

Psychiatrie Barometer

Umfrage 2018 / 2019

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



PSYCHIATRIE BAROMETER 2018/2019

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 67
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, 27.11.2019



Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
2	WIRTSCHAFTLICHE LAGE	6
2.1	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	6
2.2	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN.....	7
3	STATIONSÄQUIVALENTE BEHANDLUNG	8
3.1	TEILNAHME AN DER STATIONSÄQUIVALENTEN BEHANDLUNG	8
3.2	VERGÜTUNG UND ABRECHNUNGSPROBLEME	9
3.3	FESTLEGUNG VON AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	10
3.4	ORT DER STATIONSÄQUIVALENTEN BEHANDLUNG.....	11
3.5	GRÜNDE FÜR DIE NICHT-TEILNAHME AN DER STATIONSÄQUIVALENTEN BEHANDLUNG.....	12
4	ENTLASSMANAGEMENT	14
4.1	STANDARDS IM ENTLASSMANAGEMENT.....	14
4.2	PATIENTEN MIT BEDARF FÜR EIN UMFASSENDES ENTLASS- MANAGEMENT	15
4.3	EINWILLIGUNG IN DAS ENTLASSMANAGEMENT	16
4.4	UNTERSTÜTZUNG DES ENTLASSMANAGEMENTS DURCH DIE KOSTENTRÄGER.....	18
4.5	KAPAZITÄTEN FÜR ANSCHLUSSVERSORGUNG	20
4.6	PATIENTEN MIT VERORDNUNGEN IM ENTLASSMANAGEMENT	21
4.7	VERÄNDERUNGEN DURCH DEN RAHMENVERTRAG	23
5	AMBULANTE NOTFALLVERSORGUNG	27
5.1	TEILNAHME AN AMBULANTER NOTFALLVERSORGUNG.....	27
5.2	INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG.....	29
5.3	RESULTATE AMBULANTER NOTFALLKONTAKTE	31
5.4	VERBESSERUNGSBEDARF	32
6	NACHWEISPFLICHTEN ZUR PERSONAL AUSSTATTUNG NACH § 18 BPFLV	34
6.1	NACHWEISPFLICHT GEMÄß PSYCH-PERSONALNACHWEIS-VEREINBARUNG.....	35
6.2	GENEHMIGTE BUDGETVEREINBARUNGEN.....	35
6.3	FRÜHZEITIGE GENEHMIGUNG DER BUDGETVEREINBARUNG FÜR DIE JAHRE 2016 UND 2017	37
6.4	AUSWIRKUNG DER VEREINBARUNG DER ANLAGE 1 AUF DIE BUDGETVERHANDLUNGEN UND -VEREINBARUNGEN	38



6.5	NACHWEIS DER STELLENBESETZUNG, DER MITTELVERWENDUNG UND DIE AUSWIRKUNGEN IN DEN BUDGETVERHANDLUNGEN.....	41
6.6	AUSWIRKUNGEN DES NACHWEISES UND DER NACHVERHANDLUNGSMÖGLICHKEIT AUF DEN VERLAUF DER BUDGETVERHANDLUNGEN	45
6.7	AUSWIRKUNGEN AUF DIE VEREINBARUNG DER ZAHL DER VOLLKRÄFTE UND DES VEREINBARTEN GESAMTBETRAGES	47
7	PATIENTENBEFRAGUNGEN VON PATIENTEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN.....	49
7.1	VERBREITUNG VON BEFRAGUNGEN	49
7.2	UMSETZUNG UND ORGANISATION DER PATIENTENBEFRAGUNGEN	50
7.3	DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENBEFRAGUNGEN	52
7.4	EINBEZIEHUNG VON ANGEHÖRIGEN IN DIE BEFRAGUNG	56
7.5	ERGEBNISSE VON PATIENTENBEFRAGUNGEN	58
7.6	VERWERTUNG VON PATIENTENBEFRAGUNGSERGEBNISSEN	62
7.7	GRÜNDE FÜR DEN VERZICHT AUF BEFRAGUNGEN.....	64
	LITERATURVERZEICHNIS	66



1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2018/2019 die Ergebnisse des PSYCHIATRIE BAROMETERS vor, einem Informations- und Analysetool für die psychiatrische Versorgung in Deutschland.

Beim PSYCHIATRIE BAROMETER handelt es sich um eine jährliche Repräsentativbefragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu aktuellen Fragestellungen in diesem Versorgungsbereich.

Das PSYCHIATRIE BAROMETER wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK). Die jährlichen Ausgaben des PSYCHIATRIE BAROMETERS sind als Download auf der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE BAROMETERS 2018/2019 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von Oktober 2018 bis Februar 2019 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 119 Einrichtungen.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten oder mit ausschließlich psychosomatischen Betten sowie Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten oder psychosomatischen Betten werden nachfolgend als „*psychiatrische Fachkrankenhäuser*“ oder „*Einrichtungspychiatrien*“ bezeichnet. Ihnen werden die „*Allgemeinkrankenhäuser*“ gegenübergestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachabteilungen vorhalten (nachfolgend auch: „*Abteilungspychiatrien*“). Die psychiatrischen Betten bzw. Fachabteilungen umfassen ggf. auch Betten bzw. Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

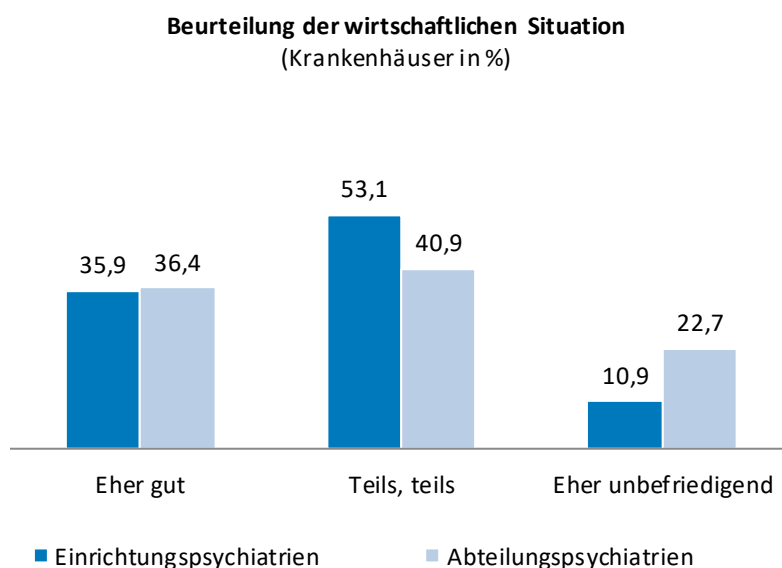
2 Wirtschaftliche Lage

2.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2018/2019 beurteilen. Bei den Allgemeinkrankenhäusern sollten sich die Angaben ausdrücklich nur auf die psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen beziehen, bei den psychiatrischen oder psychosomatischen Fachkrankenhäusern auf das Haus als Ganzes. Abb. 1 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Krankenhaustypen.

