



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

PSYCHIATRIE BAROMETER

Umfrage 2025/2026

INHALT

EINLEITUNG	4
1 WIRTSCHAFTLICHE LAGE	6
Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	7
Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen	8
Einschränkungen innerhalb des nächsten halben Jahres	9
Beurteilung der Liquiditätssituation	10
Auswirkungen der Kostensteigerungen auf die Liquiditätssituation	11
2 AUS- UND WEITERBILDUNG IN DER PFLEGE IN DER PSYCHIATRIE	12
Stand der praktischen Ausbildung in der Generalistik	14
Stand der praktischen Ausbildung bei Pflegehilfe und -assistenz	16
Personalsituation Pflegefachpersonal sowie Pflegehilfs- und Assistenzpersonal	17
Gründe für ungedeckte Bedarfe in der Ausbildung und umgesetzte Maßnahmen	21
Personalsituation fachweitergebildetes Pflegepersonal	23
3 AKADEMISIERUNG DER PFLEGE IN DER PSYCHIATRIE	24

4 AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE (KJP) 28

Aktuelle Versorgungssituation und Entwicklung von Krankheitsbildern seit der Corona-Pandemie	29
Wartezeiten und Stellenbesetzungsprobleme	32
Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen von einer kindzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung	34
Ausblick	36

5 SPEISENVERSORGUNG IN EINRICHTUNGSPSYCHIATRIEN 38

Bewirtschaftungsform, Produktionssystem und Beköstigungstage	39
Maßnahmen und Hindernisse zur nachhaltigen Speiserversorgung	42
Abfallmessungen und Verringerung von Speiseresten	45

6 AMBULANTE UND TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG 48

Verbreitung von teilstationären Angeboten	49
Verbreitung von ambulanten und aufsuchenden Angeboten	51
Herausforderungen für die Ambulantisierung	52
Potenziale	54

7 PERSONALAUSSTATTUNG PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK-RICHTLINIE (PPP-RL) 56

Einhaltung der Mindestvorgaben	57
Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	58
Einhaltung der Mindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst	60
Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal	62
Ausnahmen von Mindestvorgaben	63
Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen	64
Dokumentationsaufwand für die PPP-RL	65
Literaturnachweis	66
Impressum	68

EINLEITUNG



Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2025/2026 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 des Klinikmanagements Deutschlands e. V. (VKD) und der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e. V. (VLK).

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2025/2026 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Beteiligt haben sich insgesamt 295 Einrichtungen. Die Befragung wurde von Anfang Oktober 2025 bis Ende Januar 2026 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



Robin Heber



Debora Janson



Dr. Anna Levsen



Dr. Sabine Löffert



Dr. Matthias Offermanns



Ann Katrin Parloh



Sophia Siewert



Dr. Petra Steffen

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, psychotherapeu-

tische und 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 Mai 2026

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 Mehrheit der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bewertet sowohl ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als auch die Erwartungen für 2026 kritisch. Viele rechnen mit einer weiteren Verschlechterung, verbunden mit geplanten Einschränkungen bei Personal und Leistungsangebot. Die Liquiditätssituation wird heterogen eingeschätzt: Während ein Teil der Einrichtungen von einer angespannten Lage berichtet, beurteilt mehr als die Hälfte diese als gut bis sehr gut. Kostensteigerungen gelten mehrheitlich als wesentlicher Belastungsfaktor für die Liquidität.

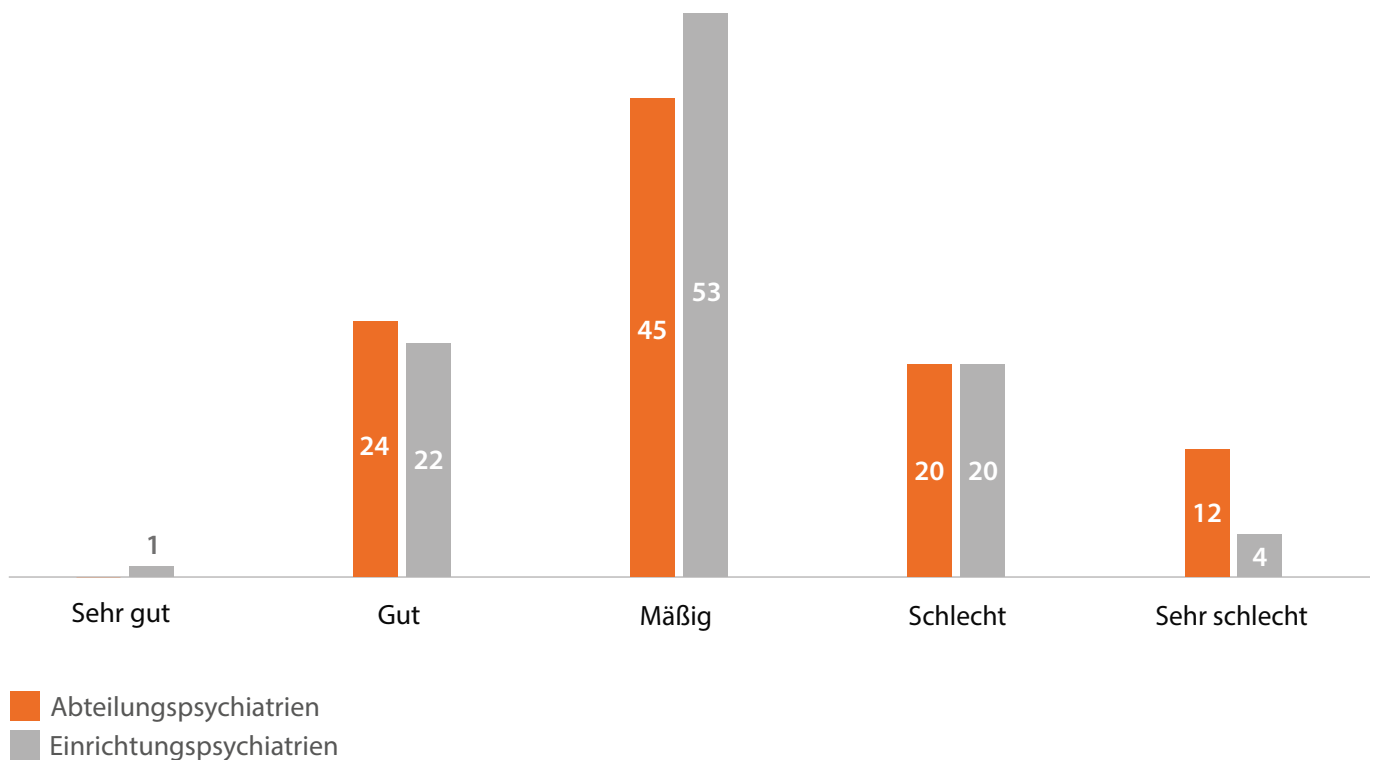
BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2025/2026 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 2025/2026

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Von einer sehr guten bis guten wirtschaftlichen Lage gehen 24 % der Abteilungspychiatrien und 23 % der Einrichtungspychiatrien aus (Abb. 1). Der überwiegende Teil der psychiatrischen Einrichtungen schätzt seine wirtschaftliche Situation dagegen als eher mäßig bis sehr schlecht ein. Sowohl bei den Abteilungspychiatrien als auch bei den Einrichtungspychiatrien beurteilen jeweils 77 % der Häuser ihre Lage entsprechend skeptisch.

Im Vergleich zum Vorjahr bewerten die Abteilungspychiatrien ihre wirtschaftliche Situation geringfügig ungünstiger, während sich die Einschätzung bei den Einrichtungspychiatrien deutlich verschlechtert hat (Daten des Vorjahres nicht dargestellt).

Eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage erwartet über die Hälfte der Abteilungs- und der Einrichtungspsychiatrien.

BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN

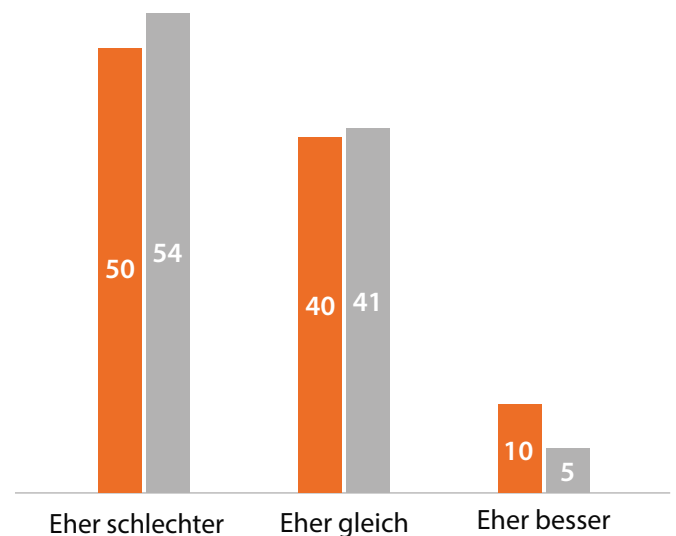
Gefragt nach den Erwartungen für das Jahr 2026 gehen sowohl die Abteilungspsychiatrien (50 %) als auch die Einrichtungspsychiatrien (54 %) von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage aus.

Von einer gleichbleibenden Lage gehen jeweils rund 40 % der Abteilungs- und der Einrichtungspsychiatrien aus (Abb. 2). Nur jede 10. Abteilungspsychiatrie und jede 20. Einrichtungspsychiatrie erwartet eine Verbesserung.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine deutlich verstärkte Eintrübung der Zukunftserwartungen in den Psychiatrien (Daten des Vorjahres nicht dargestellt).

Abb. 2 Wirtschaftliche Erwartungen für das Jahr 2026

Krankenhäuser in %



■ Abteilungspsychiatrien
■ Einrichtungspsychiatrien

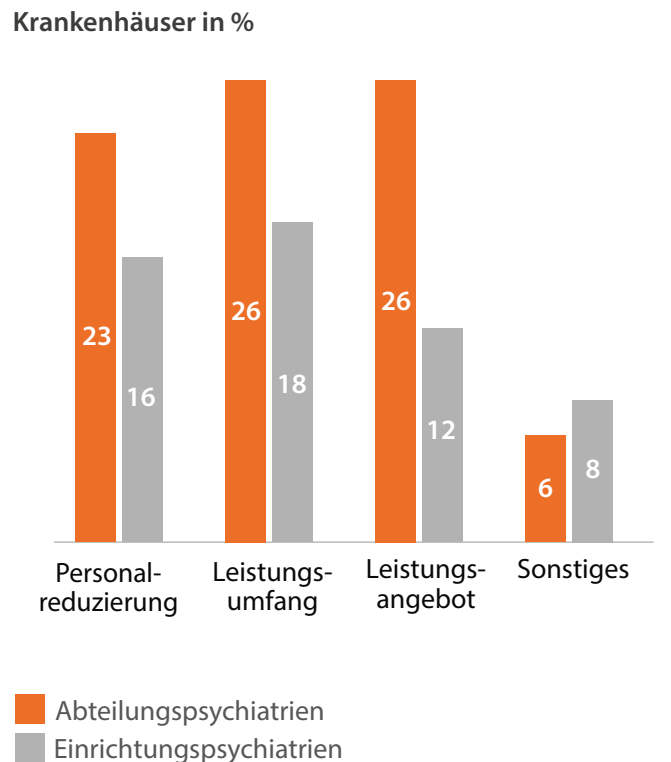
© Deutsches Krankenhausinstitut

EINSCHRÄNKUNGEN INNERHALB DES NÄCHSTEN HALBEN JAHRES

Aufgrund der aktuellen wirtschaftlichen Lage erwarten 23 % der Abteilungspsychiatrien und 16 % der Einrichtungpsychiatrien eine Reduzierung ihres Personals innerhalb von 6 Monaten (Abb. 3). Jeweils 26 % der Abteilungspsychiatrien gehen von einer Beschränkung des Leistungsumfangs und des Leistungsangebots aus. Bei den Einrichtungpsychiatrien planen 18 % der Häuser eine Reduktion des Leistungsumfangs und 12 % eine Einschränkung des Leistungsangebots.

Zu den sonstigen Antworten gehören Kosteneinsparungen oder die Nichtrealisierung bereits genehmigter Planbetten.

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

Aufgrund der Kostensteigerungen sehen sich 26 % der Abteilungspsychiatrien gezwungen, ihren Leistungsumfang und ihr Leistungsangebot einzuschränken.

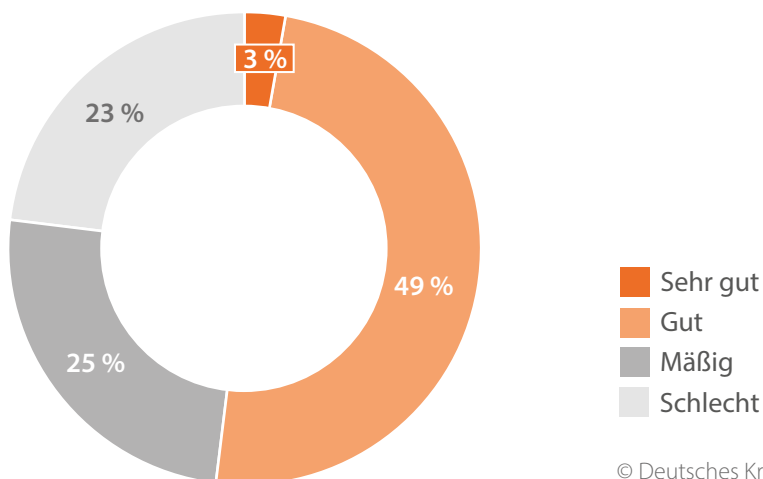
BEURTEILUNG DER LIQUIDITÄTSSITUATION

Über die wirtschaftliche Gesamtsituation hinaus sollten die Einrichtungspsychiatrien auch ihre Liquiditätssituation bewerten. Zum Befragungszeitpunkt zur Jahreswende 2025/2026 stufte fast jede 4. (23 %) Fachklinik ihre Liquiditätssituation als schlecht ein (Abb. 4). Damit liegt der Anteil über dem Niveau des Vorjahres und weist auf

eine zunehmende Zuspitzung der kurzfristigen Finanzlage hin. Von einem mäßigen Liquiditätsstatus geht ein Viertel aus. Im Vergleich zum Vorjahr berichten mehr Einrichtungspsychiatrien von einer als gut bis sehr gut eingeschätzten Liquiditätslage; der Anteil der positiven Bewertungen liegt bei 52 %.

Abb. 4 Beurteilung der derzeitigen Liquiditätssituation der Einrichtungspsychiatrien

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut



Bei 66 % der Krankenhäuser haben sich die Kostensteigerungen stark auf die Liquidität ausgewirkt.

AUSWIRKUNGEN DER KOSTENSTEIGERUNGEN AUF DIE LIQUIDITÄTSSITUATION

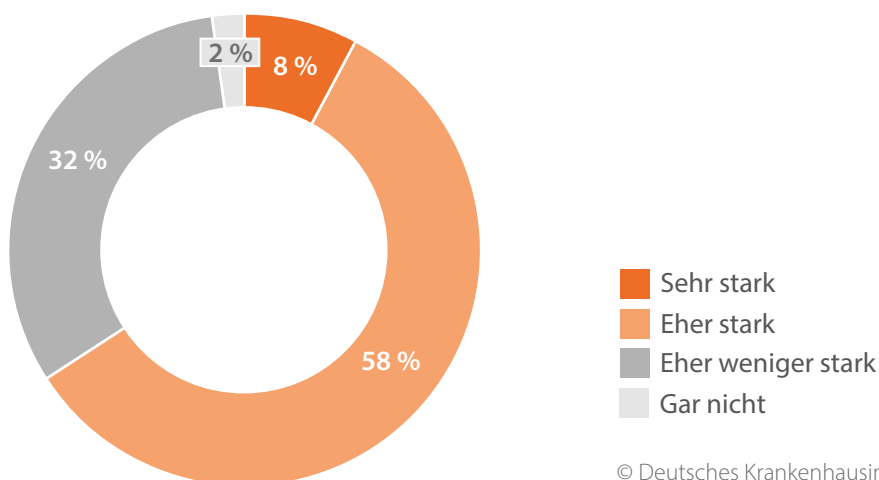
Neben der Bewertung der wirtschaftlichen Situation sollten die Befragungsteilnehmer im PSYCHIATRIE Barometer 2025/2026 Auskunft zu Kostensteigerungen sowie deren Auswirkungen geben.

Die große Mehrheit der Einrichtungen berichtet von spürbaren Belastungen: 58 % bewerten die

Auswirkungen als eher stark, weitere 8 % sogar als sehr stark. Damit geben insgesamt zwei Drittel der Psychiatrien an, dass Kostensteigerungen ihre Liquidität deutlich beeinträchtigt haben. Demgegenüber schätzen 32 % die Auswirkungen als eher weniger stark ein, während lediglich 2 % keinerlei Einfluss auf ihre Liquidität sehen (Abb. 5).

Abb. 5 Bitte schätzen Sie ein: Wie stark haben sich die Kostensteigerungen im Jahr 2025 auf Ihre derzeitige Liquiditätssituation ausgewirkt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut



AUS- UND WEITERBILDUNG IN DER PFLEGE IN DER PSYCHIATRIE

Die psychiatrischen Kliniken in Deutschland stehen weiterhin vor dem Problem erheblicher Personalengpässe in der Pflege trotz hoher Ausbildungsaktivität und gesteigerter Kooperationen in der praktischen Pflegeausbildung. Während das Interesse der Auszubildenden an Einsätzen in der Psychiatrie teilweise das Angebot übersteigt, gelingt es den Einrichtungen nicht, ihren Bedarf an examinierten Pflegefachpersonen und Fachweitergebildeten zu decken. Belastungsfaktoren in der Ausbildung und unrealistische Erwartungen an den Beruf verschärfen die Situation, sodass Kliniken zunehmend umfassende Unterstützungs-, Beratungs- und Weiterbildungsangebote einsetzen, um Personal zu gewinnen, auszubilden und langfristig zu binden.

Mit dem 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) wurden die bisherigen Ausbildungsberufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege zu einem einheitlichen Ausbildungsgang zusammengeführt. Das PflBG ersetzt das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz. Die dreijährige generalistische Ausbildung befähigt zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen und endet mit dem Abschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“.

In den ersten 2 Ausbildungsjahren erfolgt eine gemeinsame generalistische Ausbildung. Im dritten Jahr können die Auszubildenden entweder diese Richtung fortsetzen oder Schwerpunkte in der Altenpflege oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wählen. Auszubildende, die zu Beginn der Ausbildung im Ausbildungsvertrag einen solchen Vertiefungseinsatz vereinbart haben, können durch das Wahlrecht den Abschluss in der „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ oder „Altenpflege“ anstreben (§ 59 Abs. 2–3 PflBG).

Im letzten Drittel der generalistischen Ausbildung ist für alle Auszubildende ein 120-stündiger Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto- oder kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vorgesehen. Der gewählte Schwerpunkt wird dabei jeweils berücksichtigt.

