diesem Feld sehen 62 % Bedarf. Mehr Austausch inner-

halb der Organisation in Bezug auf Aktivitäten des klinischen Risikomanagements ist für 52 % besonders relevant. Der offene Umgang mit Fehlern und Schwachstellen scheint gut etabliert zu sein. Hier sehen 56 % fast kein bis kein Verbesserungspotenzial. Ebenso wird wenig Optimierungsbedarf bei der zeitnahen Bearbeitung und Ableitung von Konsequenzen der CIRS-Meldungen gesehen (67 %, Antwortkategorien „trifft eher nicht zu“ sowie „trifft nicht zu“) (vgl. hierzu auch *Abb. 33 (S. 49)*).

Abb. 36 Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung?

Krankenhäuser in %



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@dki.de

www.dki.de

Gestaltung

Konturenreich | Matthias Hugo

Bildnachweis

Von Stock.adobe.com:

S. 6: Phaisitsawan, S. 11: Andrey Popov,

S. 12: pressmaster, S. 14: Me studio,

S. 24: somchai, S. 26: joserpizarro,

S. 32: kamiphotos, S. 42: New Africa,

S. 44: zinkevych, S. 50: Serhii

Von iStockphoto:

S. 4: Lacheev, S. 16: SDI Productions,

S. 21: AndreyPopov, S. 22: Drazen Zigic,

S. 34: PeopleImages