Jeweils 36 % der Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien schätzten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein. Etwa doppelt so viele Abteilungspsychiatrien (23 %) wie Einrichtungspsychiatrien (11 %) sind mit ihrer wirtschaftlichen Lage unzufrieden. Die übrigen Einrichtungen sind in dieser Hinsicht unentschieden.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Geschäftsklima in den Psychiatrien etwas verbessert. Seinerzeit beurteilten noch 15 % der psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und 6 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als unbefriedigend.

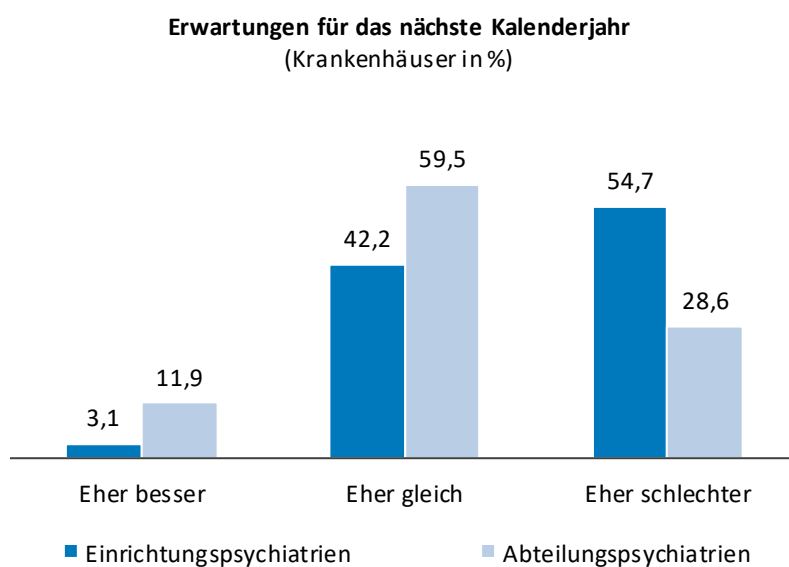


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

2.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Schließlich sollten sich die Befragten auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2018 äußern (Abb. 2). Demnach erwarten für 2019 deutlich mehr psychiatrischen Fachkrankenhäuser (55 %) als Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (29 %) eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. Nur jeweils wenige Einrichtungen bei beiden Krankenhaustypen erwarten eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Erwartungen für das nächste Kalenderjahr



3 Stationsäquivalente Behandlung

Der Gesetzgeber hat mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung eingeführt.

Gemäß der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ umfasst die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung.“ (§ 2 Abs. 1 der Vereinbarung).

Psychiatrische Einrichtungen können eine stationsäquivalente Behandlung anbieten, wenn u.a. zwei Voraussetzungen gegeben sind:

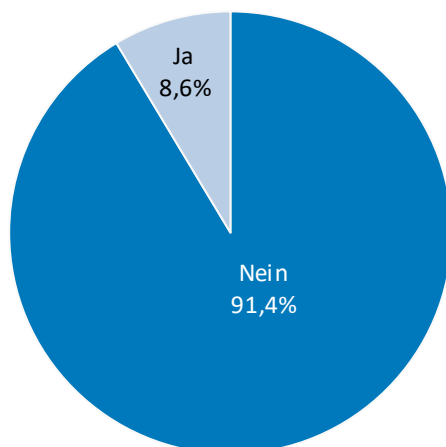
- Die psychiatrische Einrichtung verfügt über eine regionale Versorgungsverpflichtung.
- Es liegt auf Seiten des Patienten eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vor und der Fall ist medizinisch geeignet für diese Behandlungsform.

Inwieweit diese neue Behandlungsform in den Alltag der psychiatrischen Einrichtungen Eingang gefunden hat, sollte für das Jahr 2018 geklärt werden.

3.1 Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung

Zum Zeitpunkt der Befragung haben rund 9 % der psychiatrischen Einrichtungen stationsäquivalente Behandlung angeboten (vgl. Abb. 3). Die Mehrzahl der Einrichtungen, nämlich rund 91 %, nahm nicht an der stationsäquivalenten Behandlung teil.

Bietet Ihr Krankenhaus stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d DGB V an? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Angebot an stationsäquivalenter Behandlung gemäß § 115d SGB V

In die stationsäquivalente Behandlung sind im Mittel (Median) 8,5 Patienten je Haus eingeschlossen. Im Vergleich zu den vollstationären Patienten ist der Anteil der Patienten in dieser neuen Versorgungsform noch sehr niedrig.

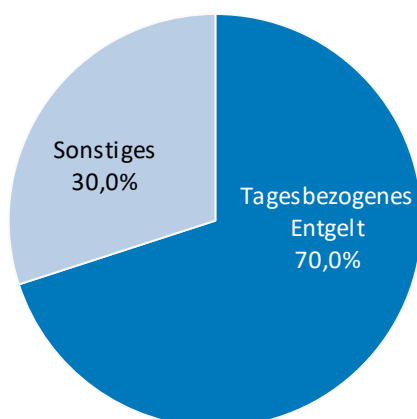
3.2 Vergütung und Abrechnungsprobleme

Diejenigen Krankenhäuser, die 2018 stationsäquivalente Behandlung angeboten haben, wurden danach gefragt, wie die entsprechenden Leistungen vergütet werden.

Die meisten Krankenhäuser (70 %) erhalten für die stationsäquivalente Behandlung ein tagesbezogenes Entgelt. Bei den anderen Krankenhäusern war für 2018 noch kein Entgelt verhandelt worden bzw. erfolgte noch keine Vergütung (Abb. 4). Hier trat dann die Regelung in Kraft, dass bis zum Abschluss der jeweiligen Budgetvereinbarungen für den Vereinbarungszeitraum 2018 für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200 Euro pauschal abzurechnen waren (unbewertetes PEPP-Entgelt).

Probleme bei der Vergütung traten vereinzelt bei der Abrechnung intermittierender Behandlungen auf.