Im PSYCHIATRIE Barometer wurden die Krankenhäuser zum Stand der Aus- und Weiterbildung im psychiatrischen Kontext befragt.



STAND DER PRAKTISCHEN AUSBILDUNG IN DER GENERALISTIK

Der Träger der praktischen Ausbildung schließt mit den Auszubildenden den Ausbildungsvertrag (§ 8 Abs. 1 PflBG) ab und ist dementsprechend verantwortlich für die Organisation und Durchführung der praktischen Ausbildungsanteile. Er stellt darüber hinaus sicher, dass alle weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Praxiseinsätze in kooperierenden Einrichtungen stattfinden und die Ausbildung gemäß Ausbildungsplan derart strukturiert ist, dass das Ausbildungsziel innerhalb der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann (§ 8 Abs. 3 PflBG).

Träger der praktischen Ausbildung dürfen ausschließlich Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 PflBG sein, die entweder eine eigene Pflegeschule betreiben oder einen Vertrag mit einer Pflegeschule über die Durchführung des Unterrichts abgeschlossen haben (§ 8 Abs. 2 PflBG).

Kooperierende Einrichtungen beteiligen sich auf Grundlage von Kooperationsverträgen an der praktischen Ausbildung. Die praktischen Einsätze

umfassen Pflicht-, Vertiefungs- und weitere Praxiseinsätze, die in zugelassenen Krankenhäusern sowie stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen stattfinden (§ 6 Abs. 3–4, § 7 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. 2025 waren 70 % der teilnehmenden Kliniken Träger der praktischen Ausbildung und demnach etwas weniger als noch im Jahr 2023 (Abb. 6). Dabei war der Anteil der Abteilungspsychiatrien (80 %) deutlich größer als der Teil der Fachkrankenhäuser (63 %) (Daten nicht dargestellt). Demgegenüber waren im Jahr 2025 86 % der Häuser kooperierende Einrichtungen bei der praktischen Ausbildung, und damit rund 20 % mehr als in 2023. Zwischen den Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien wurden hier keine Unterschiede ermittelt.

Abb. 6 Ist Ihre Einrichtung ...

Krankenhäuser in %

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

70

75

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

86

65

Die praktische Ausbildung beginnt beim Träger der Ausbildung mit dem Orientierungseinsatz. Die Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen der stationären Akutpflege, der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Akut-/Langzeitpflege sowie der pädiatrische Pflichteinsatz (§ 7 Abs. 1 – 2 PflBG) müssen in den ersten zwei Dritteln der Ausbildung stattfinden. Im letzten Drittel folgen dann der Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung, der Vertiefungseinsatz sowie weitere Einsätze zur freien Verteilung. Die

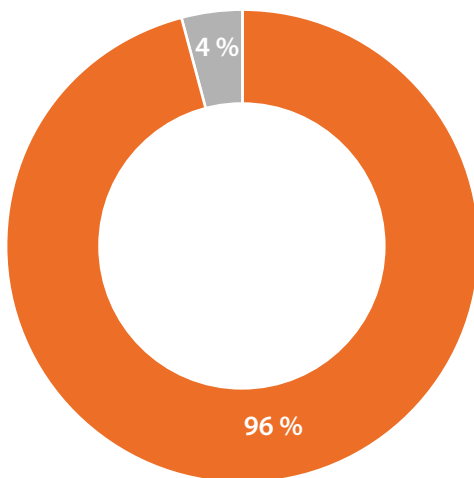
konkrete zeitliche Reihenfolge legt hier der Ausbildungsplan fest.

Fast sämtliche teilnehmenden Einrichtungen bieten Pflichteinsätze in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung an (Abb. 7). Gut drei Viertel der Häuser bieten dazu Vertiefungseinsätze in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung an. Dabei wurden keine Unterschiede zwischen den Abteilungs- und Einrichtungspychiatrien festgestellt.

Abb. 7 Bietet Ihr Haus ...

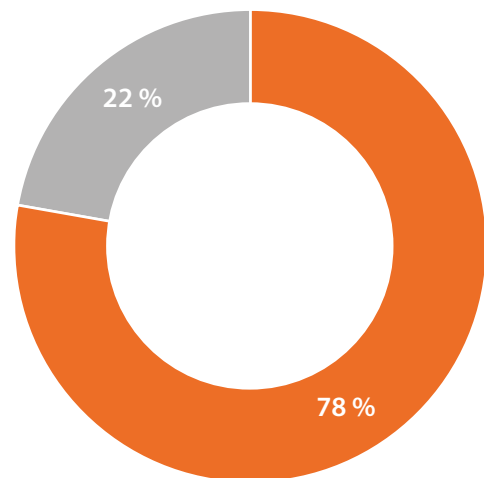
... Pflichteinsätze in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung (Anlage 7 zu PflAPrV) an?

Krankenhäuser in %



... Vertiefungseinsätze in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung (Anlage 7 zu PflAPrV, Vertiefungseinsätze im Bereich des Pflichteinsatzes nach IV.1 allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung) an?

Krankenhäuser in %



Ja Nein

STAND DER PRAKTISCHEN AUSBILDUNG BEI PFLEGEHILFE UND -ASSISTENZ

Da die ein- bis zweijährigen Pflegeassistentenausbildungen zwischen den Bundesländern stark variierten und ihre gegenseitige Anerkennung nicht gesichert war, wurden bundesweit einheitliche Qualitätskriterien notwendig. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) sowie die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) beschlossen daher 2012/2013 Mindestanforderungen für Assistenz- und Helferberufe in der Pflege, die 2016 vom BMFSFJ und BMG veröffentlicht wurden (BANz AT 17.02.2016 B3). Ziel der „Eckpunkte“ war es, die Ausbildungen attraktiver, anschlussfähiger und bundesweit anerkennungsfähig zu gestalten sowie Aufstiegsmöglichkeiten zu verbessern. Eine mindestens einjährige Ausbildung nach diesen Vorgaben ermöglicht den Zugang zur dreijährigen Pflegeausbildung auch ohne mittleren Schulabschluss und kann diese verkürzen

(§ 11 Abs. 1, § 12 Abs. 2 PflBG), sofern die erforderlichen Kompetenzen bei den Auszubildenden vorliegen (Jürgensen, 2023).

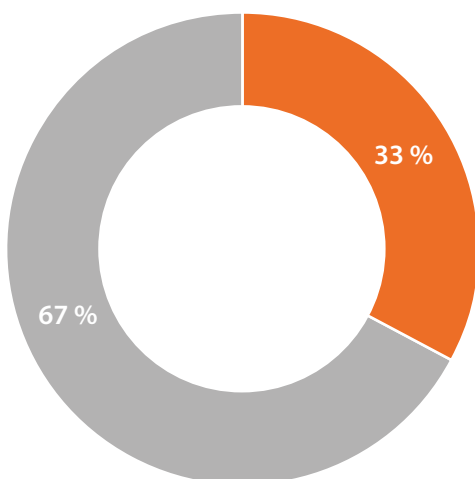
Seit 2020 haben zudem mehrere Bundesländer neue generalistische Pflegeassistenten- bzw. Pflege(fach)hilfe-Ausbildungen eingeführt, die die bisherigen Ausbildungen der Kranken- und Altenpflegehilfe ablösen. Sie orientieren sich eng am PflBG, unterscheiden sich jedoch deutlich in ihrer Dauer (zwischen 12 und 23 Monaten).

Jeweils rund ein Drittel der teilnehmenden Einrichtungen sind Träger der praktischen Ausbildung oder kooperieren in der praktischen Ausbildung zum Pflege(fach)helfer und/oder Pflegefachassistenten (Abb. 8).

Abb. 8 Ist Ihre Einrichtung ...

... Träger der praktischen Ausbildung zum Pflege(fach)helfer und/oder Pflegefachassistenten entsprechend der jeweils geltenden Landesgesetze bzw. -verordnungen?

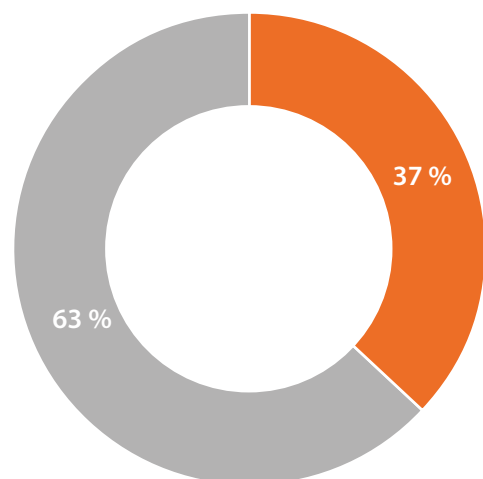
Krankenhäuser in %



Ja

... kooperierende Einrichtung der praktischen Ausbildung zum Pflege(fach)helfer und/oder Pflegefachassistenten entsprechend der jeweils geltenden Landesgesetze bzw. -verordnungen?

Krankenhäuser in %



Nein

Psychiatrische Kliniken leiden unter erheblichem Fachkräftemangel: Der Bedarf an Pflegefachpersonen, Auszubildenden und fachweitergebildeten Kräften bleibt oft ungedeckt, während das Interesse der Auszubildenden an praktischen Einsätzen in der Psychiatrie teilweise höher ist als das verfügbare Angebot.

PERSONALSITUATION PFLEGEFACHPERSONAL SOWIE PFLEGEHILFS- UND ASSISTENZPERSONAL

Der Fachkräftemangel stellt seit Jahren eine zentrale Herausforderung für die stationäre Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland dar (DKI, 2023). Knapp die Hälfte der Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien berichtet, dass ihre Anzahl an examinierten Pflegefachpersonen den Bedarf nicht deckt (Abb. 9). Bei 45 % der Kliniken ist die Anzahl

an Auszubildenden zur Pflegefachperson nicht bedarfsgerecht. Des Weiteren ist bei 43 % die Bewerberanzahl für die Ausbildung zur Pflegefachperson geringer als der Bedarf. Zu beiden Sachverhalten wurden keine Unterschiede zwischen den Abteilungs- und Einrichtungspychiatrien festgestellt.

Abb. 9 Bitte schätzen Sie die derzeitige Situation in den folgenden Gruppen in Ihrem Krankenhaus ein.

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Geringer als der Bedarf
 Höher als der Bedarf
 Deckt den Bedarf ab
 Kann ich nicht beurteilen

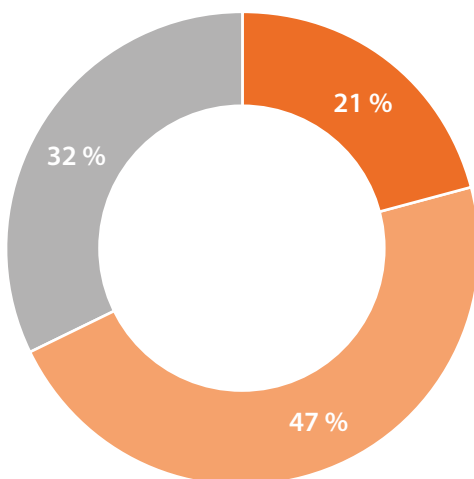
Rund die Hälfte der Kliniken gibt an, dass das Interesse der Auszubildenden zur Pflegefachperson an einem Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung höher ist als ihr Angebot. Dahingegen

ist laut Aussage von 28 % der Krankenhäuser das Interesse von Auszubildenden an Vertiefungseinsätzen in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung höher als das Angebot (Abb. 10).

Abb. 10 Bitte schätzen Sie die derzeitige Situation in Ihrem Krankenhaus ein.

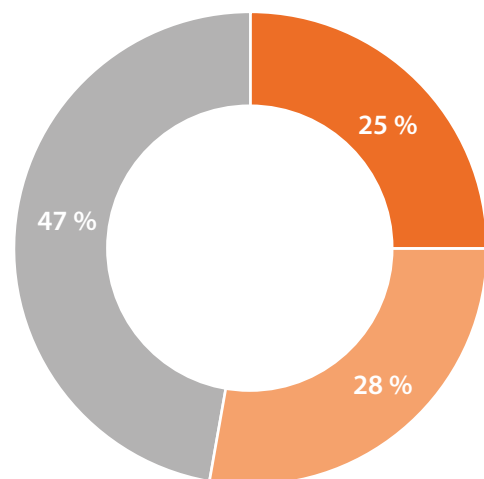
Interesse der Auszubildenden zur Pflegefachperson an einem Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung (Anlage 7 zu PflAPrV)

Krankenhäuser in %



Interesse der Auszubildenden zur Pflegefachperson an einem Vertiefungseinsatz in der psych. Versorgung im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung (Anlage 7 zu PflAPrV, Vertiefungseinsatz im Bereich des Pflichteinsatzes nach IV. 1 allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsych. Versorgung)

Krankenhäuser in %



- Geringer als das Angebot
- Höher als das Angebot
- Kann ich nicht beurteilen



Weitergehend gibt jedes zweite Krankenhaus an, dass der vorhandene Personalbestand an examinierten Pflegekräften mit abgeschlossener Fachweiterbildung für psychische Gesundheit oder zur Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie den vorhandenen Bedarf nicht abdeckt (Abb. 11). Jede dritte Klinik meldet darüber hinaus, dass auch die Anzahl der sich

derzeit in der Fachweiterbildung für psychische Gesundheit oder zur Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie befindenden examinierten Pflegekräfte nicht bedarfsgerecht ist. Demgegenüber schätzt gut die Hälfte der Einrichtungen die Anzahl der sich derzeit in Fachweiterbildung befindenden Pflegekräfte als bedarfsgerecht ein.

Abb. 11 Bitte schätzen Sie die derzeitige Situation in den folgenden Gruppen in Ihrem Krankenhaus ein.

Krankenhäuser in %

Anzahl exam. Pflegekräfte (3 J. Ausbildung) mit abgeschl. FachWB für psychische Gesundheit/zur Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Anzahl sich derzeit in FachWB für psychische Gesundheit/zur Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie befindenden exam. Pflegekräfte



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Geringer als der Bedarf
 ■ Höher als der Bedarf
■ Deckt den Bedarf ab
 ■ Kann ich nicht beurteilen





Mit Blick auf das Pflegehilfs- und Assistenzpersonal konnte jeweils ein erheblicher Teil der Antwortenden keine Bewertung vornehmen (Abb. 12). Bei den restlichen Krankenhäusern gab

je ein Drittel an, dass die Anzahl an Pflege(fach)-helfern und/oder Pflegefachassistenten sowie Auszubildenden zum Pflege(fach)helfer und/oder Pflegefachassistenten den Bedarf abdeckt.

Abb. 12 Bitte schätzen Sie die derzeitige Situation in den folgenden Gruppen in Ihrem Krankenhaus ein.

Krankenhäuser in %

Anzahl der Pflege(fach)helfer und/oder Pflegefachassistenten



Anzahl der Auszubildenden zum Pflege(fach)helfer und/oder Pflegefachassistenten



GRÜNDE FÜR UNGEDECKTE BEDARFE IN DER AUSBILDUNG UND UMGESETZTE MASSNAHMEN

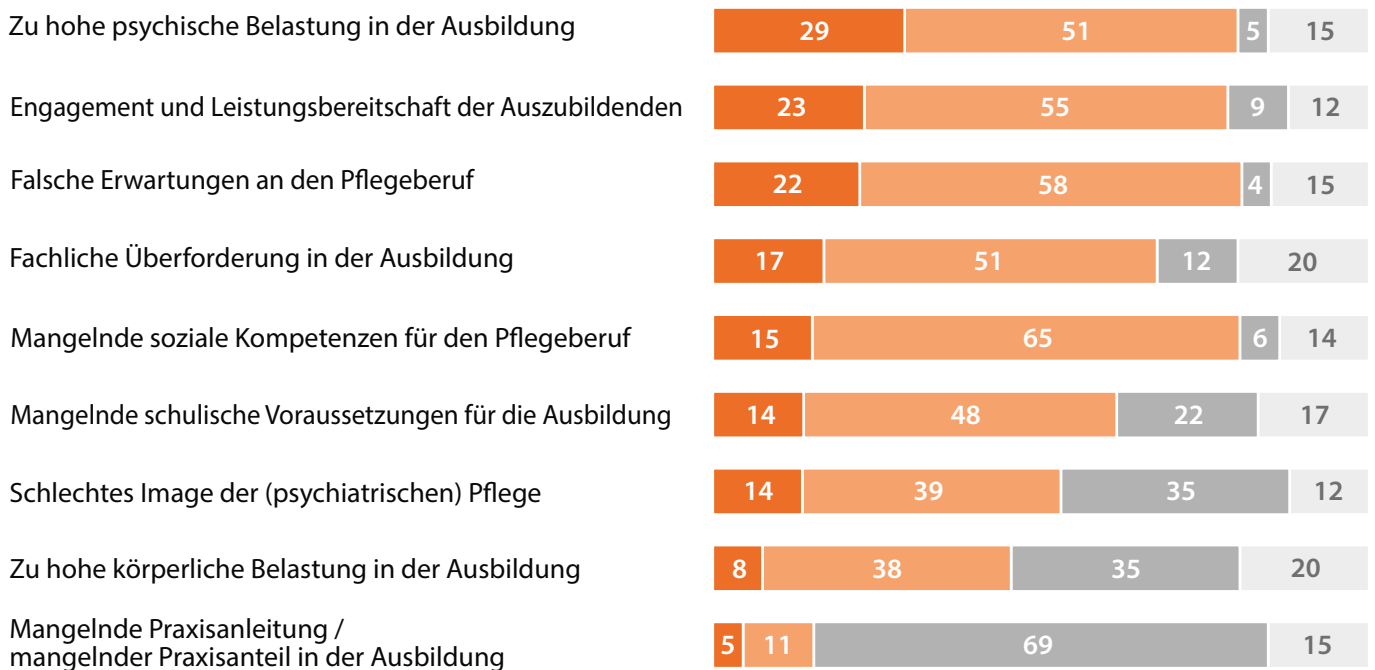
Krankenhäuser, die angegeben haben, dass ihre Anzahl examinierter Pflegefachpersonen, die Anzahl Auszubildender zur Pflegefachperson oder die Anzahl der Bewerber für die Ausbildung zur Pflegefachperson nicht ihren derzeitigen Bedarf decken, wurden nach (mit)verantwortlichen Gründen gefragt.

Hier zeigte sich, dass unabhängig vom Krankenhausstyp die zu hohe psychische Belastung in der Ausbildung, falsche Erwartungen an den Pflege-

beruf, mangelnde soziale Kompetenzen für den Pflegeberuf sowie das Engagement und die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden maßgeblich zur ungünstigen Personalsituation beitragen (Abb. 13). In rund 80 % der Einrichtungen wurden diese Aspekte (sehr) oft oder gelegentlich als (mit)verantwortlich benannt. Dahingegen spielte bei rund 70 % der Krankenhäuser eine mangelnde Praxisanleitung oder ein mangelnder Praxisanteil in der Ausbildung nie oder selten eine verantwortliche Rolle.