Wie sieht die Vergütung für die stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V aus? (Krankenhäuser mit Stationsäquivalenter Behandlung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Vergütung der stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V

3.3 Festlegung von Ausschlusskriterien

In der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ werden Ausschlusskriterien für die Teilnahme von Patienten an dieser Behandlungsform benannt. Diese Ausschlusskriterien sind bindend für die Krankenhäuser, die die stationsäquivalente Behandlung anbieten.

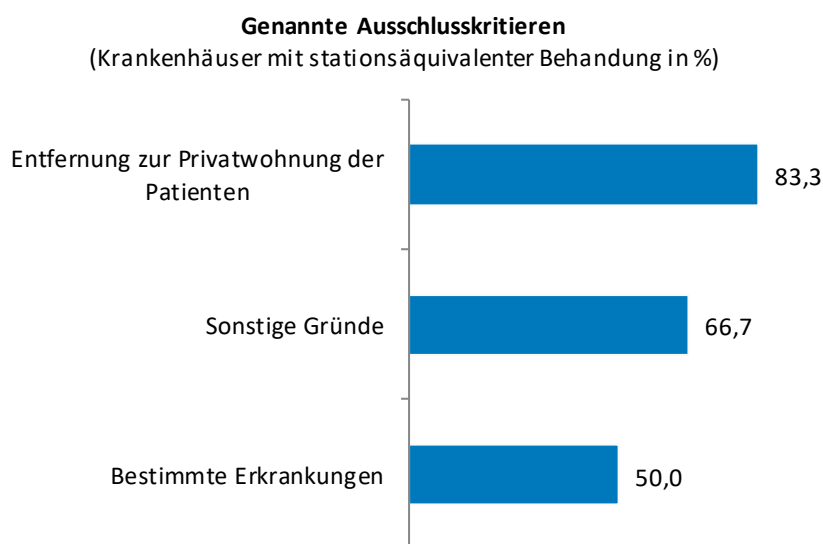
Darüber hinaus können die Krankenhäuser für sich selbst Ausschlusskriterien definieren, um sich zielgerichteter auf bestimmte Patientengruppen konzentrieren zu können. Aus diesem Grunde wurden die Häuser danach gefragt, ob sie für ihr Haus Ausschlusskriterien formuliert haben, die über die Festlegungen der Vereinbarung hinausgehen.

Von den Krankenhäusern, die stationsäquivalente Behandlung anbieten, haben 60 % eigene Ausschlusskriterien definiert.

Das häufigste Ausschlusskriterium, welches diese psychiatrischen Einrichtungen für sich definiert haben, ist die Entfernung zwischen dem Krankenhaus und der Privatwohnung des Patienten (Abb. 5). Somit spielt auch der räumliche Aspekt eine wichtige Rolle beim Angebot von stationsäquivalenter Behandlung.

Zu den Sonstigen Gründen, die an zweiter Stelle genannt wurden, zählen „akute Suizidalität“ und „mangelnde Compliance“.

Für die stationsäquivalente Behandlung nicht geeignet werden von der Hälfte der Krankenhäuser gerontopsychiatrische und Suchtpatienten angesehen, die für sich Ausschlusskriterien definiert haben.

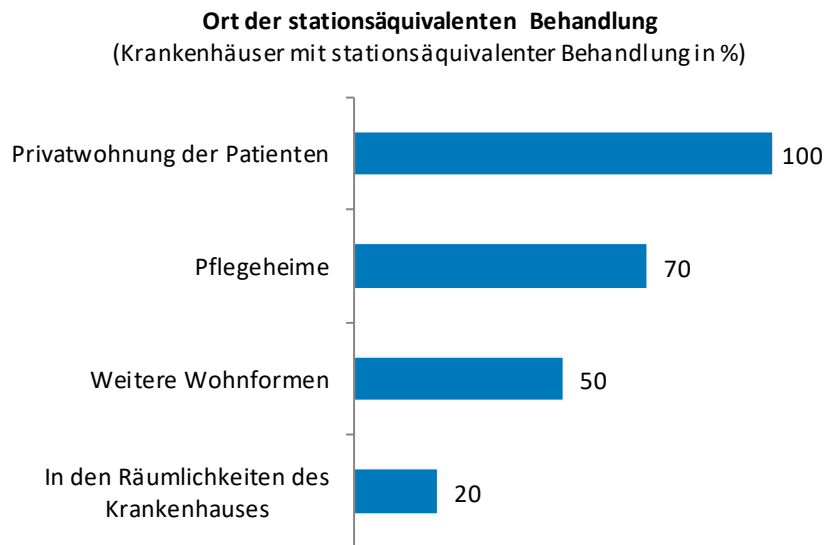


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Ausschlusskriterien für die Teilnahme

3.4 Ort der stationsäquivalenten Behandlung

Alle Krankenhäuser mit stationsäquivalenter Behandlung behandeln Patienten in deren Privatwohnung. Daneben kann die Behandlung auch in Pflegeheimen oder weiteren Wohnformen wie Wohnheime oder Wohngruppen stattfinden (Abb. 6).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Ort der stationsäquivalenten Behandlung

Nur in einem Fünftel der Krankenhäuser wird die stationsäquivalente Behandlung auch in den Räumlichkeiten des Krankenhauses angeboten, zum Beispiel bei einer Gruppentherapie oder bei der Diagnostik zu Beginn der Behandlung.