Abb. 13 Bei ungedeckten Bedarfen: Wie häufig sind nach Ihrer Einschätzung bzw. nach Rückmeldung aus Ihrem Haus folgende Aspekte dafür (mit)verantwortlich?

Krankenhäuser in %



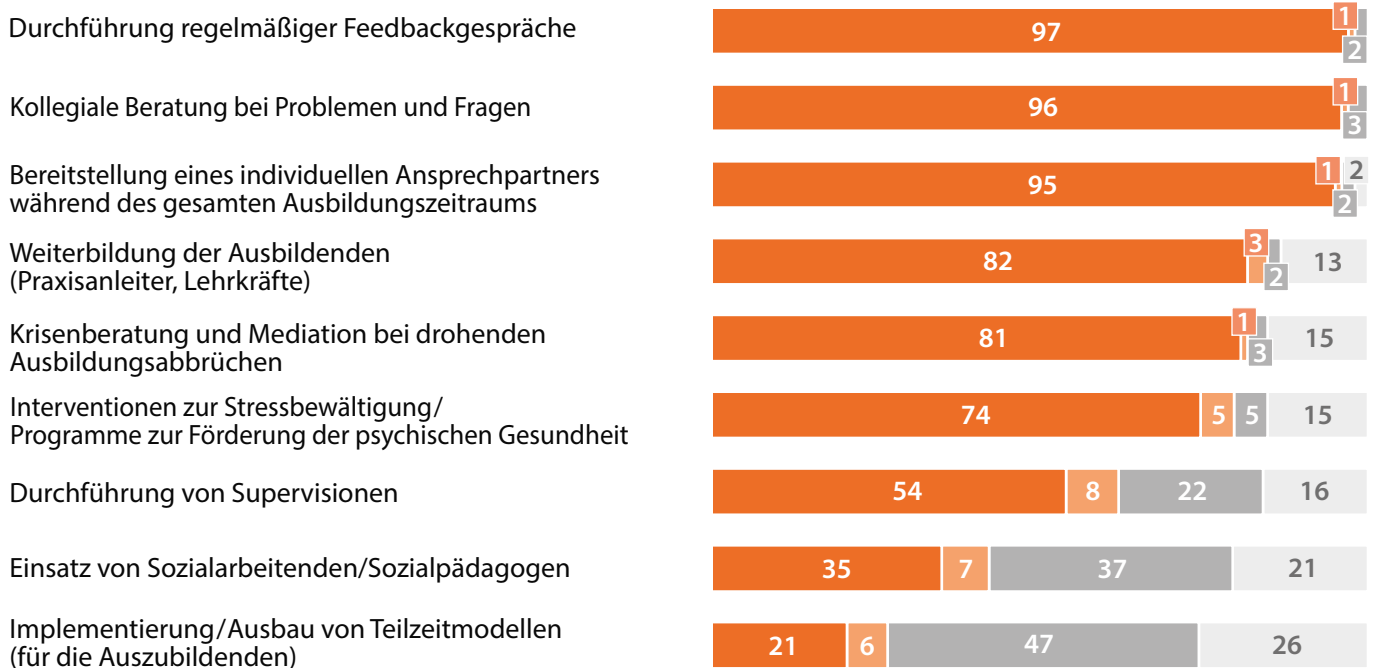
Um auf die herausfordernde Personalsituation zu reagieren, werden in nahezu sämtlichen Kliniken regelmäßig Feedbackgespräche sowie kollegiale Beratungen bei Problemen und Fragen durchgeführt. Ebenso wird den Auszubildenden während des gesamten Ausbildungszeitraums ein individueller Ansprechpartner bereitgestellt (Abb. 14).

Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen setzt zudem auf Krisenberatung und Mediation bei drohenden Ausbildungsabbrüchen, Interven-

tionen zur Stressbewältigung oder Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie auf spezielle Weiterbildungen der Auszubildenden. In gut der Hälfte der Einrichtungen werden zusätzlich Supervisionen durchgeführt. Während bei den übrigen Maßnahmen keine Unterschiede zwischen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien festgestellt wurden, werden Supervisionen deutlich häufiger in Fachkrankenhäusern durchgeführt (Daten nicht dargestellt).

Abb. 14 Werden folgende Maßnahmen im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung in Ihrem Krankenhaus umgesetzt?

Krankenhäuser in %



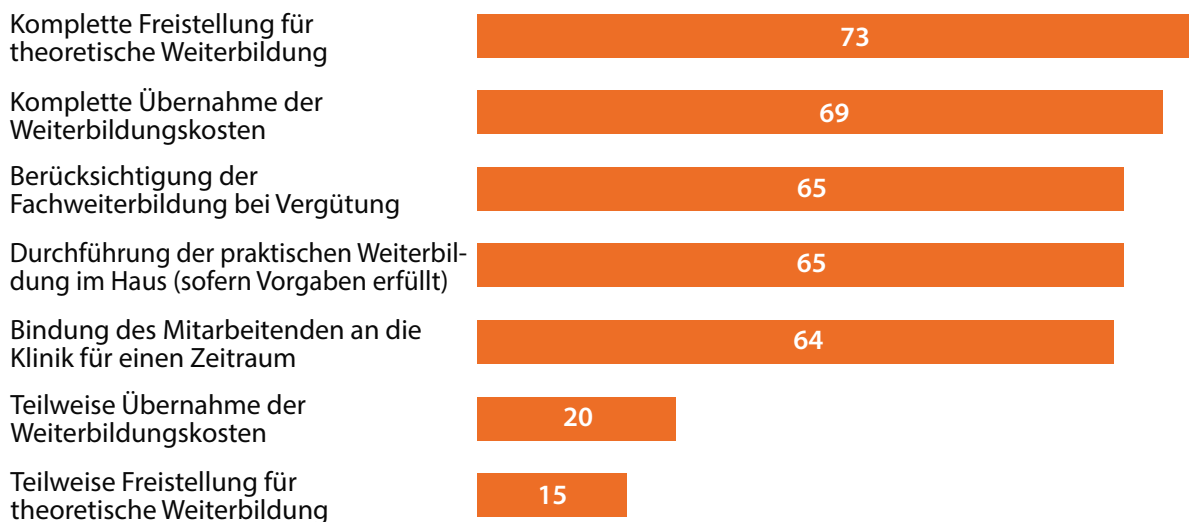
PERSONALSITUATION FACHWEITERGEBILDETES PFLEGEPERSONAL

Am 31.12.2024 war die Anzahl der examinierten Pflegefachpersonen mit 3-jähriger Ausbildung pro Klinik im Mittel bei 192,0 Köpfen (5%-getrimmter Mittelwert). Darunter befanden sich 16,9 Personen (5%-getrimmter Mittelwert) mit abgeschlossener Fachweiterbildung für psychische Gesundheit bzw. zur Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Dies entspricht einer durchschnittlichen Fachweiterbildungsquote von 10,3 %. Hierbei wurden keine nennenswerten Unterschiede zwischen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien ermittelt (Daten nicht dargestellt).

Als Anreiz für die Absolvierung einer Fachweiterbildung für psychische Gesundheit bzw. zur Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie gewähren viele Krankenhäuser ihren Mitarbeitenden in der Pflege Unterstützung (Abb. 15). Rund drei Viertel der Kliniken stellen beispielsweise ihre Pflegenden für die theoretische Weiterbildung komplett frei. 69 % übernehmen zusätzlich die kompletten Weiterbildungskosten, und jeweils 65 % berücksichtigen die erworbene Fachweiterbildung bei der Vergütung und ermöglichen die Durchführung der praktischen Weiterbildung im Haus, sofern sie die Vorgaben dafür erfüllen. Als Ausgleich dafür binden 64 % der Krankenhäuser ihre Mitarbeitenden für einen festgelegten Zeitraum an das Haus.

Abb. 15 Welche Anreize und Unterstützungen gewähren Sie Ihren Mitarbeitenden in der Pflege im Rahmen einer Fachweiterbildung?

Krankenhäuser in %





AKADEMISIERUNG DER PFLEGE IN DER PSYCHIATRIE

Immer mehr psychiatrische Kliniken beschäftigen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die sowohl in Leitungsfunktionen als auch in der direkten Patientenversorgung sowie in Fort- und Ausbildungsbereichen eingesetzt werden. Gleichzeitig bleibt das deutsche Gesundheitswesen weiterhin deutlich hinter der Empfehlung des Nationalen Wissenschaftsrates (2012) zurück, wonach 10 bis 20 % des Personals in patientennahen Gesundheitsfachberufen über einen akademischen Abschluss verfügen sollten. Trotz positiver Tendenz ist die Akademisierung der Pflege noch weit von einem bedarfsgerechten Niveau entfernt.

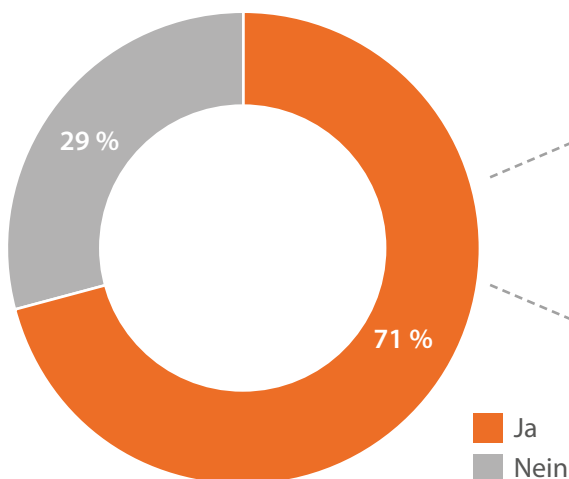
Der Nationale Wissenschaftsrat empfahl bereits 2012 in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“, dass 10 bis 20 % des Personals in patientennahen Gesundheitsfachberufen über einen Bachelor-Abschluss verfügen sollten (Wissenschaftsrat, 2012). Von diesem Ziel ist das deutsche Gesundheitswesen jedoch nach wie vor weit entfernt. Inzwischen gibt es über 140 Pflegestudiengänge, etwa in Pflegewissenschaft, Gerontologie oder Palliativpflege. Während diese anfangs meist dual – als Kombination von Studium und Pflegeausbildung – organisiert waren, ermöglichte das 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG) erstmals primärqualifizierende Pflegestudiengänge. Seitdem kann der Pflegeberuf vollständig im Rahmen eines Hochschulstudiums mit integrierten Praxiseinsätzen erlernt werden. Absolventinnen und Absolventen erhalten einen Bachelor-Abschluss sowie die staatliche Berufszulassung als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann.

Derzeit bieten 56 Hochschulen Pflegewissenschaften an, darunter 27 primärqualifizierend. Im Wintersemester 2022/2023 waren 2.122 Studierende eingeschrieben – deutlich mehr als im Jahr 2022 mit 1.217 Studierenden (BIBB-Pflegepanel, 2022). Im Vergleich dazu begannen 2021 rund 61.329 Personen eine klassische Pflegeausbildung. Zur selben Zeit nahmen 1.091 Personen ein vergleichbares Studium auf, davon 508 im primärqualifizierenden Bereich. Die Akademisierungsquote lag 2021 damit lediglich bei 1,75 % bzw. 0,82 % bei ausschließlicher Betrachtung der primärqualifizierend Studierenden.

Im PSYCHIATRIE Barometer wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie Pflegekräfte mit akademischem Abschluss beschäftigen. In 71 % der an der Umfrage beteiligten Einrichtungen arbeiten demnach akademisch ausgebildete Pflegenden (Abb. 16). Es zeigte sich hier kein Unterschied zwischen Einrichtungs- und Abteilungspychiatrien.

Abb. 16 Arbeiten in Ihrem Krankenhaus Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss?

Krankenhäuser in %



Anzahl der akademisierten Pflegefachpersonen

5%-getrimmter Mittelwert

Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss am 31.12.2024

6,4

Darunter: Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss am 31.12.2024

1,1

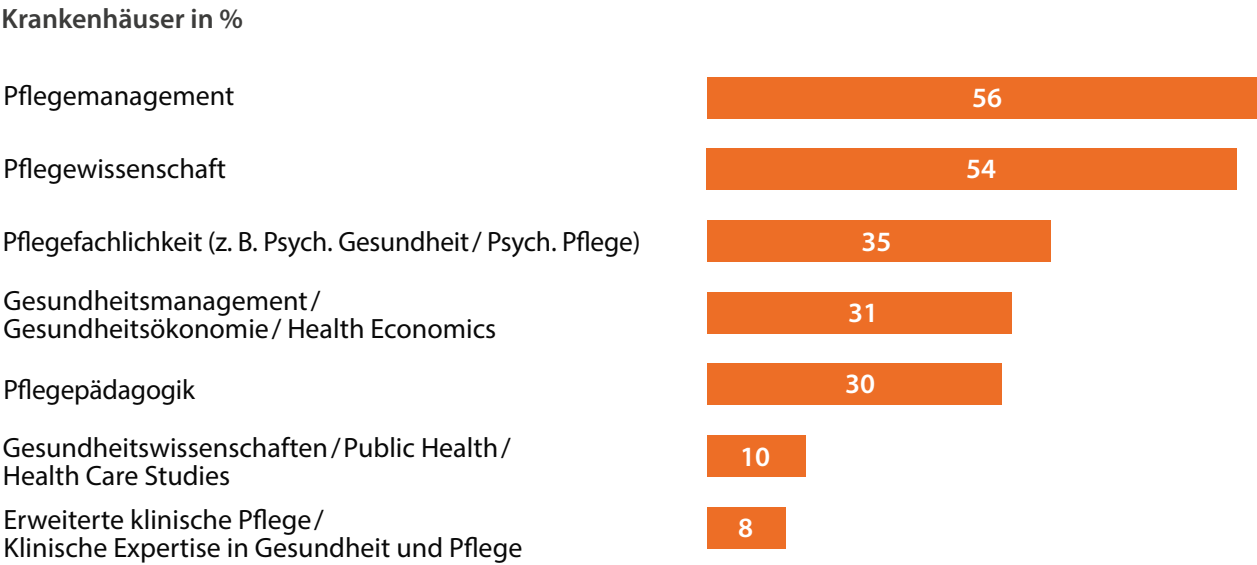
Ferner meldeten die Krankenhäuser zum Stichtag des 31.12.2024 im (5%-getrimmten) Mittel 6,4 Personen mit akademischem Abschluss (Abb. 16). Darunter befanden sich im (5%-getrimmten) Mittel 1,1 Personen mit Master-Abschluss. Zeitgleich absolvieren im Schnitt 2,5 (5%-getrimmtes Mittel) examinierte Pflegekräfte ein berufsbegleitendes Studium (Daten nicht dargestellt).

Unter ausschließlicher Berücksichtigung der Pflegenden mit bereits abgeschlossenem akademischem Abschluss am 31.12.2024 entspricht dies bei den Teilnehmenden einer durchschnittlichen Akademisierungsquote von 2,9 % (5%-getrimm-

tes Mittel). Hierbei zeigten die Einrichtungspsychiatrien eine leicht höhere (nicht signifikante) Quote gegenüber den Abteilungspsychiatrien.

Etwa die Hälfte der Krankenhäuser beschäftigt inzwischen Pflegefachpersonen mit einem akademischen Abschluss auf Bachelor- oder Master-Niveau in Pflegemanagement oder Pflegewissenschaft (Abb. 17). In rund einem Drittel der Kliniken sind zusätzlich akademische Pflegenden mit pflegfachlicher oder pflegepädagogischer Qualifikation sowie Absolventen aus Gesundheitsökonomie oder Gesundheitsmanagement tätig.

Abb. 17 In welchen Fachbereichen haben Ihre Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss (Bachelor/Master) ihr jeweiliges (Fach)Hochschulstudium absolviert?



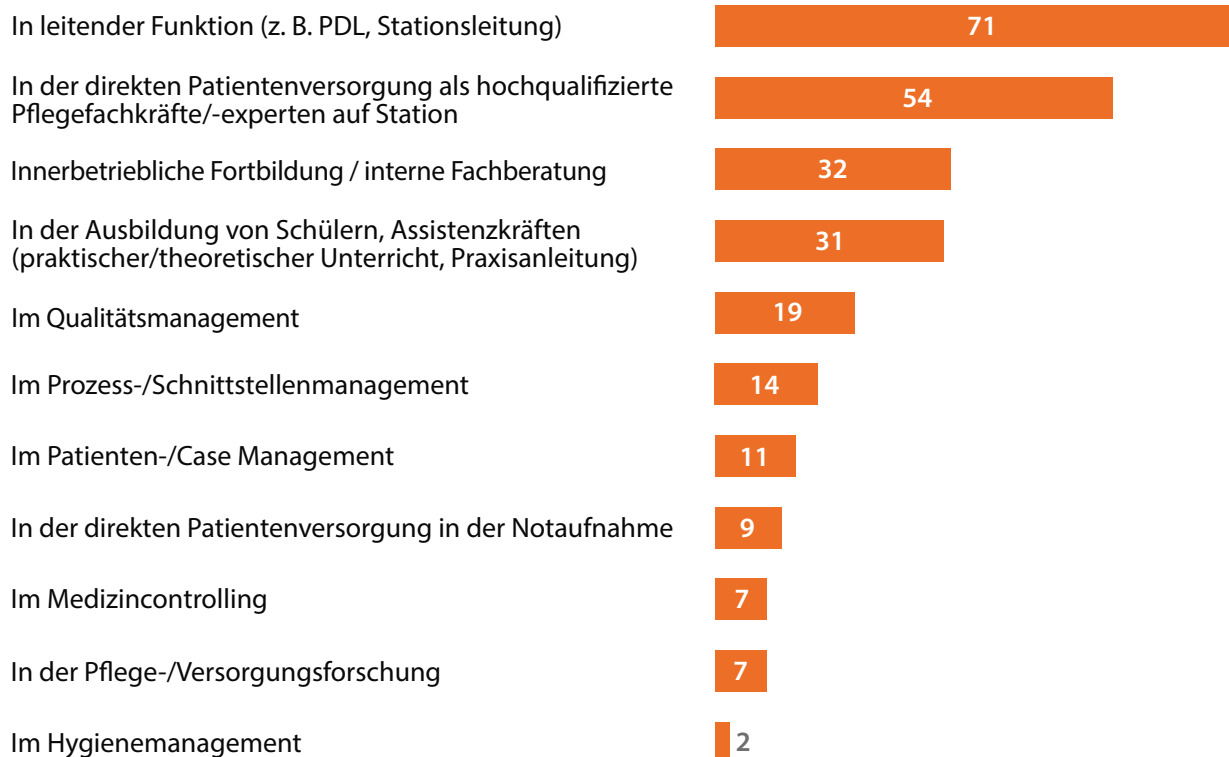
Trotz einer weiterhin niedrigen Akademisierungsquote sind akademisch qualifizierte Pflegende bereits in vielen Kliniken etabliert – überwiegend in Leitungsfunktionen, zunehmend aber auch in Versorgung, Qualifizierung und Ausbildung.