3.5 Gründe für die Nicht-Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung

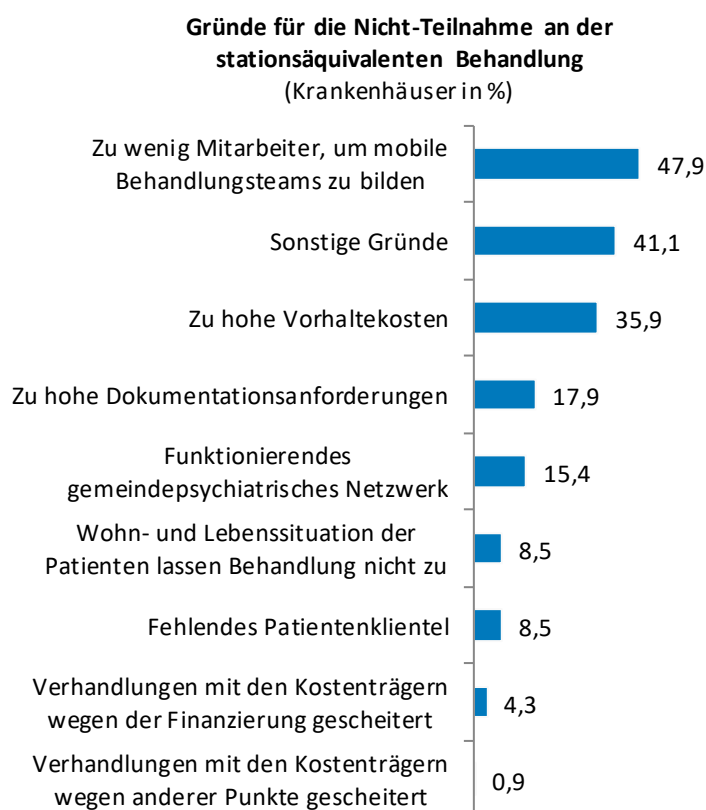
Diejenigen Krankenhäuser, die keine stationsäquivalente Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung angeboten haben, wurden nach den wesentlichen Gründen gefragt, die aus ihrer Sicht gegen eine Implementierung dieses neuen Angebotes sprachen (Abb. 7).

Annähernd die Hälfte (47,9 %) der psychiatrischen Einrichtungen nannte als Grund das fehlende Personal, um mobile Behandlungsteams bilden zu können.

Für die Nicht-Implementierung der stationsäquivalenten Behandlung wurden von über 40 % der Krankenhäuser sonstige Gründe genannt, die nicht explizit erhoben worden sind, sondern nur in Form von Freitextangaben. Zu den häufigsten Nennungen zählen hier:

- Planungen für die Teilnahme laufen derzeit;
- zu großes Versorgungsgebiet;
- zu hohe Kosten bei zu niedrigen Erlösen;
- die vom Krankenhaus angebotenen Leistungen passen nicht zu dieser Versorgungsform.

An dritter Stelle der Gründe, die gegen eine Teilnahme sprechen, wurden die hohen Vorhaltekosten der stationsäquivalenten Behandlung genannt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Gründe für die Nicht-Teilnahme an der stationsäquivalenten Behandlung



4 Entlassmanagement

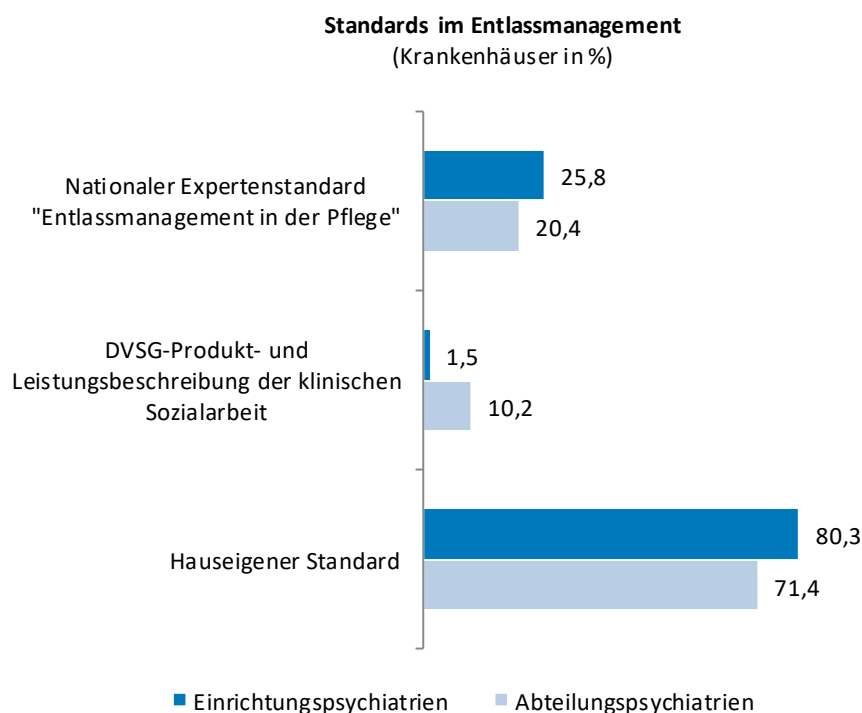
4.1 Standards im Entlassmanagement

Im Entlassmanagement gibt es verschiedene Standards, an denen sich die Krankenhäuser bei Organisation und Umsetzung des Entlassmanagements orientieren können. Die bekanntesten sind der Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, 2009)¹, der wesentliche Anforderungen an Struktur, Prozess und Ergebnis des Entlassmanagements im Krankenhaus definiert, und die Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG, 2015), welche die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit unter anderem bei der Organisation der ambulanten, stationären und rehabilitativen Nachsorge nach Entlassung aus dem Krankenhaus beschreibt. Daneben können hauseigene Standards zum Einsatz kommen, die sich ggf. an den genannten oder anderen Standards orientieren.

Mehrheitlich nutzen die psychiatrischen Einrichtungen hauseigene Standards, die speziell auf die Bedarfe psychiatrischer und psychosomatischer Patienten ausgerichtet sind. Dies ist in 71 % der Abteilungspsychiatrien und 80 % der Einrichtungspsychiatrien der Fall.

Verglichen damit kommen der Nationale Expertenstandard und die Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG deutlich seltener zum Einsatz (Abb. 8, Mehrfachnennungen möglich).

¹ Die aktualisierte Fassung des Expertenstandards aus 2019 lag bei Start der Befragung zum PSYCHIatrie Barometer noch nicht vor.



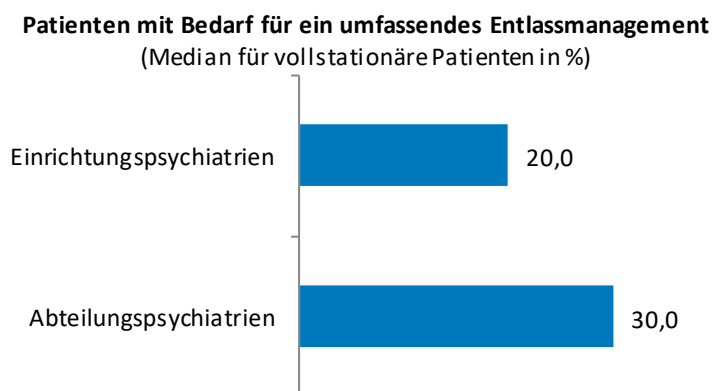
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Standards im Entlassmanagement

4.2 Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement

Laut § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrages Entlassmanagement sind für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf nach der Entlassung Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen.