Pflegende mit akademischem Abschluss sind in den Krankenhäusern überwiegend (71 %) in leitender Funktion beispielsweise als Stationsleitung tätig (Abb. 18). Jede zweite Klinik setzt darüber hinaus Absolventen in der direkten Patientenver-

sorgung als hochqualifizierte Fachkräfte und Experten auf Station ein. In rund 30 % der Einrichtungen arbeiten Absolventen in der innerbetrieblichen Fortbildung und Fachberatung sowie Ausbildung von Schülern und Assistenzkräften.

Abb. 18 In welchen Bereichen sind akademisierte Pflegekräfte in Ihrem Krankenhaus tätig?

Krankenhäuser in %



4

AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE (KJP)¹

Die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sieht sich mit wachsenden Herausforderungen konfrontiert. Neue und sich verändernde Störungsbilder, eine zunehmende Nachfrage nach oftmals nicht vorhandenen Behandlungsplätzen sowie wachsende Versorgungslücken im Übergang in die Erwachsenenversorgung prägen vielerorts die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Flankiert werden diese Schwierigkeiten durch starre Rahmenbedingungen, die eine bedarfsgerechte Versorgung erschweren.

¹ Alle Angaben in diesem Kapitel beziehen sich auf Einrichtungen, die zur Leistungserbringung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugelassen sind. Im aktuellen PSYCHIATRIE Barometer waren dies 35 % der Stichprobe.

AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION UND ENTWICKLUNG VON KRANKHEITSBILDERN SEIT DER CORONA-PANDEMIE

Gefragt nach der aktuellen Versorgungssituation im Bereich der KJP bemängeln die befragten Einrichtungen vor allem hohe bürokratische Aufwände (Abb. 19).

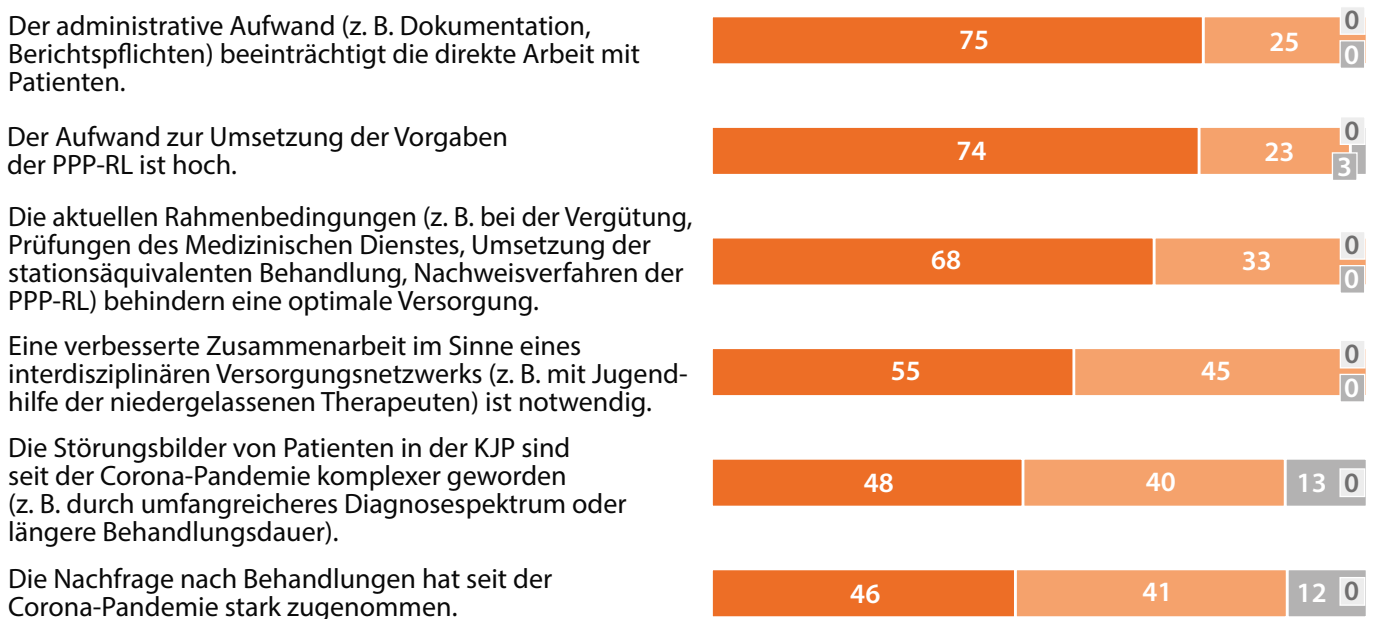
Jeweils drei Viertel stimmen voll und ganz zu, dass der administrative Aufwand die direkte Arbeit am Patienten beeinträchtigt und der Aufwand bspw. zur Umsetzung der Vorgaben der PPP-RL hoch ist. Auch weitere bestehende Rahmenbedingungen der Versorgung, wie z. B. die Prüfungen des Medizinischen Dienstes oder der Aufwand bei der Umsetzung der

stationsäquivalenten Behandlung, behindern aus Sicht vieler Einrichtungen eine optimale Versorgung (68 % stimmen voll und ganz zu).

Hinsichtlich der Nachfrage nach Leistungen im Bereich der KJP kommt knapp die Hälfte der Einrichtungen zu der Einschätzung, dass diese nach der Corona-Pandemie stark zugenommen hat (46 % stimmen voll und ganz zu). Ebenfalls knapp die Hälfte der befragten Einrichtungen stimmt voll und ganz zu, dass die Störungsbilder der Patienten in der KJP seit der Corona-Pandemie komplexer geworden sind.

Abb. 19 Bitte geben Sie in Bezug auf die KJP an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zur Versorgungssituation zustimmen:

Krankenhäuser mit KJP in %





Knapp jede zweite befragte Einrichtung stimmt jeweils voll und ganz zu, dass Versorgungslücken zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zunehmen, allerdings Potenziale durch Digitalisierung noch nicht voll ausgeschöpft werden. Ein

weiteres Drittel stimmt der Einschätzung voll und ganz zu, dass es einen Mangel an teilstationären Versorgungsplätzen gibt. Für mehr als jede vierte Einrichtung trifft dies auch auf vollstationäre Versorgungsplätze zu (Abb. 20).

Abb. 20 Bitte geben Sie in Bezug auf die KJP an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zur Versorgungssituation zustimmen:

Krankenhäuser mit KJP in %

Die Versorgungslücken zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nehmen zu.



Die Potenziale durch Digitalisierung (z. B. digitale Therapieangebote, Telemedizin) werden noch nicht ausgeschöpft.



Es mangelt an teilstationären Versorgungsplätzen.



Es mangelt an vollstationären Versorgungsplätzen.



Die Versorgung junger Geflüchteter bis 18 Jahre mit traumatischen Erfahrungen stellt eine zusätzliche Herausforderung dar.



Die Wartezeiten auf eine (teil-)stationäre Behandlung sind in den letzten 2 Jahren deutlich gestiegen.



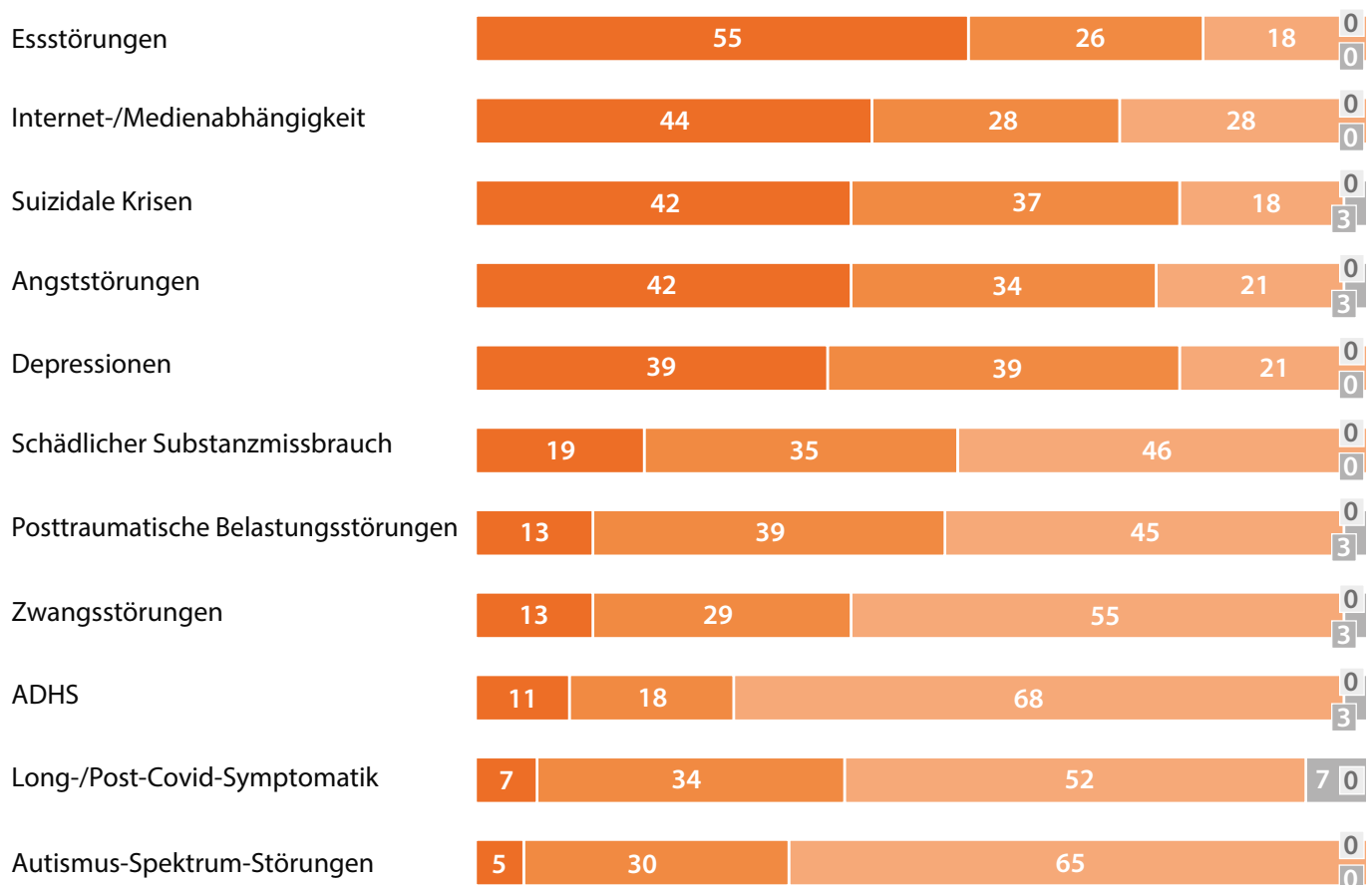
Auswirkungen der Corona-Pandemie lassen sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insbesondere in der Häufigkeit ausgewählter Krankheitsbilder finden und verändern weiterhin die Art der Nachfrage und die Versorgung.

Im aktuellen PSYCHIATRIE Barometer gab über die Hälfte der befragten Krankenhäuser an, dass Ess-

störungen deutlich zugenommen haben (Abb. 21). Ebenfalls einen deutlichen Anstieg verzeichneten die Internet- und Medienabhängigkeit (44 %), suizidale Krisen (42 %), Angststörungen (42 %) und Depressionen (39 %). Der Anteil der Patienten mit Autismus-Spektrum-Störung (65 %) und ADHS (68 %) ist laut der Befragung hingegen weitestgehend stabil geblieben.

Abb. 21 Wie hat sich die Häufigkeit folgender Krankheitsbilder in der KJP in Ihrer Einrichtung seit der Corona-Pandemie verändert?

Krankenhäuser mit KJP in %



WARTEZEITEN UND STELLENBESETZUNGSPROBLEME

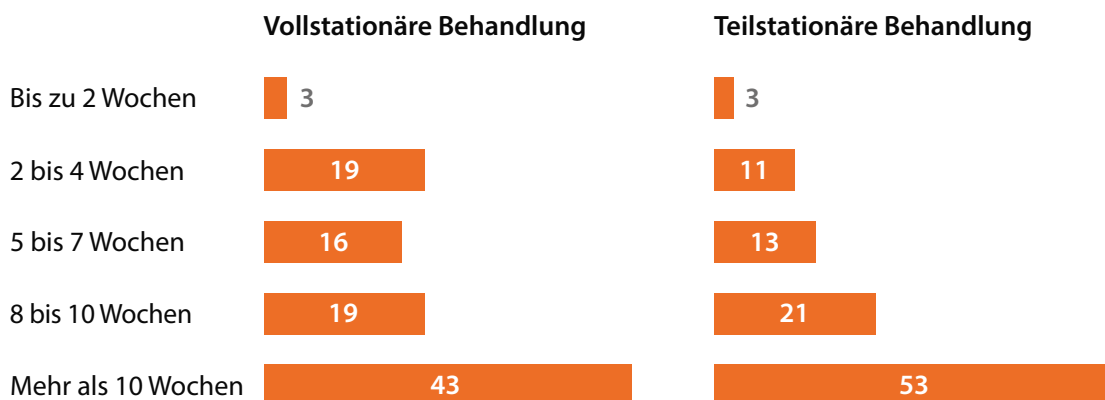
Schon vor der Corona-Pandemie waren Wartezeiten auf ambulante und stationäre Behandlungsplätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein bekanntes Problem. Mit der Pandemie haben sich diese Engpässe weiter verschärft. Viele Kliniken berichten von einer anhaltend hohen Nachfrage bei gleichzeitig begrenzten Behandlungskapazitäten. Im aktuellen PSYCHIATRIE Barometer wurden die Krankenhäuser mit KJP daher nach durchschnittlichen Wartezeiten bei einer elektiven

Aufnahme in den Bereichen voll- und teilstationäre Behandlung gefragt (Abb. 22).

Besonders hohe Wartezeiten werden für die teilstationäre Behandlung berichtet. Über die Hälfte der befragten Einrichtungen gab an, dass die Wartezeit für Kinder und Jugendliche bei mehr als 10 Wochen liegt. Auch in der vollstationären Behandlung liegen die Wartezeiten bei 43 % der Einrichtungen bei mehr als 10 Wochen.

Abb. 22 Wie lang sind aktuell in Ihrer KJP die durchschnittlichen Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in den folgenden Bereichen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Krankenhäuser mit KJP und entsprechendem Leistungsangebot in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

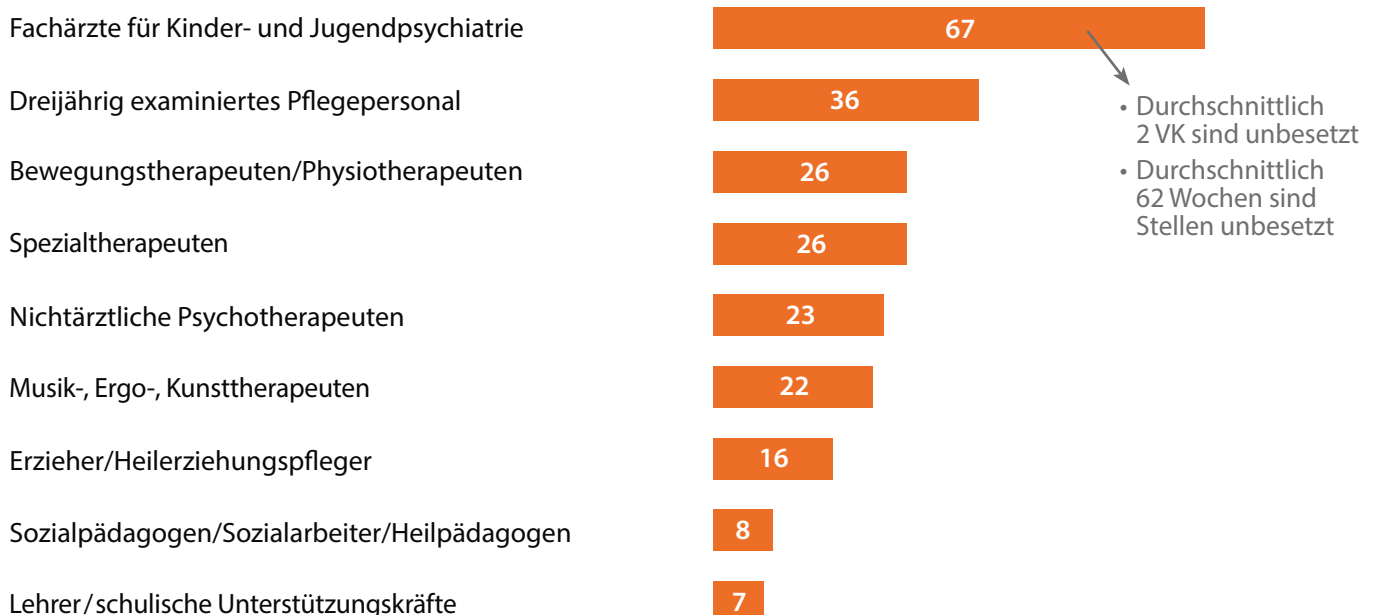
Über die Hälfte der befragten Einrichtungen gab an, dass die Wartezeit auf teilstationäre Behandlung für Kinder und Jugendliche bei mehr als 10 Wochen liegt.

Neben langen Wartezeiten stehen psychiatrische Kliniken seit einigen Jahren vor zunehmenden Herausforderungen in der Personalgewinnung und -bindung. Es zeigt sich ein deutlicher Mangel an qualifizierten Fachkräften, der die Versorgungskapazitäten vieler Krankenhäuser spürbar einschränkt. Die Ursachen sind vielfältig und reichen von der demografischen Entwicklung über einen bundesweiten Wettbewerb um Fachpersonal bis hin zu steigenden Anforderungen an Dokumentation, Behandlungscoordination und multiprofessioneller Zusammenarbeit. Hinzu kommt eine hohe Arbeitsdichte, die insbesondere in der psychiatrischen Versorgung durch komplexe Krankheitsbilder und steigenden Behandlungsbedarf zunehmend sichtbar wird.

Die Ergebnisse des aktuellen PSYCHIATRIE Barometers verdeutlichen die Stellenbesetzungsproblematik in Bezug auf die Einrichtungen der KJP (Abb. 23). Vor allem im Bereich der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gaben die befragten Einrichtungen Stellenbesetzungsprobleme an (67 % waren betroffen). Unter den Kliniken mit Stellenbesetzungsproblemen bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind durchschnittlich zwei Vollkräfte unbesetzt. Die Dauer der unbesetzten Stellen liegt im Mittel bei 62 Wochen. Ebenfalls stark von Stellenbesetzungsproblemen betroffen ist die Personalgruppe der dreijährig examinierten Pflegekräfte. 36 % der befragten Kliniken haben dahingehend Stellenbesetzungsprobleme geäußert. Aber auch im therapeutischen Bereich haben viele Kliniken Probleme, Personal zu finden.