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer taxieren, wie hoch in ihren Häusern in den ersten drei Quartalen 2018 der Anteil an psychosomatischen / psychiatrischen Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement im definierten Sinnen war. Im Mittel (Median) lag der entsprechende Anteilswert bei 20 % der vollstationären Patienten in Einrichtungspychiatrien und 30 % der Patienten in Abteilungspsychiatrien (Abb. 9).



© Deutsches Krankenhausinstitut

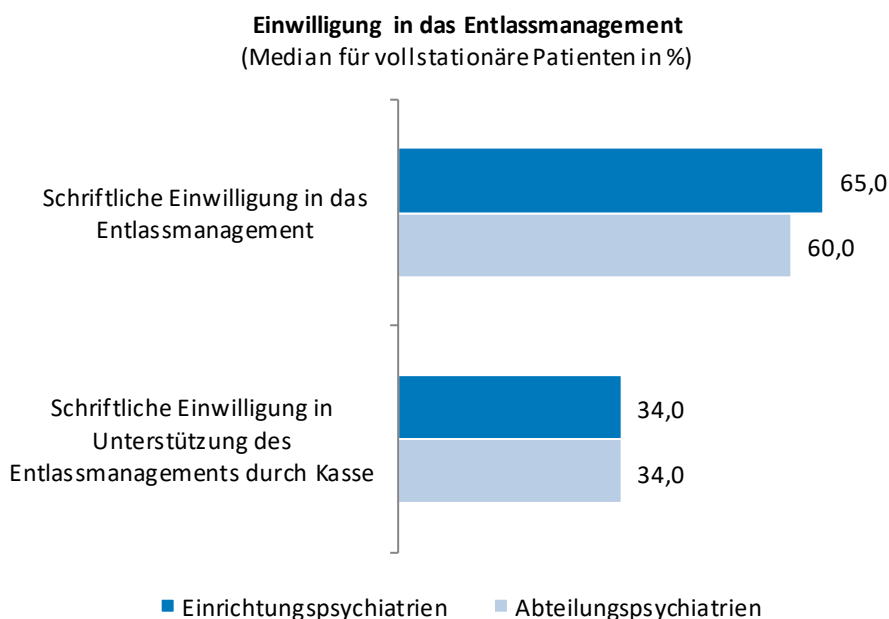
Abb. 9: Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement

4.3 Einwilligung in das Entlassmanagement

Laut § 39 Abs. 1a SGB V muss für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/ Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen. In Umsetzung dieser Vorgabe sind in der Anlage 1a und 1b des Rahmenvertrages entsprechende Formulare zur Einwilligung bzw. Nicht-Einwilligung des Patienten hinterlegt. Für die ersten drei Quartale 2018 sollten die Krankenhäuser angeben, wie hoch der Anteil der Patienten mit entsprechenden Einwilligungen war.

Bei der Einwilligung in das Entlassmanagement geht es im Wesentlichen darum, eine lückenlose Anschlussbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen Daten erheben und verarbeiten. Der Weitergabe der Daten an weiterbehandelnde Leistungserbringer muss der Patient zustimmen und die Anlage 1b unterschreiben.

Laut Angaben der Krankenhäuser willigten in den ersten drei Quartalen 2018 im Mittel (Median) 60 % der vollstationären Patienten in den Abteilungspsychiatrien in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung ein. Bei den Einrichtungspychiatrien waren es 65 % der Patienten (Abb. 10).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Einwilligung in das Entlassmanagement

Die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- oder Pflegekasse kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus der jeweiligen Kranken- oder Pflegekasse die erforderlichen Daten (z. B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) übermitteln.

In dieser Hinsicht fällt die Einwilligungsbereitschaft von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten deutlich niedriger aus. In den ersten drei Quartalen 2018 stimmten bei beiden Krankenhaustypen im Mittel (Median) jeweils 34 % der vollstationären Patienten der Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kasse und der damit verbundenen Datenverarbeitung zu.



4.4 Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kostenträger

Gemäß § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages Entlassmanagement soll das Krankenhaus Kontakt zu einer Krankenkasse bzw. Pflegekasse aufnehmen, sobald es einen patientenbezogenen Bedarf für die Unterstützung des Entlassmanagements durch die zuständige Kasse feststellt. Im PSYCHIATRIE BAROMETER sollten die Teilnehmer den Anteil der Patienten schätzen, der in den ersten drei Quartalen 2018 einen Unterstützungsbedarf im definierten Sinne hatte.

Gut die Hälfte der Befragten (54 %) konnte hierzu keine Angaben machen. Die Übrigen taxierten den Anteil der vollstationären Patienten mit Bedarf für Unterstützung des Entlassmanagements durch Kranken- oder Pflegekasse im Mittel (Median) auf 4 % (Ergebnisse nicht dargestellt).

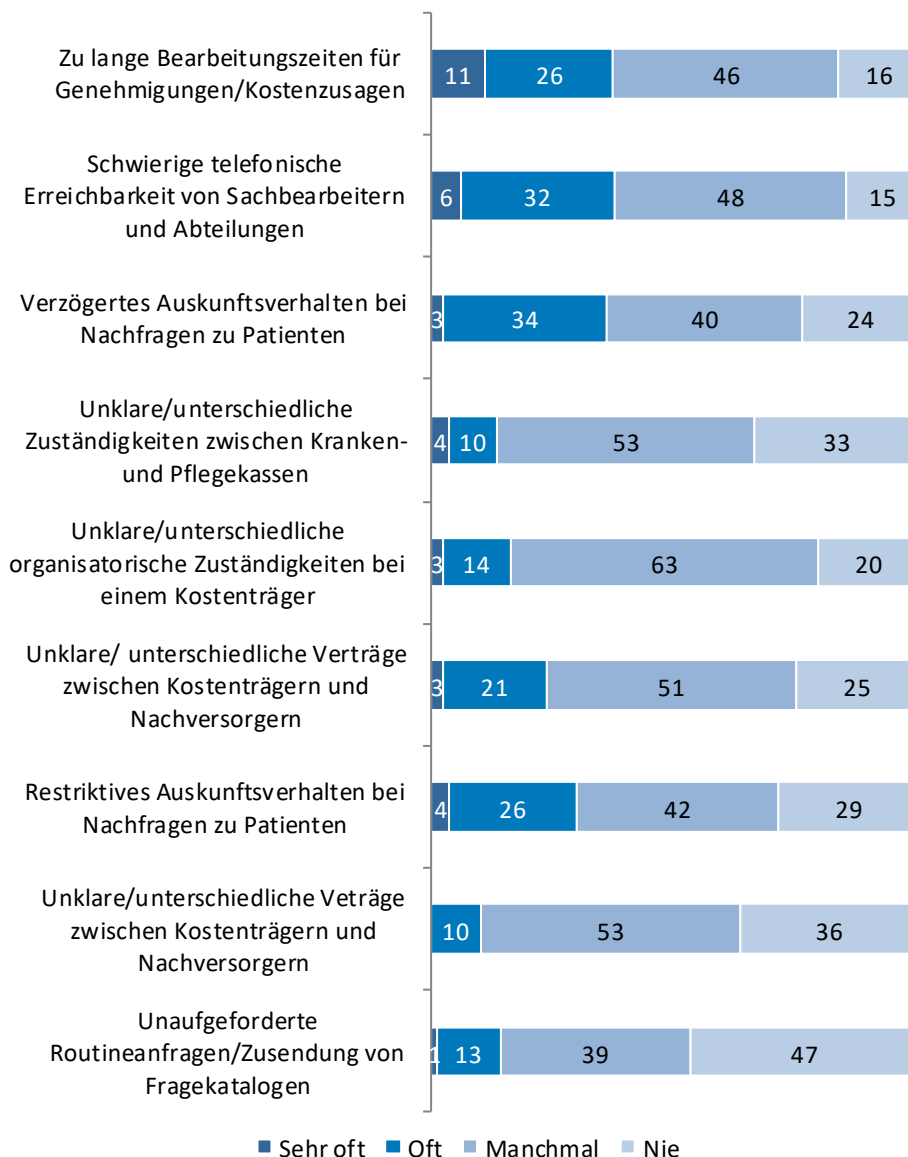
Laut § 2 Abs. 3 des Rahmenvertrages Entlassmanagement hat der Patient gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements. Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Kasse festgestellt wird, soll das Krankenhaus gemäß § 3 Abs. 6 Rahmenvertrag rechtzeitig Kontakt zur Kasse aufnehmen. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs etwa in den Bereichen Pflege, Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung der Fall sein.

Weitere Konkretisierungen zu Art und Umfang der Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- oder Pflegekasse enthält der Rahmenvertrag nicht. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, wie sich die entsprechende Unterstützung durch die Kassen, vor allem bei genehmigungspflichtigen Leistungen, in den ersten drei Quartalen 2018 entwickelt hat.

Die beiden größten Probleme mit Blick auf die Unterstützung des Entlassmanagements der Kranken- und Pflegekassen bilden aus Krankenhaussicht vor allem zu lange Bearbeitungszeiten für Genehmigungen und Kostenzusagen sowie die schwierige telefonische Erreichbarkeit von Sachbearbeitern und Abteilungen.

Weitere Probleme in der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern betrafen ein verzögertes oder restriktives Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patienten. Andere Probleme, wie beispielsweise unklare organisatorische und personelle Zuständigkeiten bei den Kostenträgern, traten dagegen seltener auf (Abb. 11).

Probleme mit Kranken- und Pflegekassen bei Unterstützung des Entlassmanagements
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Probleme mit Kranken- und Pflegekassen bei Unterstützung des Entlassmanagements



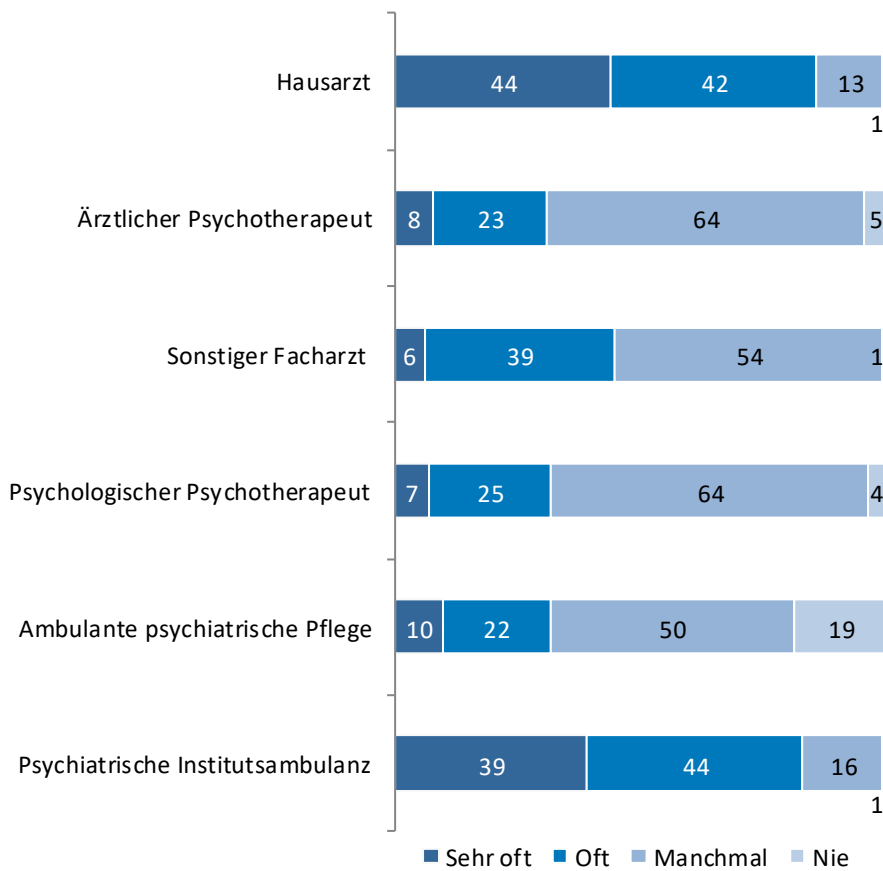
4.5 Kapazitäten für Anschlussversorgung

Das Entlassmanagement durch die Krankenhäuser und dessen Unterstützung durch die Kostenträger setzt aus naheliegenden Gründen die Verfügbarkeit angemessener Nachsorgeangebote voraus. Im PSYCHIATRIE BAROMETER wurde deswegen danach gefragt, inwieweit die für eine Anschlussversorgung erforderlichen Versorgungskapazitäten rechtzeitig zur Verfügung standen. Diesbezüglich resultiert ein heterogenes Bild.