Abb. 23 Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen in den folgenden Berufsgruppen zu besetzen?

Krankenhäuser mit KJP in %



ÜBERGANG VON KINDERN ODER JUNGEN ERWACHSENEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN VON EINER KINDZENTRIERTEN HIN ZU EINER ERWACHSENENORIENTIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

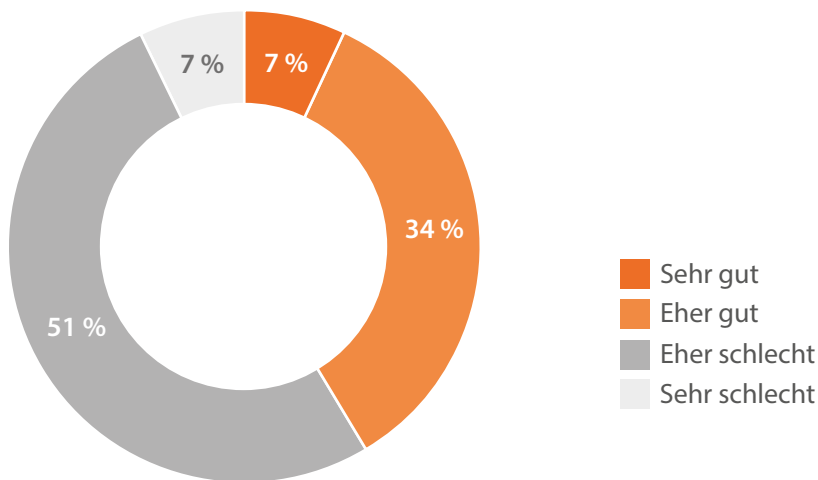
Die Transition von Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung stellt einen entscheidenden Abschnitt im psychiatrischen Versorgungspfad dar und gilt als eine komplexe Schnittstelle im Gesundheitswesen. Der Übergang erfolgt in einer Lebensphase, die häufig von diversen sozialen, emotionalen und entwicklungspsychologischen Veränderungen geprägt ist. Gleichzeitig reagieren Jugendliche zu diesem Zeitpunkt besonders sensibel auf anhaltende oder sich verschärfende psychische Belastungen, die bei Bedarf eine

kontinuierliche, verlässliche und altersgerechte Behandlung erfordern.

Das vorliegende PSYCHIATRIE Barometer verdeutlicht die Herausforderungen beim Übergang zwischen beiden Versorgungssystemen. 58 % der befragten Einrichtungen geben an, dass der Übergang sehr schlecht oder eher schlecht gelingt. Nur 7 % geben einen sehr guten Übergang an (Abb. 24).

Abb. 24 Wie gut gelingt die Transition (Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen von einer kindzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung) von Patienten Ihrer KJP in die Erwachsenenversorgung?

Krankenhäuser mit KJP in %



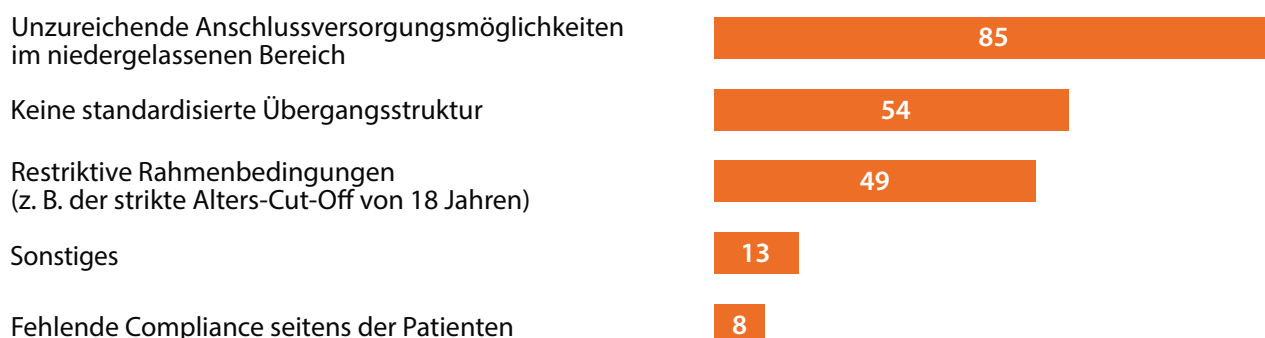
Über die Hälfte der befragten Einrichtungen gibt an, dass der Übergang von der kindzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten psychiatrischen Versorgung sehr schlecht oder eher schlecht gelingt.

Verschiedene Gründe können während des Übergangs aus der kinder- und jugendpsychiatrischen in die Erwachsenenversorgung dazu führen, dass Jugendliche und junge Erwachsene in dieser Phase an Stabilität verlieren oder Versorgungslücken entstehen. Gemäß der aktuellen Befragung des PSYCHIATRIE Barometers waren unzureichende Anschlussversorgungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich am häufigsten problematisch (85 %). Über die Hälfte der befragten Einrichtungen sieht darüber hinaus Probleme durch eine fehlende Standardisierung der Übergangsstruktur (54 %). Restriktive Rahmenbedingungen,

wie z. B. der Alters-Cut-off von 18 Jahren, werden ebenso bei fast der Hälfte der Einrichtungen (49 %) als problematisch angesehen. Als sonstige Gründe wurden in einem Freitextfeld häufig das Fehlen konkreter Versorgungsangebote für die Zielgruppe genannt, darunter z. B. fehlende Stationen für Adoleszente (16- bis 24-Jährige) oder fehlende Therapieangebote für die Bedürfnisse 18- bis 21-Jähriger (Abb. 25). Fehlende Compliance der Patienten stellt laut den befragten Einrichtungen dagegen kein ausgeprägtes Problem dar. Nur rund 8 % gaben dies als eines der häufigsten Probleme bei der Transition an.

Abb. 25 Welche Probleme treten beim Übergang am häufigsten auf?
(Mehrfachantworten möglich)

Krankenhäuser mit KJP in %



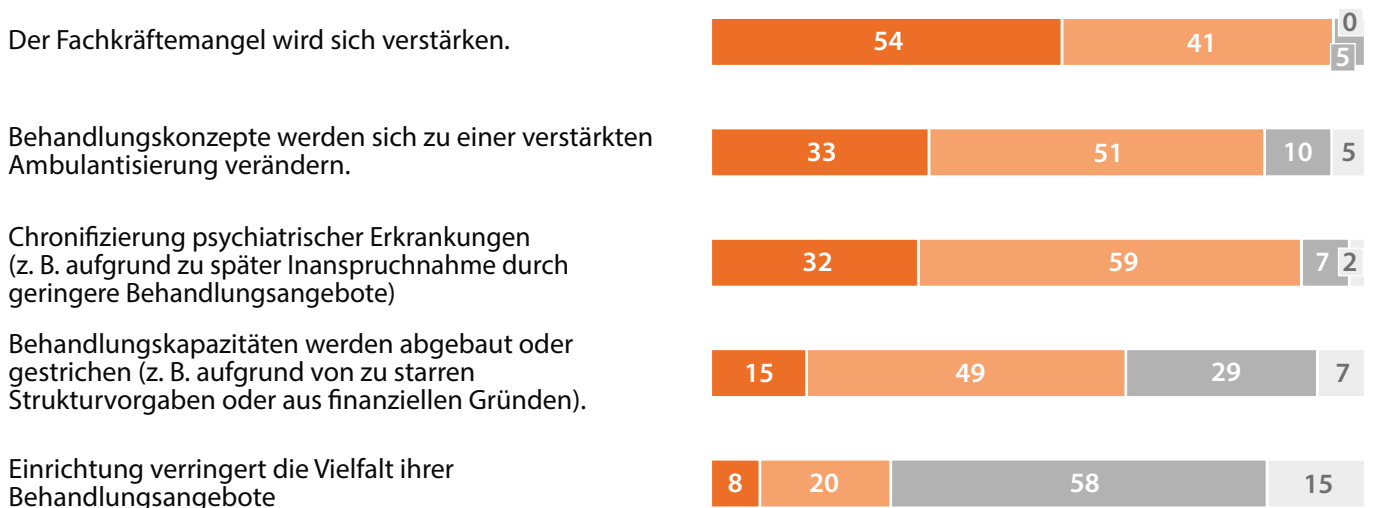
AUSBLICK

Die vorliegenden Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers haben gezeigt, dass der Bedarf junger Menschen nach professioneller Unterstützung unbenommen hoch ist und weiter steigt. Gleichzeitig erreichen viele kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen im Zuge hoher regulatorischer Anforderungen und bürokratischer Aufwände bereits jetzt ihre Kapazitätsgrenzen, sodass Wartezeiten länger werden und die frühzeitige Versorgung erschwert ist. Parallel dazu verstärken sich die Herausforderungen im Bereich der Personalgewinnung und -bindung, die sich aufgrund demografischer Entwicklungen und eines verstärkten Wettbewerbs um qualifiziertes Personal voraussichtlich weiter verschärfen werden. Dies

führt dazu, dass selbst bei steigendem Versorgungsbedarf die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Einrichtungen begrenzt bleibt. So stimmt über ein Drittel der befragten Kliniken mit Blick auf die zukünftige Versorgungssituation (Abb. 26) der Aussage voll und ganz zu, dass sich die Behandlungskonzepte zu einer verstärkten Ambulantisierung verändern werden. Gleichermaßen wird die mögliche Chronifizierung psychiatrischer Erkrankungen (z. B. aufgrund der aktuellen Lücken in der Versorgung) gesehen (32 % stimmen voll und ganz zu). Dass Einrichtungen die Vielfalt der Behandlungsangebote verringern, wird eher nicht erwartet (73 % stimmen eher nicht oder gar nicht zu).

Abb. 26 Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zur zukünftigen Versorgungssituation der KJP zustimmen:

Krankenhäuser mit KJP in %



Die zukünftige Versorgungssituation in der KJP wird somit maßgeblich davon abhängen, ob es gelingt, die steigenden Bedarfe mit einer leistungsfähigen, gut vernetzten und personell abgesicherten Versorgungslandschaft in Einklang zu bringen.





SPEISENVERSORGUNG IN EINRICHTUNGSPSYCHIATRIEN

Der Anspruch an nachhaltige Prozesse und Ressourcenschonung gewinnt in Einrichtungspsychiatrien zunehmend an Bedeutung. Besonders die Speisenversorgung stellt einen zentralen Ansatzpunkt für nachhaltiges Handeln dar, da mehr als die Hälfte der Einrichtungen die Speisenzubereitung in Eigenregie organisiert. Die Ergebnisse der bundesweiten Befragung zeigen, dass zahlreiche Einrichtungen bereits Maßnahmen wie saisonale Speisepläne, eine Reduktion des Fleischanteils oder den Einsatz regionaler Produkte umsetzen. Gleichzeitig erschweren Budgetrestriktionen sowie Personal- und Zeitmangel den weiteren Ausbau nachhaltiger Konzepte. Auch bei der Abfallvermeidung bestehen Potenziale, da Abfallmessungen und Maßnahmen zur Reduktion von Speiseresten bislang nicht flächendeckend umgesetzt werden. Dieser Teil des Fragebogens war ausschließlich an Einrichtungspsychiatrien gerichtet.

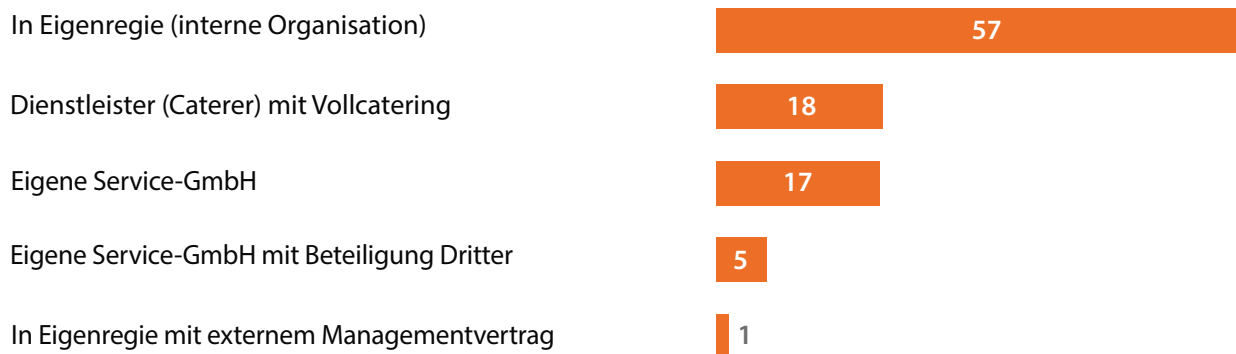
BEWIRTSCHAFTUNGSFORM, PRODUKTIONSSYSTEM UND BEKÖSTIGUNGSTAGE

Im Rahmen des PSYCHIATRIE Barometers wurden bundesweite psychiatrische Einrichtungen zu ihrer Organisation der Speisenversorgung befragt. (Dieser Teil des Fragebogens richtete sich im Unterschied zu den anderen Themen ausschließlich an Einrichtungspsychiatrien.) Insgesamt nahmen 77 Einrichtungen an der Erhebung teil. In mehr als der Hälfte der Häuser (57 %) wird die

Küche eigenständig betrieben. Weitere 18 % der Einrichtungen nutzen externe Dienstleister im Rahmen eines Vollcaterings, während ebenso viele Einrichtungen die Bewirtschaftung über eine eigene Service-GmbH organisieren. Nur ein geringer Anteil (5 %) setzt auf Modelle einer eigenen Service-GmbH mit Beteiligung Dritter (Abb. 27).

Abb. 27 Welche Bewirtschaftungsform hat Ihre Küche?

Krankenhäuser in %



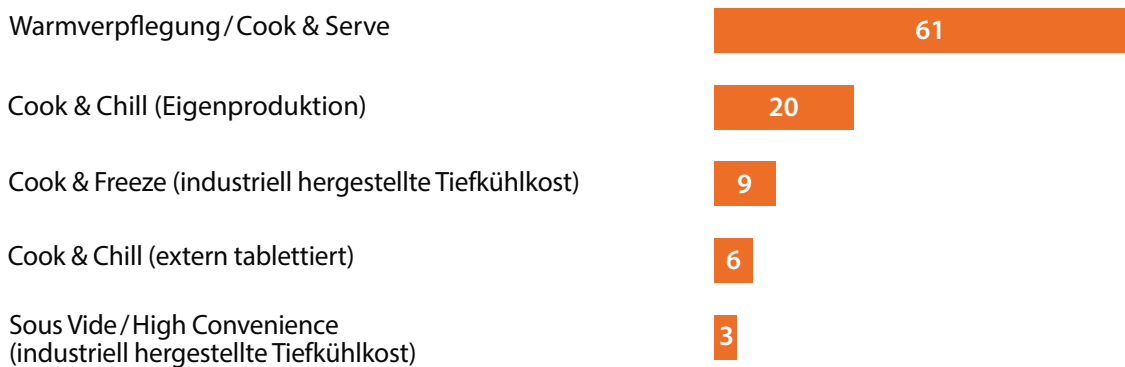
In mehr als der Hälfte der Häuser
wird die Küche eigenständig betrieben.

Für die Speisenzubereitung werden unterschiedliche Produktionssysteme eingesetzt. Bei der klassischen Warmverpflegung erfolgt die Ausgabe der Speisen unmittelbar nach der Zubereitung. Dieses Vorgehen entspricht dem konventionellen Cook & Serve-Prinzip. Alternativ können Speisen nach der Zubereitung zunächst gekühlt (Cook & Chill) oder eingefroren (Cook & Freeze) werden, um ihre Haltbarkeit zu verlängern (kma Online Whitepaper 2021; Filser und Levsen 2022).

Da in der Praxis häufig mehrere Verfahren parallel eingesetzt werden, erfolgte die Abfrage der verwendeten Produktionssysteme in Form einer Mehrfachauswahl. Die Auswertung der eingesetzten Produktionssysteme zeigt, dass 61 % der Einrichtungen die Patientenverpflegung überwiegend über das Cook & Serve-Prinzip realisieren. Weitere 20 % nutzen das Cook & Chill-Verfahren. Deutlich seltener kommen industriell hergestellte Tiefkühlprodukte im Rahmen des Cook & Freeze-Prinzips (9 %) oder Cook & Chill mit externer Tablettierung (6 %) zum Einsatz (Abb. 28).

Abb. 28 Welches Produktionssystem findet für die Verpflegung Ihrer Patienten Anwendung? (Mehrfachantworten möglich)

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Bei einem großen Anteil der befragten Einrichtungen wird die Speisenzubereitung über das konventionelle Cook & Serve-Prinzip organisiert.



Ein Beköstigungstag (BKT) umfasst Frühstück, Mittag- und Abendessen sowie Zwischenmahlzeiten. Die befragten Einrichtungen wurden gebeten, die Anzahl der Beköstigungstage sowie die Kosten der Patientenverpflegung für das Jahr

2024 anzugeben. Durchschnittlich wurden pro Einrichtung 72.008,8 BKT im Jahr 2024 erfasst (ohne Beköstigungstage für externe Einrichtungen). Die durchschnittlichen Kosten pro Beköstigungstag beliefen sich auf 13,71 Euro (Abb. 29).

Abb. 29 Wie hoch war die Anzahl der BKT im Jahr 2024 für Ihre Einrichtung (ohne BKT für andere Einrichtungen)?

72.008,8* BKT

Wie hoch waren die Kosten je BKT für Ihre Einrichtung in der Patientenverpflegung im Jahr 2024?

13,71* Euro

MASSNAHMEN UND HINDERNISSE ZUR NACHHALTIGEN SPEISENVERSORGUNG

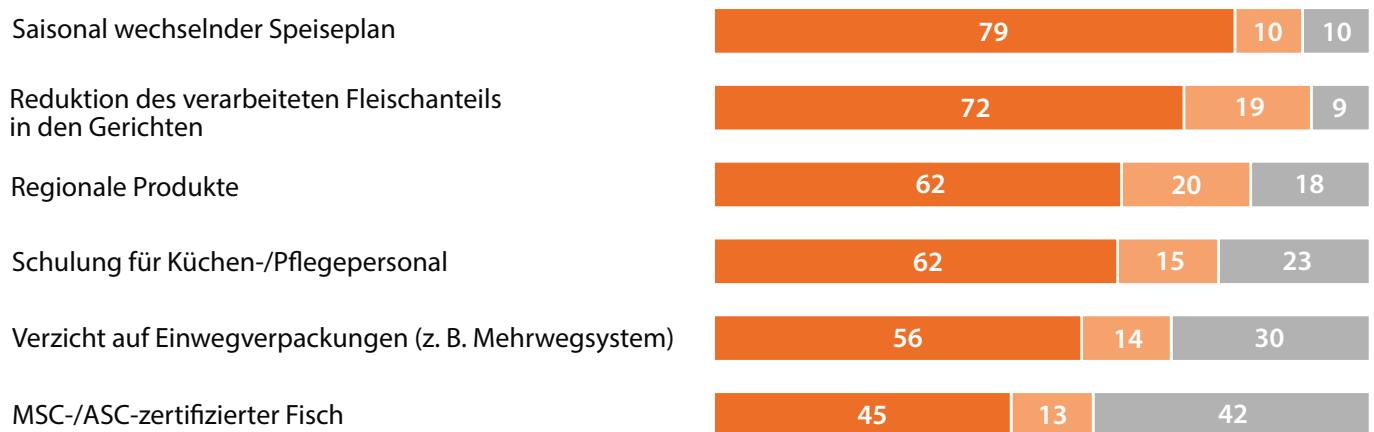
Nachhaltigkeit stellt auch in der Speisenversorgung psychiatrischer Einrichtungspsychiatrien einen zentralen Handlungsbereich dar. Vor diesem Hintergrund wurden die Einrichtungen zu bereits umgesetzten Maßnahmen sowie zu bestehenden Herausforderungen befragt.

Die am häufigsten umgesetzte Maßnahme zur Förderung einer nachhaltigen Speisenversorgung ist die Einführung eines saisonal wechselnden Speiseplans. Diese Maßnahme wird bereits von

79 % der Einrichtungen umgesetzt, weitere 10 % befinden sich in der Planungsphase. Ebenfalls weit verbreitet ist die Reduktion des verarbeiteten Fleischanteils, die von 72 % der Einrichtungen praktiziert wird. Rund 60 % der Häuser setzen auf den Einsatz regionaler Produkte, führen Schulungen für Küchen- und Pflegepersonal durch oder verzichten auf Einwegverpackungen. In 45 % der Einrichtungen wird beim Fischeinkauf auf MSC- bzw. ASC-Zertifizierungen¹ geachtet (Abb. 30).

Abb. 30 Inwieweit werden Maßnahmen zur nachhaltigen Speisenversorgung in Ihrer Einrichtung umgesetzt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Ja, bereits umgesetzt
■ Ja, ist in Planung
■ Nein, weder umgesetzt, noch in Planung

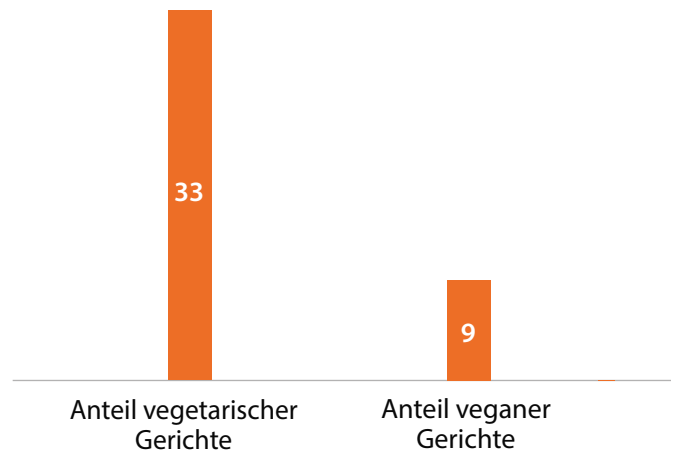
¹ MSC-/ASC-zertifizierter Fisch stammt aus verantwortungsvoller Fischerei bzw. Aquakultur nach den Standards des Marine Stewardship Council (MSC) und des Aquaculture Stewardship Council (ASC) – zum Schutz von Fischbeständen, Umwelt und Arbeitsbedingungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass vegetarische Gerichte im Durchschnitt 33 % des Speisenangebots ausmachen, während vegane Optionen einen Anteil von 9 % erreichen (Abb. 31).

Bei gut einem Viertel der Einrichtungen (27 %) werden Produkte aus zertifiziertem Handel eingekauft. Seltener umgesetzt sind Maßnahmen wie die Bio-Zertifizierung der Produktionsstätten, der Verzicht auf Flugware, der Ausschluss niedriger Tierhaltungsklassen (1 oder 2) sowie die Sensibilisierung der Patienten für eine nachhaltige Speisenauswahl, beispielsweise durch die Kennzeichnung des CO₂-Fußabdrucks. Insbesondere die beiden zuletzt genannten Maßnahmen befinden sich jedoch bei mehr als einem Drittel der Einrichtungen in der Planungsphase (Abb. 32).

Abb. 31 Wie hoch ist der Anteil der ausgegebenen Gerichte im Mittagsangebot der Patientenverpflegung?

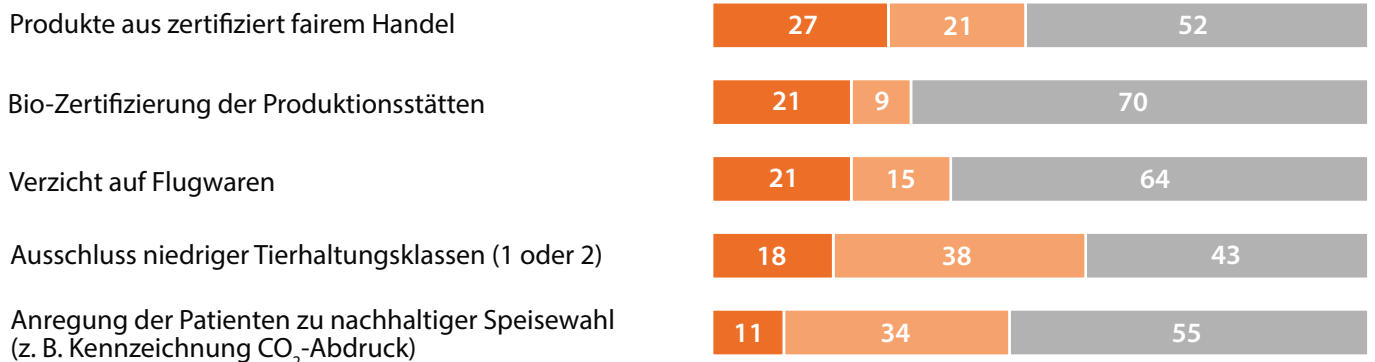
Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32 Inwieweit werden Maßnahmen zur nachhaltigen Speisenversorgung in Ihrer Einrichtung umgesetzt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ Ja, bereits umgesetzt
■ Ja, ist in Planung
■ Nein, weder umgesetzt, noch in Planung

Nachhaltige Speisenangebote sind teilweise durch vegetarische Optionen etabliert, während weitergehende Maßnahmen häufig noch in der Planungsphase sind. Der Ausbau wird dabei vor allem durch begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen gebremst.

Im Hinblick auf Hindernisse, die den Ausbau einer nachhaltigen Speiserversorgung in den Einrichtungspsychiatrien ausbremsen, wurden allen voran die Budgetrestriktionen (26 %) genannt, gefolgt von Personalmangel (15 %), Zeitmangel

(14 %) und fehlenden politischen/gesetzlichen Rahmenbedingungen (10 %). Selten sind die geringe Akzeptanz der Patienten oder des Personals, Hygienevorschriften, fehlende interne Vorgaben, Leitlinien oder Bestelllogistik der Grund (< 10 %) (Abb. 33).

Abb. 33 Welche Hindernisse sehen Sie für einen Ausbau der nachhaltigen Speiserversorgung in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung? (Mehrfachantworten möglich)

Krankenhäuser in %



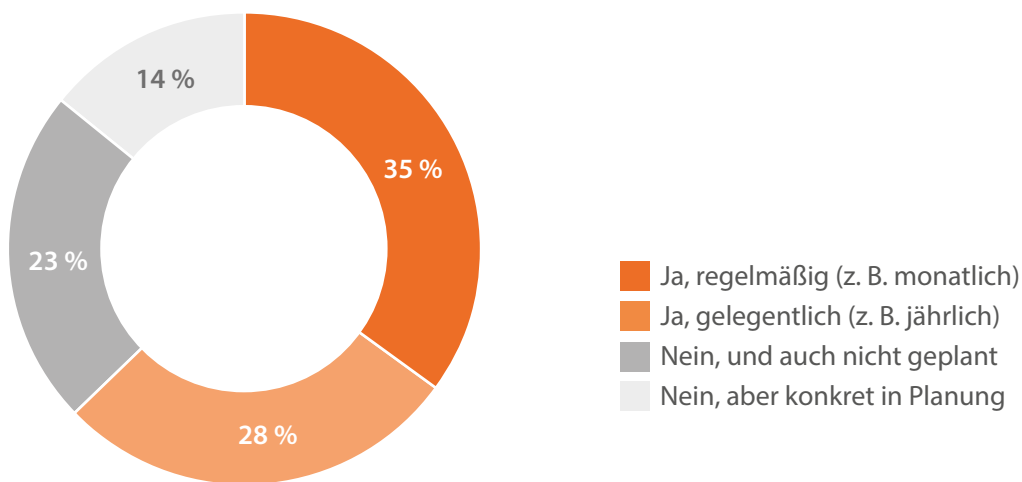
ABFALLMESSUNGEN UND VERRINGERUNG VON SPEISERESTEN

Durch eine systematische Abfallmessung können Abfall- und Stoffströme in der Speisenversorgung in Krankenhäusern analysiert und potenzielle Ansatzpunkte zur Ressourcenschonung identifiziert werden (Filser 2025). Vor diesem Hintergrund führen 35 % der befragten psychiatrischen Einrichtungen regelmäßig, beispielsweise monatlich,

Abfallmessungen von Speiseresten durch. Weitere 28 % setzen Abfallmessungen gelegentlich, etwa jährlich, um. In 14 % der Einrichtungen befindet sich die Durchführung einer Abfallmessung bereits in konkreter Planung, während 23 % weder Messungen durchführen noch entsprechende Planungen vorweisen (Abb. 34).

Abb. 34 Führen Sie Abfallmessungen von Speiseresten durch?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Die Ergebnisse zeigen, dass Abfallmessungen noch nicht flächendeckend etabliert sind.

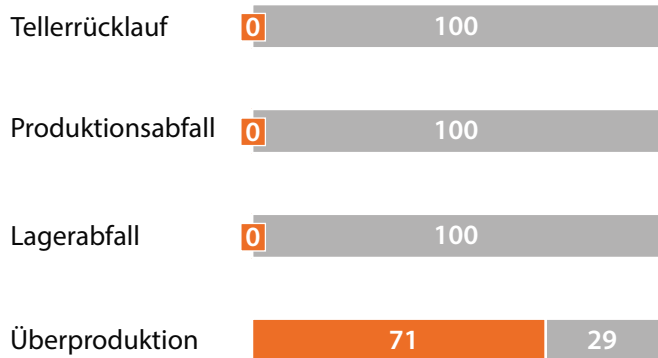
Dabei wird vor allem die Überproduktion erfasst, die durch den Einsatz von Maßnahmen wie eine flexiblere Portionsgestaltung und angepasste Bestellsysteme nur noch einen geringen Anteil an den gesamten Speiseresten ausmacht.

Zur Reduzierung von Speiseresten stellt die Überproduktion einen zentralen Analysebereich dar und wird von 71 % der Einrichtungen im Rahmen ihrer Abfallanalysen erfasst. Weitere Ursachen wie Tellerrückläufe, Produktions- oder Lagerabfälle werden bislang nicht berücksichtigt. Der Anteil der Überproduktion an der Gesamtmenge der Speisereste wird von der Mehrheit der Einrichtun-

gen als gering eingeschätzt: 62 % bewerten diesen als eher niedrig, während 12 % ihn als eher hoch und 8 % als hoch einstufen. Damit wird deutlich, dass die Überproduktion zwar von einem Großteil der Einrichtungen systematisch erfasst wird, ihr jedoch im Vergleich dazu überwiegend ein geringer Anteil an der Gesamtmenge der Speisereste zugeschrieben wird (Abb. 35).

Abb. 35 Welche Gründe für Speisereste erfassen Sie?

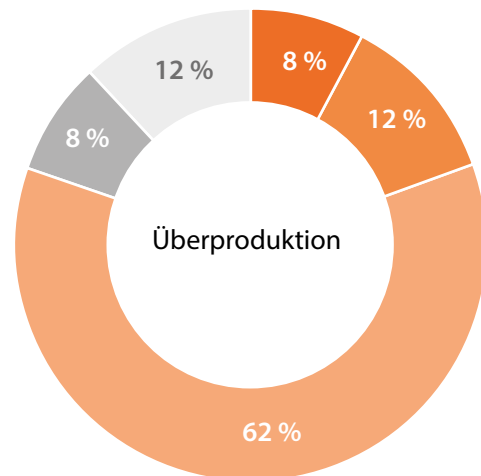
Krankenhäuser in %



■ Ja ■ Nein

Welchen Anteil haben diese Ursachen schätzungsweise an der Höhe der gesamten Speisereste in Ihrer Einrichtung?

Krankenhäuser in %



■ Hoch
 ■ Eher hoch
 ■ Eher gering
 ■ Gering
 ■ Keine Angabe möglich

Zur Verringerung von Speiseresten setzen 69 % der Einrichtungen auf eine stärkere Anpassung des Speisenangebots an die Nachfrage der Patienten, beispielsweise durch eine flexible Portionsgestaltung. Zudem nutzen 61 % der Einrichtungen flexible Bestellsysteme zur verbesserten Planbarkeit. Weniger verbreitet sind Prozessanpassungen, die ein kurzfristiges Nachkochen (Just-in-time) ermöglichen (30 %). Ebenso erfolgt eine gezielte Aufklärung der Patienten, etwa durch Informa-

tionsmaterial zu Portionsgrößen bei der Essensbestellung, nur in 29 % der Einrichtungen.

Angebote für Mitarbeitende, beispielsweise in Form vergünstigter Abgabe übrig gebliebener Speisen oder nahezu abgelaufener Produkte, sind bislang selten etabliert. Allerdings befindet sich eine solche Maßnahme bei 16 % der Einrichtungen in konkreter Planung (Abb. 36).

Abb. 36 Welche Maßnahmen zur Verringerung von Speiseresten setzen Sie in Ihrer Einrichtung um?

Krankenhäuser in %

Anpassung des Menüplans auf Nachfrage von Patienten (z. B. Portionsgröße anpassen)



Flexibles Bestellsystem für bessere Planbarkeit (z. B. Möglichkeiten, Essen bei Änderung im Behandlungsplan abzubestellen)



Flexibles Nachkochen (JIT (Just-in-time), z. B. kurz vor Essensausgabe garen)



Aufklärung der Patienten (z. B. Infoblätter über Portionsgrößen bei der Essensbestellung)



Speiserestereduzierung durch Angebote für Mitarbeiter (z. B. reduzierte Preise für übriggebliebene Speisen oder fast abgelaufene Produkte „to good to go“)



6

AMBULANTE UND TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG

Die Stärkung von ambulanten, teilstationären und stationersetzenden Angeboten wird seit mehreren Jahren politisch vorangetrieben und ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Mehr als die Hälfte der befragten Krankenhäuser schätzt das eigene Potenzial für einen Ausbau eines solchen Angebots als erst teilweise ausgeschöpft ein. Behandlungen in psychiatrischen Tageskliniken oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz stellen dabei etablierte Angebote dar.

In Bezug auf einen weiterführenden Aufbau ambulanter und stationersetzender Versorgungsformen sehen sich jedoch viele Einrichtungen mit einigen Herausforderungen konfrontiert. Zu den am häufigsten genannten Hürden zählen eine unzureichende Finanzierung durch die Kostenträger, die Personalbindung der PPP-RL an das stationäre Setting sowie hohe bürokratische Aufwände.

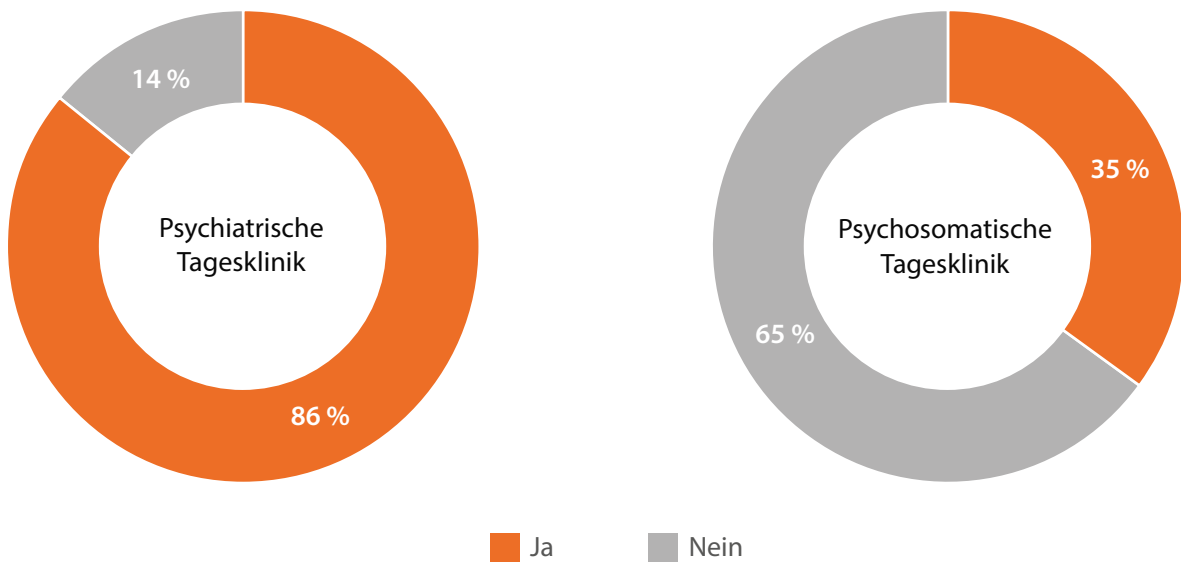
VERBREITUNG VON TEILSTATIONÄREN ANGEBOTEN

Im Unterschied zur vollstationären Behandlung bleiben Patienten bei einer teilstationären Behandlung nicht über Nacht in den Einrichtungen. Der Großteil der Krankenhäuser bietet

psychiatrische Behandlungen in Tageskliniken an (86 %). Psychosomatische teilstationäre Behandlungen werden in ca. einem Drittel der befragten Kliniken angeboten (Abb. 37).

Abb. 37 Bieten Sie in Ihrer Einrichtung eine psychiatrische/psychosomatische tagesklinische Behandlung an?