Am besten klappt demnach die Anschlussversorgung beim Hausarzt. 86 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine Weiterversorgung durch den Hausarzt oft (42 %) oder sehr oft (44 %) gewährleistet ist. Für den Bereich der psychiatrischen Institutsambulanzen resultieren vergleichbare Ergebnisse.

Größere Probleme gibt es hingegen bei der Überleitung zum Facharzt, zu ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und bei Bedarf in die ambulante psychiatrische Pflege. Mehrheitlich berichten die Krankenhäuser hier von entsprechenden Problemen bei der Anschlussversorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten (Abb. 12).

Gewährleistung der Anschlussversorgung nach Entlassung
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Gewährleistung der Anschlussversorgung nach Entlassung

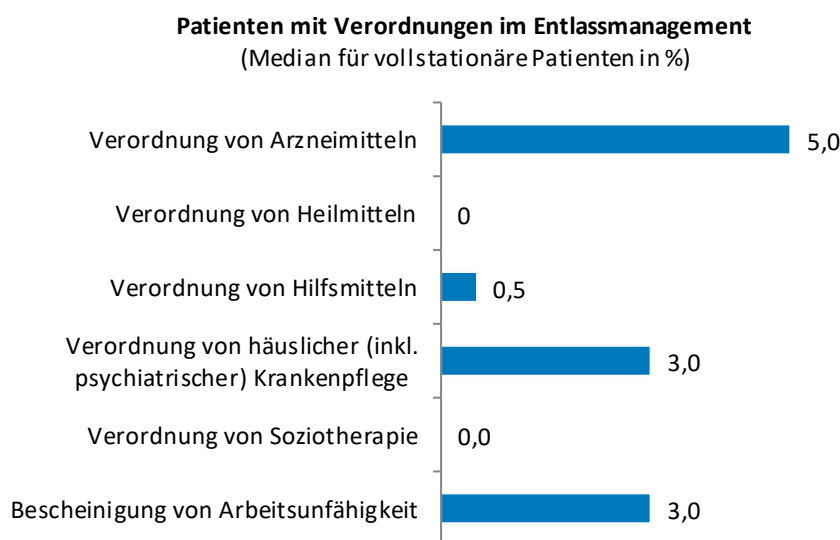
4.6 Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement

Die wesentliche Neuregelung im Entlassmanagement besteht darin, dass nach § 39 Abs. 1a SGB V das Krankenhaus in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach Entlassung bestimmte Leistungen verordnen und Arbeitsunfähigkeit bescheinigen kann, soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist bzw. der Patient nicht am Entlasstag oder Folgetag den weiterbehandelnden Arzt aufsuchen kann. Für ausgewählte Leistungen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie in den ersten drei Quartalen 2018 von den neuen Verordnungsmöglichkeiten Gebrauch gemacht haben.



Einschränkend sei erwähnt, dass sich zwischen 38 % (Verordnung von Arzneimitteln) und 44 % der Befragten (Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln) nicht in der Lage sahen, zum Erhebungszeitpunkt hierzu eine realitätsnahe Schätzung abzugeben. Die nachfolgenden Ergebnisse beschränken sich insofern auf die Krankenhäuser mit entsprechenden Angaben. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Vorbehaltlich dieser Einschränkung wird insgesamt von den neuen Verordnungsmöglichkeiten bislang eher zurückhaltend Gebrauch gemacht. So liegt der Anteil der vollstationären Patienten mit Verordnung von Arzneimitteln im Mittel (Median) bei 5 %. Der entsprechende Anteil der Patienten mit Verordnung von häuslicher (inkl. psychiatrischer) Krankenpflege und der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit fällt mit jeweils 3 % noch geringer aus. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden nur für 1 % der Patienten ausgestellt. Die Mehrzahl der befragten Krankenhäuser hat in den ersten drei Quartalen 2018 ihren Patienten keine Heil- und Hilfsmittel und keine Soziotherapie verordnet. Dementsprechend liegen die entsprechenden Medianwerte bei 0 % (Abb. 13).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement



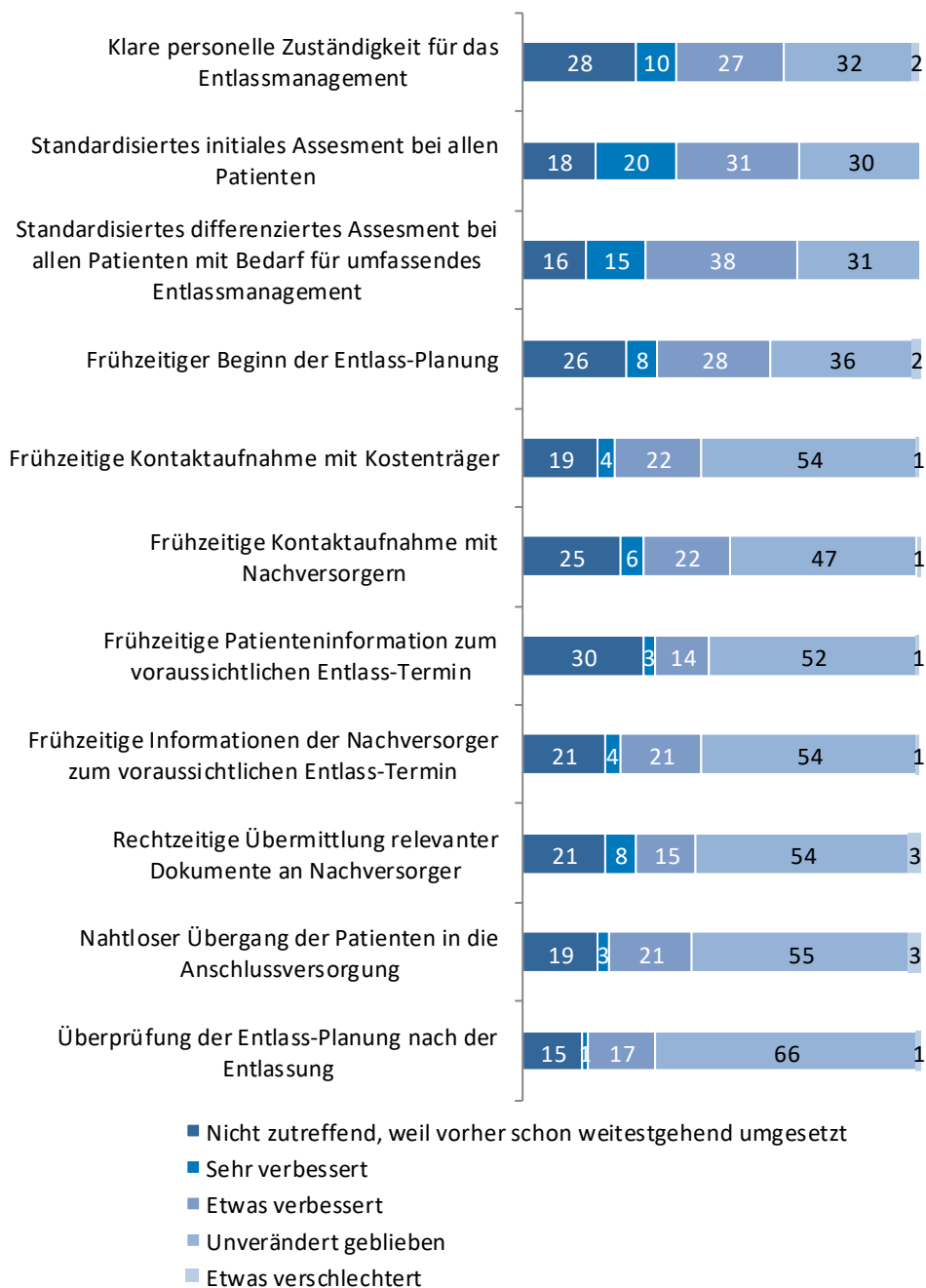
4.7 Veränderungen durch den Rahmenvertrag