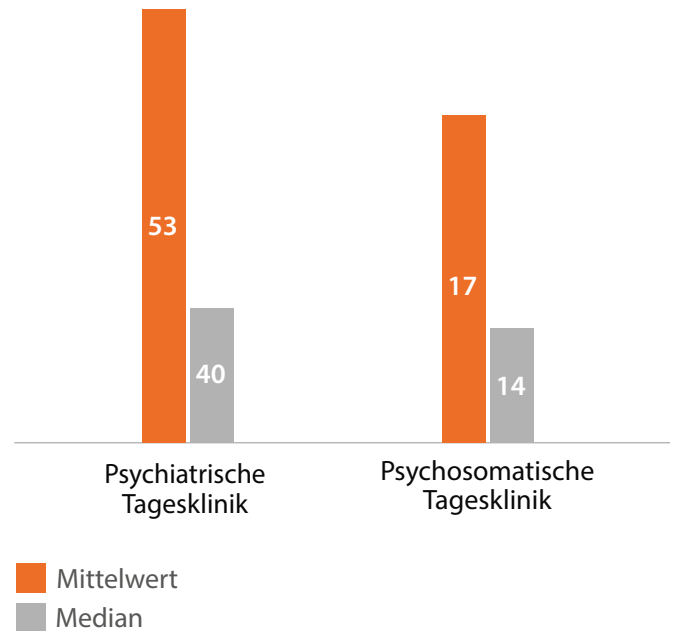
Krankenhäuser in %



Die befragten psychiatrischen Tageskliniken stellen 53 (Mittelwert) bzw. 40 (Median) Plätze zur Verfügung. Bei den psychosomatischen Tageskliniken beträgt die Anzahl der Plätze durchschnittlich 17 bzw. 14 (Median) Plätze (Abb. 38).

In Einrichtungspsychiatrien liegt der Mittelwert der psychiatrischen Tageskliniken bei 63 Plätzen und in Abteilungspsychiatrien bei 40 Plätzen (Daten nicht dargestellt).

Abb. 38 Anzahl der Plätze in den Tageskliniken



© Deutsches Krankenhausinstitut

VERBREITUNG VON AMBULANTEN UND AUFSUCHENDEN ANGEBOTEN

Psychiatrische Einrichtungen haben verschiedene Möglichkeiten, ambulante und aufsuchende Behandlungsformen in ihr Leistungsspektrum zu integrieren. Dazu gehören insbesondere Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen sowie die stationsäquivalente Behandlung.

Im PSYCHIATRIE Barometer gab der Großteil der befragten Einrichtungen an, über eine Psychiatrische Institutsambulanz gemäß § 118 Absatz 1 oder 2 SGB V zu verfügen (89 %). Knapp jede vierte Einrichtung gab an, über eine Psychosomatische Institutsambulanz gemäß § 118 Absatz 3 SGB V zu verfügen (24 %) (Daten nicht dargestellt).

39 % der befragten Einrichtungen bieten zudem im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz auch aufsuchende Behandlungen an. Gefragt nach dem Startpunkt des aufsuchenden Behand-

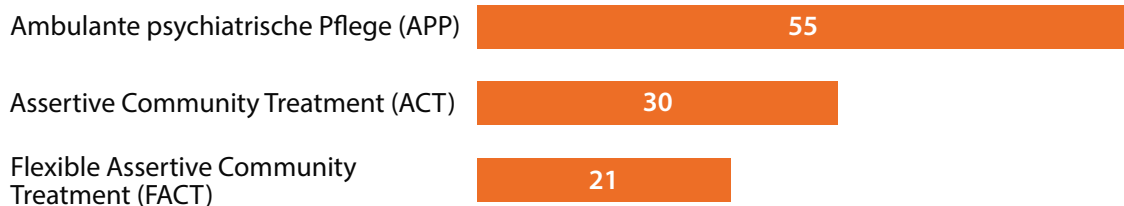
lungsangebotes ergab sich eine Spanne vom Jahr 1990 bis 2025. Immerhin die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen mit aufsuchender Behandlung hatte dieses Angebot bereits bis zum Jahr 2012 eingerichtet (Daten nicht dargestellt).

Unter den Einrichtungen, die eine aufsuchende Behandlung anbieten, ist die Ambulante psychiatrische Pflege (APP) am weitesten verbreitet (55 %). Zudem bieten 30 % Assertive Community Treatment (ACT) und 21 % das Flexible Assertive Community Treatment (FACT) an (Abb. 39).

Darüber hinaus gaben einzelne Einrichtungen auf Nachfrage sonstige Formen der aufsuchenden Behandlung an, die sie im Rahmen ihrer Psychiatrischen Institutsambulanz anbieten. Besonders häufig wurde diesbezüglich die aufsuchende Behandlung in Pflegeheimen genannt.

Abb. 39 Welche der folgenden aufsuchenden Zuhause-Behandlungen bietet Ihre Einrichtung im Rahmen der PIA an?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

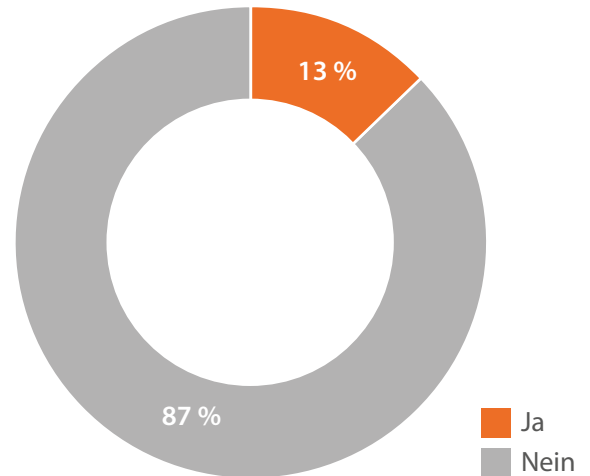
Die Hälfte der Einrichtungen mit aufsuchender Behandlung hatte dieses Angebot bereits bis zum Jahr 2012 eingerichtet.

Ergänzend zum ambulanten Behandlungsangebot gaben 13 % der teilnehmenden psychiatrischen Einrichtungen an, eine stationsäquivalente Behandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V anzubieten (Abb. 40).



Abb. 40 Bietet Ihre Einrichtung stationsäquivalente Behandlung (StäB) an?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE AMBULANTISIERUNG

Mehrere Herausforderungen hemmen den Ausbau ambulanter Versorgungsangebote. Die drei größten Hemmnisse stellen aus Sicht der befragten psychiatrischen Krankenhäuser eine unzureichende Finanzierung durch die Kostenträger, die Personalbindung der PPP-RL an das stationäre Setting sowie hohe bürokratische Aufwände dar. Über drei Viertel der befragten Einrichtungen sehen hierin jeweils ein Hindernis.

Auch die geringe Personalverfügbarkeit, restriktive Rahmenbedingungen und ein erhöhter administrativer Aufwand bei der Personalsteuerung wurden als große Hindernisse eingeordnet.

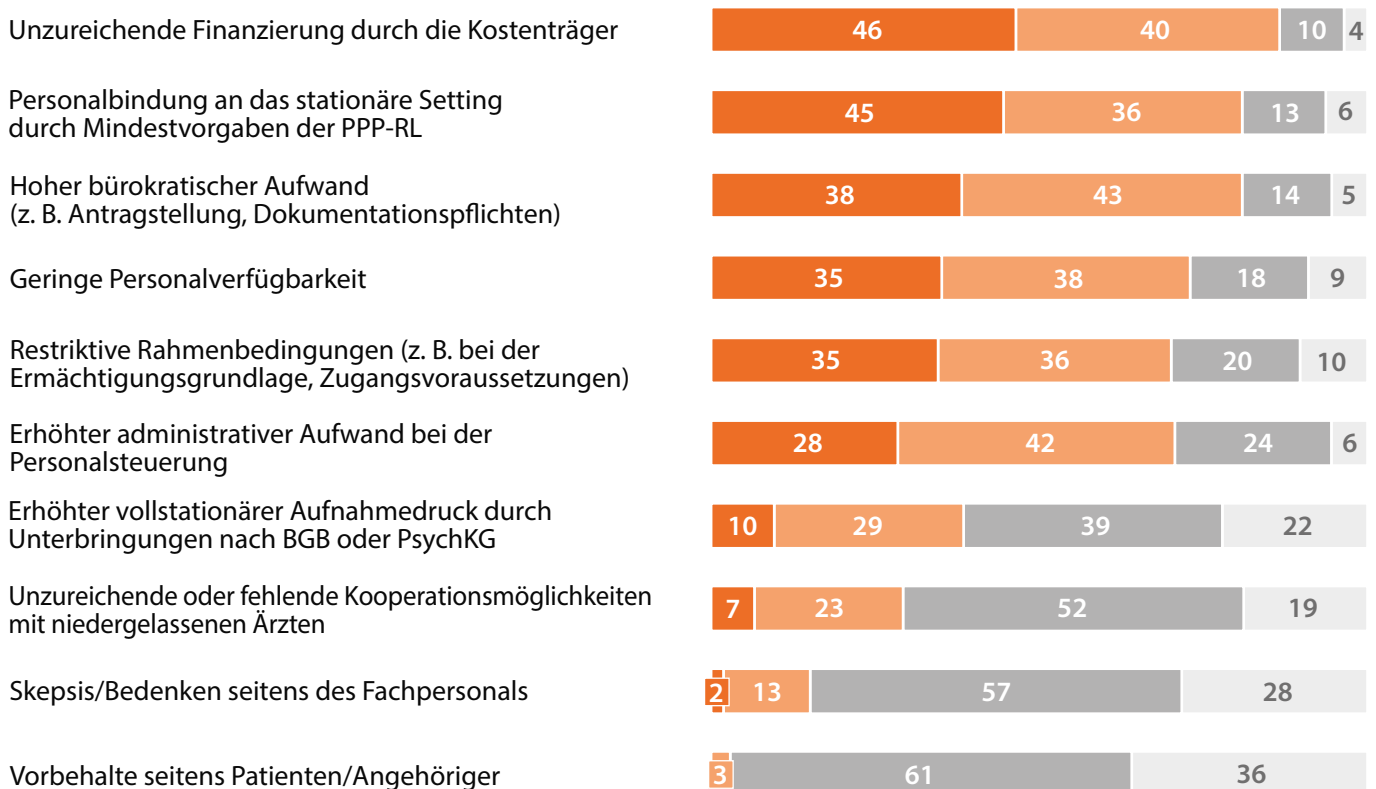
Mehr als ein Drittel der Einrichtungen stimmten zudem zu, dass der erhöhte Druck zur vollstationären Aufnahme nach BGB oder PsychKG ihre Einführung bzw. den Ausbau ambulanter

Versorgungsangebote beeinträchtigt. Etwas seltener wurden unzureichende oder fehlende Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten als Herausforderung genannt.

Dagegen stellten Vorbehalte seitens des Fachpersonals, der Patienten oder deren Angehörigen am seltensten eine Herausforderung dar (Abb. 41).

Abb. 41 Welche der folgenden Herausforderungen beeinträchtigen derzeit den Ausbau bzw. die Einführung ambulanter oder stationärer Angebote in Ihrer Einrichtung? (PIA, StäB, Umsetzung eines Modellprojektes nach § 64b SGB V)

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Trifft voll und ganz zu

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

Trifft gar nicht zu

Die drei größten Hemmnisse zum Ausbau ambulanter Angebote sind eine unzureichende Finanzierung durch die Kostenträger, die Personalbindung der PPP-RL an das stationäre Setting sowie hohe bürokratische Aufwände.

Die Mehrheit der Teilnehmenden sieht in ihren Einrichtungen noch weiteres Potenzial zur Ambulantisierung.

POTENZIALE

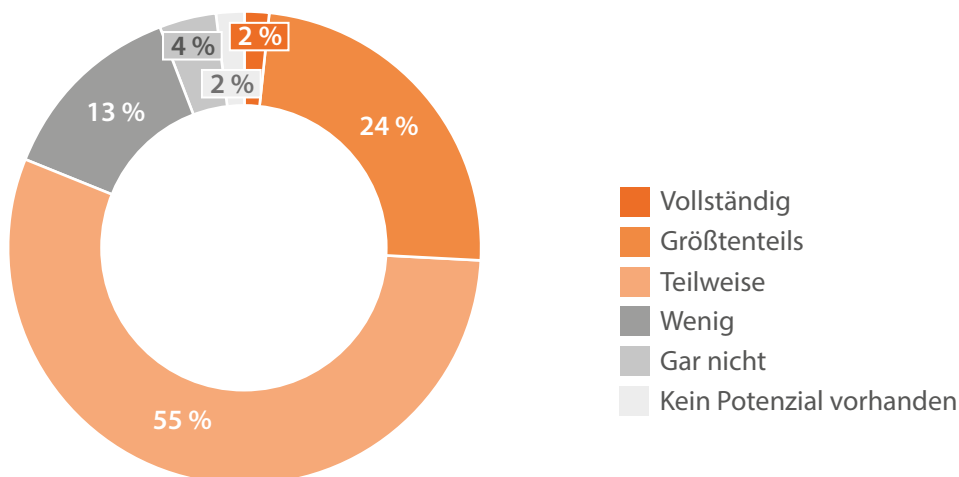
Die Mehrheit der Teilnehmenden sieht weitere Potenziale für den Ausbau ambulanter Angebote in den eigenen Einrichtungen. Mehr als die Hälfte sieht die eigenen Möglichkeiten dabei erst teilweise als ausgeschöpft an (55 %). Nur einzelne Häuser geben an, das Ambulantisierungspotenzial bereits voll ausgeschöpft zu haben (2 %). In knapp jeder vierten Einrichtung werden die Möglichkeiten bereits zu großen Teilen genutzt (24 %),

wohingegen 13 % der Befragten angeben, diese bisher wenig ausgeschöpft zu haben. Nur 2 % sehen für ihr Krankenhaus kein Potenzial zur Ambulantisierung (Abb. 42).

Die Angaben von Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien weichen bezüglich der Ausschöpfung des Potenzials nur geringfügig voneinander ab (Daten nicht dargestellt).

Abb. 42 Bitte schätzen Sie ein: Wie weit haben Sie mögliche Ambulantisierungspotenziale in Ihrer Einrichtung bereits ausgeschöpft?

Krankenhäuser in %

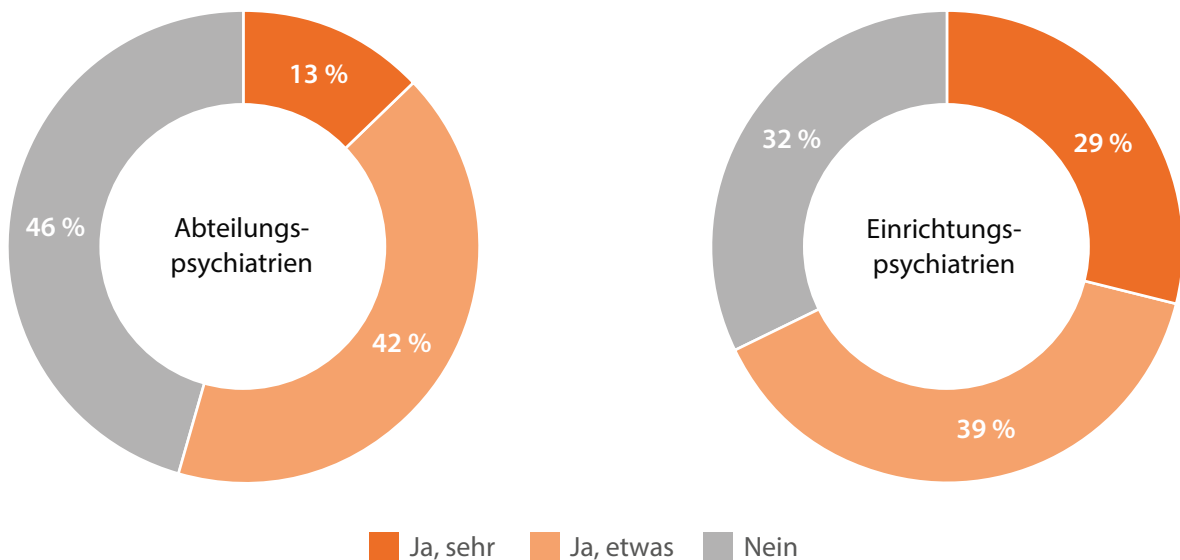


Modellprojekte nach § 64b SGB V verfolgen das Ziel, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen weiterzuentwickeln und die Behandlung sektorübergreifend auszurichten. Nach der Einschätzung der psychiatrischen Einrichtungen verfügen diese über das Potenzial, den Ausbau ambulanter Angebote in den eigenen Einrich-

tungen zu unterstützen. Einrichtungspsychiatrien bewerten die Möglichkeiten für sich deutlich positiver: Mehr als zwei Drittel sehen in der Modellversorgung Potenzial für die eigene Ambulantisierung. Bei den Abteilungspsychiatrien stimmen dem über die Hälfte zu (Abb. 43).

Abb. 43 Haben Modellprojekte nach § 64b SGB V das Potenzial, den Ausbau von ambulanten Angeboten in Ihrer Einrichtung zu unterstützen?

Krankenhäuser in %





7 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. Viele Krankenhäuser haben weiterhin Probleme, die Mindestvorgaben in den verschiedenen Berufsgruppen im allgemeinen und im pflegerischen Nachtdienst im Besonderen einzuhalten. Hauptgrund hierfür ist der Personalmangel.

EINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN

Nach § 16 Absatz 1 Nr. 2 PPP-RL sind die Mindestvorgaben von Anfang 2022 bis Ende 2026 zumeist² zu 90 % zu erfüllen. Für die ersten 3 Quartale 2025 sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie bei den verschiedenen Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht haben (Abb. 44). Dabei waren die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbestände ausdrücklich zu berücksichtigen.

Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

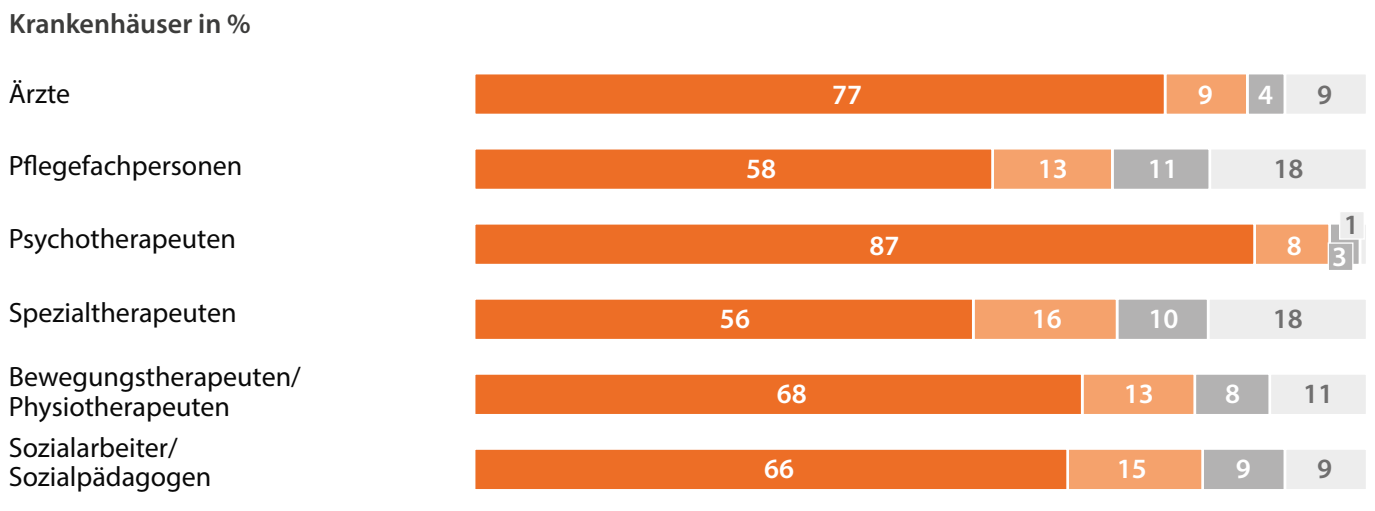
Im Ärztlichen Dienst und bei den Psychologischen Psychotherapeuten fällt der Erfüllungsgrad bei den Personalmindestvorgaben der PPP-RL in den ersten 3 Quartalen 2025 vergleichsweise hoch aus.

Hier sind in den ersten 3 Quartalen 2025 in 87 % der Einrichtungen (Psychologische Psychotherapeuten) bzw. in 77 % der Einrichtungen (Ärzte) die Vorgaben durchgängig erfüllt worden.

Am geringsten fiel der Erfüllungsgrad bei den Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten aus. Nur jeweils knapp 60 % der Krankenhäuser konnten 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 Bewegungs- und Physiotherapeuten sowie den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, haben jeweils zwei Drittel der Krankenhäuser die Vorgaben in allen 3 Quartalen erfüllen können.

Abb. 44 Inwieweit haben Sie in den ersten 3 Quartalen 2025 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 einem Quartal

■ In zwei Quartalen

■ 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 seit dem 1.1.2024 zu ermitteln, sie befinden sich derzeit in Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

GRÜNDE FÜR DIE NICHTEINHALTUNG DER MINDESTVORGABEN

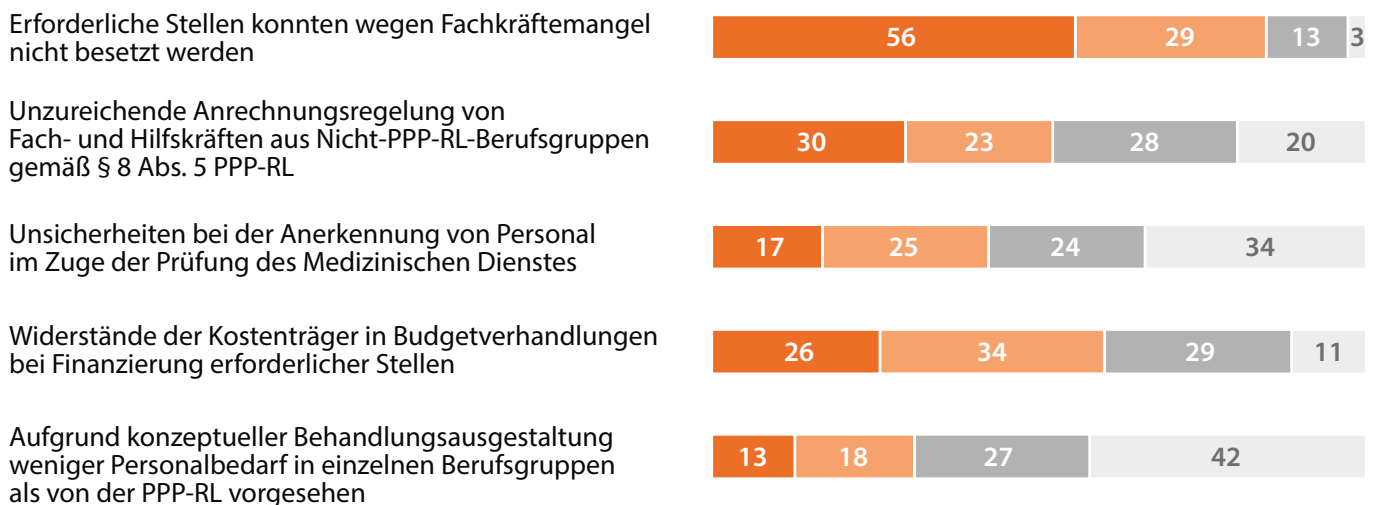
Mehr als ein Drittel der Befragungsteilnehmer (37 %) gab an, in den ersten 3 Quartalen 2025 die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL durchgehend erreicht zu haben. Krankenhäuser, auf die das nicht zutraf, wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 45).

Hauptgrund für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind unzureichende Stellenbesetzungsmöglichkeiten durch den bestehenden Fachkräftemangel. Die meisten befragten Einrichtungen

stimmten dem voll und ganz (56 %) oder eher (29 %) 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 gemäß § 10 PPP-RL kaum kompensiert werden und zu einer Nichteinhaltung der Mindestvorgaben führen.

Abb. 45 Falls Sie in Ihrem Krankenhaus in den ersten drei Quartalen 2025 in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL nicht durchgehend erreicht haben: Inwieweit waren die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend?

Krankenhäuser ohne Erreichen der Personalmindestvorgaben in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft eher zu
 Trifft gar nicht zu

Ebenso erschweren die begrenzten Anrechnungsmöglichkeiten von Personal aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL die Einhaltung der Mindestvorgaben. Die dort vorgesehenen Regelungen hält mehr als die Hälfte der Krankenhäuser für voll und ganz (30 %) oder eher unzureichend (23 %). Vor dem Hintergrund der 2023 in Kraft getretenen Höchstgrenzen bei der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen ist dies von besonderer Relevanz.

Auch Widerstände der Kostenträger in den Budgetverhandlungen bei der Finanzierung erforderlicher Stellen erschweren die Einhaltung der Personalmindestvorgaben. Für 60 % der Krankenhäuser trifft dies zu. Knapp ein Drittel 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

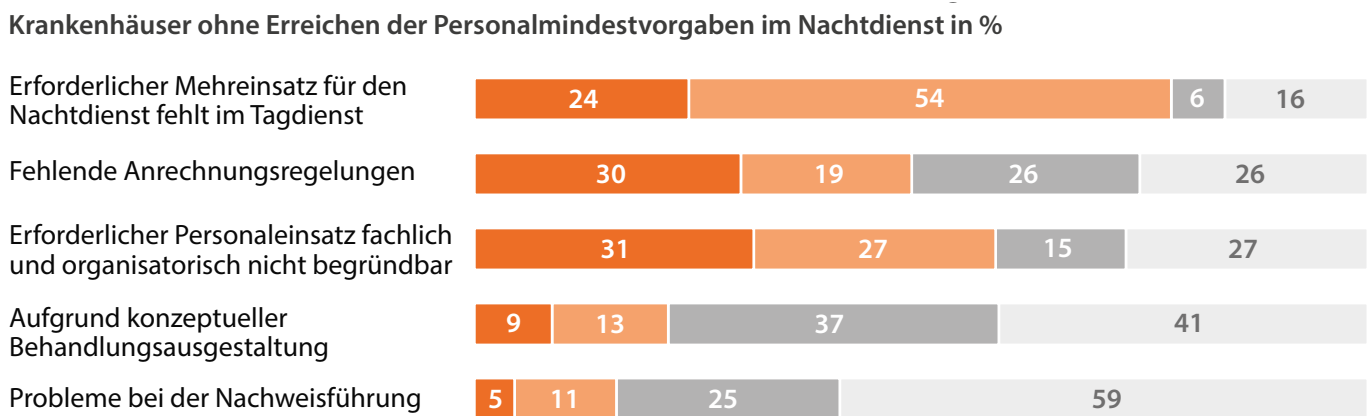
Seit 2024 regelt die PPP-RL Personalmindestvorgaben zum pflegerischen Nachtdienst. Die Vorgaben ergeben sich aus § 7 Absatz 5 in Verbindung mit § 6 Absatz 7 und 8 PPP-RL. Je nach Anteil der Intensivpatienten sind zwischen mindestens 1,2 und 1,6 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße von 18 Behandlungsplätzen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

Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in der Erwachsenenpsychiatrie in mehr als 90 % der Nächte des Quartals einzuhalten. Im PSYCHIATRIE Barometer gaben 54 % der befragten Kliniken an, in den ersten 3 Quartalen 2025 die Personalmindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst in diesem Sinne durchgängig

erreicht zu haben. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien.

Krankenhäuser, welche die Mindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst nicht einhalten konnten, wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 46): Hauptgrund ist, dass der erforderliche Mehreinsatz für den Nachtdienst im Tagdienst fehlt. Für 78 % der Kliniken, welche die Personalmindestvorgaben im Nachtdienst verfehlt haben, trifft dies voll und ganz oder eher zu. Für knapp 60 % der Krankenhäuser, die die Mindestvorgaben nicht erreichten, ist zudem der erforderliche Personaleinsatz fachlich und organisatorisch nicht begründbar. Knapp die Hälfte der Befragten bemängelt fehlende Anrechnungsregeln von Personal aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL.

Abb. 46 Inwieweit waren die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend, dass Sie die Personalmindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst nicht durchgängig erreicht haben?





Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser angeben, welche Probleme sie in der aktuellen Gestaltung der Personalmindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst sehen (Abb. 47). Hauptkritikpunkt ist, dass sich die berechneten Mindestvorgaben nicht mit der realen Inanspruchnahme

vor Ort decken. 65 % der Befragten stimmten hier zu. Seltener wurden der Einbezug anderer Berufsgruppen (29 %) und die Nichtberücksichtigung temporärer Stationsschließungen oder Stationszusammenlegungen angeführt (22 %).

Abb. 47 Welche Probleme sehen Sie bei der aktuellen Gestaltung der Personalmindestvorgaben im pflegerischen Nachtdienst gemäß § 7 Absatz 5 PPP-RL?

Krankenhäuser in %

Grundlage der Berechnung/Mindestvorgaben deckt/en sich nicht mit der realen Inanspruchnahme/den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort

65

Fehlender Einbezug von anderen Berufsgruppen (z. B. pädagogische Bereitschaftsdienste)

29

Nichtberücksichtigung temporärer Stationsschließungen oder Stationszusammenlegungen

22

ANRECHNUNG VON NICHT-PPP-RL-PERSONAL

Nach § 8 Absatz 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 Vorgaben und Nachweisführung zur Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal stellen für viele Krankenhäuser nach wie vor eine Herausforderung dar. Im vorjährigen PSYCHIATRIE Barometer kritisierten in diesem Zusammenhang beispielsweise jeweils rund 70 % der Befragten die aufwendige Dokumentation bei der Nachweisführung sowie die Anerkennung bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes.

Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser gefragt, welche Fach- oder Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen sie bisher konkret angerechnet haben. Die am häufigsten genannten Berufsgruppen bilden Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistentenkräfte (in 57 %) sowie Medizinische Fachangestellte (43 %). Es folgen medizinische Dokumentationskräfte (29 %), Hauswirtschaftskräfte (22 %) sowie Ernährungs- oder Diätberater (19 %). In geringerer Häufigkeit ist darüber hinaus eine Reihe anderer Berufsgruppen aufgeführt (Abb. 48).

Abb. 48 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 %



AUSNAHMEN VON MINDESTVORGABEN

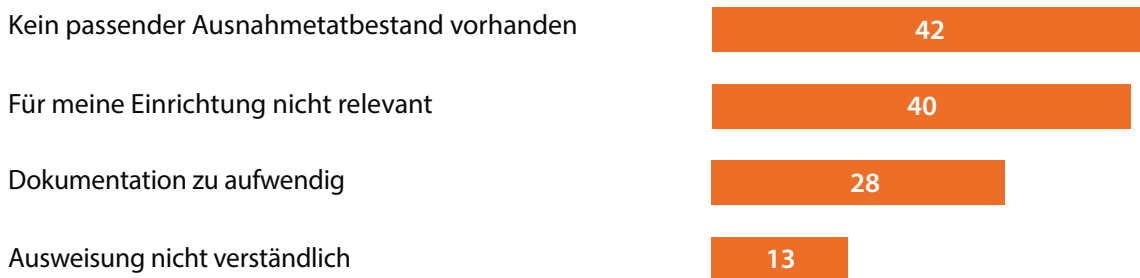
Nach § 10 PPP-RL können die Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen von den Mindestvorgaben der Richtlinie abweichen, etwa bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen von mehr als 15 % des gesamten vorzuhaltenden Personals oder einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung von mehr als 110 % des Umfangs des Vorjahres.

Allerdings haben nur 13 % der Befragungsteilnehmer mindestens einen dieser Ausnahmetatbestände geltend gemacht. Die Übrigen sollten die Gründe angeben, weshalb sie davon keinen Gebrauch gemacht haben (Abb. 49):

Für jeweils rund 40 % dieser Krankenhäuser waren keine passenden Ausnahmetatbestände vorhanden bzw. diese für die Einrichtung nicht relevant. Des Weiteren wurden eine zu aufwendige Dokumentation und eine unverständliche Ausweisung der Tatbestände kritisiert.

Abb. 49 Was war der Grund, weshalb Sie von den Ausnahmen der Mindestvorgaben keinen Gebrauch gemacht haben?

Krankenhäuser ohne Ausnahmetatbestände gemäß § 10 PPP-RL in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Nur 13 % der Psychiatrien machen Ausnahmetatbestände geltend, um von den Mindestvorgaben der PPP-RL abweichen zu können.

Die Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie haben im Vergleich zum Vorjahr weiter zugenommen. Im Schnitt liegen die Wartezeiten in der vollstationären Versorgung bei 5 Wochen und in der teilstationären Versorgung bei 7 Wochen.

WARTEZEITEN BEI ELEKTIVEN AUFNAHMEN

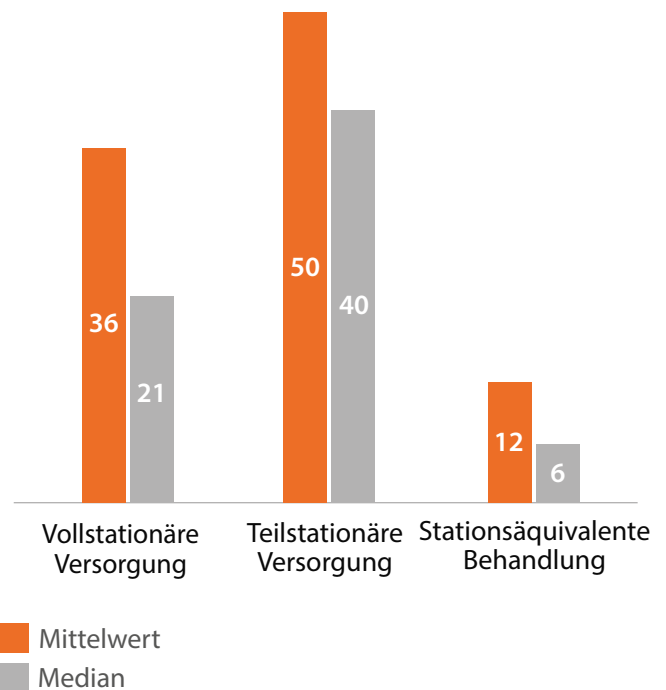
Um die personellen Vorgaben der PPP-RL einzuhalten, greifen die Einrichtungen zu verschiedenen Maßnahmen. Dazu gehören unter anderem die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten für eine stationäre Behandlung. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer ihre Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie quantifizieren (Abb. 50).

In der vollstationären Versorgung müssen elektive Patienten 36 Tage (Mittelwert) bzw. 21 Tage (Median) auf ihre Aufnahme warten. Im vergangenen Jahr betrug die durchschnittliche Wartezeit 28 Tage (Median: 20 Tage). Am längsten sind die Wartezeiten in der teilstationären Versorgung mit im Mittel 50 Tagen (2024: 40 Tage) bzw. dem Median von 40 Tagen (2024: 28 Tage). In der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung beträgt die durchschnittliche Wartezeit 12 Tage (2024: 11 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 (Daten nicht dargestellt).

Abb. 50 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 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. 51* ersichtlich, resultierte eine große Streuung der Aufwandswerte.

Im Durchschnitt entspricht der Dokumentationsaufwand für die PPP-RL 1,6 Vollzeitäquivalenten. Allerdings sind die Werte ungleich verteilt. Der

Median der Verteilung liegt bei einer Vollkraft. Der untere Quartilswert beträgt 0,5 Vollzeitäquivalente und der obere Quartilswert 2,1 Vollzeitäquivalente für Dokumentation und Administration für die PPP-RL.

In Einrichtungspsychiatrien lag der durchschnittliche Dokumentationsaufwand für die PPP-RL bei 2,0 Vollkräften und in den in der Regel kleineren Abteilungspsychiatrien bei 1,2 Vollkräften (Daten nicht dargestellt).

Abb. 51 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

Mittelwert	1,6
Median	1,0
Unterer Quartilswert	0,5
Oberer Quartilswert	2,1



LITERATURNACHWEIS

BMFSFJ und BMG: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit: Bekanntmachung der von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ vom: 29. Januar 2016. (BAntz AT 17.02.2016 B3)

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI, 2023). PSYCHIATRIE Barometer – Umfrage 2022/2023.
URL: https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/2023_Final_Psych-Barometer_0.pdf

Filser, Melanie (2025): Klinikreport Nachhaltigkeit +++ Impuls kompakt. Ausgabe 2/2025. Schwerpunkt: Speisereste. 1. Auflage. Hg. v. Techniker Krankenkasse und Deutsches Krankenhausinstitut e. V. Hamburg (Klinikreport Nachhaltigkeit +++ Impuls kompakt). Online verfügbar unter https://www.dki.de/fileadmin//user_upload/25-04-12_DKI_TK_Impuls_kompakt_2-25_Speisereste.pdf

Filser, Melanie; Levsen, Anna (2022): Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten. Auswertung klima- und energierelevanter Daten deutscher Krankenhäuser. Hg. v. Deutsches Krankenhaus Institut (DKI). Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/fileadmin//forschungsberichte/2022-01-25_DKI-Gutachten_Klimaschutz_in_deutschen_Krankenhaeusern_final-update.pdf

Jürgensen, Anke: Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. 2. Aufl. Bonn 2023. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19206>

kma Online Whitepaper (2021): Nachhaltig Wirtschaften bei der Speiseversorgung im Krankenhaus. Hg. v. Marfo B.V. Lelystad.

Meng, Michael; Peters, Miriam; Dorin, Lena: Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels: ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Version 1.0 Bonn, 2022.
Online: https://res.bibb.de/vet-repository_780291

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.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>

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. 4: bnenin, S. 6: Cecilie Arcurs/peopleimages.com,
S. 10: Natee Meepian, S. 24: Wavebreak Media
LTD, S. 28: Studio Romantic, S. 38: keetazalay,
S. 47: Photography09, S. 48: Seventyfour,
S. 50: Dan Race, S. 56: zinkevych, S. 59: kami-
photos, S. 60: azza, S. 61: zulie

Von iStockphoto:

S. 12: Prostock-Studio, S. 13: SolStock, S. 19:
stockfour/contrastwerkstatt, S. 20: SDI Productions,
S. 30: mediaphotos, S. 37: Anchiy, S. 41: EyeEm
Mobile GmbH, S. 52: Tgordievskaya, S. 65: Andrey-
Popov