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Teilnehmer angeben, inwieweit sich ihrer Auffassung nach auch infolge der Regelungen des Rahmenvertrages das Entlassmanagement in ihren Häusern verändert habe. Die entsprechenden Häufigkeiten zu den erhobenen Aspekten können im Einzelnen der Abb. 14 entnommen werden.

Demnach hat der Rahmenvertrag bei den psychiatrischen Einrichtungen mehrheitlich zu Verbesserungen geführt. Relevante Anteile der Befragten waren vom Rahmenvertrag allerdings kaum betroffen, weil sie die entsprechenden Regelungen, laut Selbsteinschätzung, schon vorher weitestgehend umgesetzt hatten.

Dies betrifft insbesondere die frühzeitige Kontaktaufnahme mit Betreuern, Kostenträgern und Nachversorgern. Jeweils rund 30 % konstatieren hier einen relativ hohen Umsetzungsgrad noch vor Inkrafttreten des Rahmenvertrages. Verglichen damit werden die frühzeitige Kontaktaufnahme mit Kostenträgern, die Durchführung des initialen und standardisierten Assessments und vor allem der Überprüfung der Entlassplanung nach der Entlassung, z. B. durch Kontaktierung von Patienten oder Nachversorgern, kritischer gesehen.

Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag



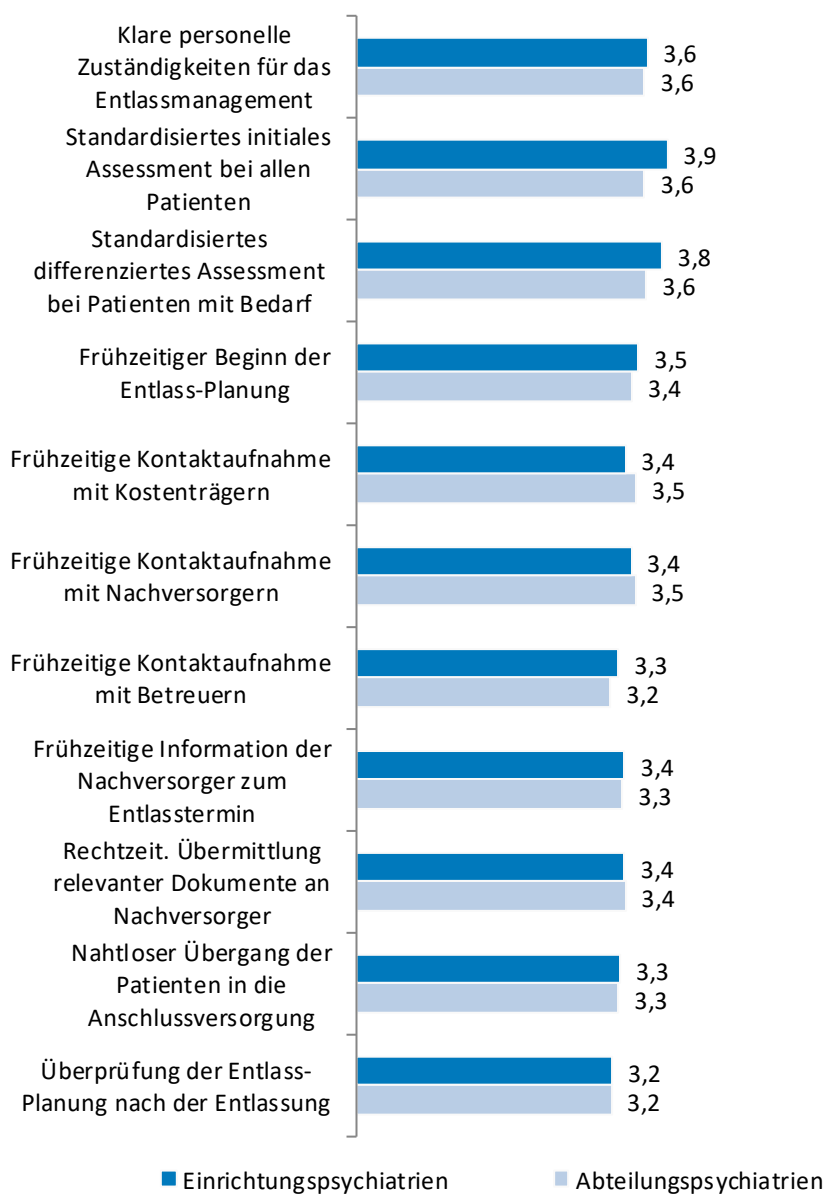
Für die übrigen Häuser, welche die aufgeführten Vorgaben des Rahmenvertrages bislang noch nicht weitestgehend umgesetzt sahen, zeigt Abb. 15 – jeweils differenziert nach Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien – die durchschnittlichen Veränderungen im Entlassmanagement infolge des Rahmenvertrages. Demzufolge hat der Rahmenvertrag in diesen Häusern im Durchschnitt eher positive Auswirkungen gehabt, insofern alle Mittelwerte oberhalb des Indifferenzwertes liegen.

Die größten Verbesserungen sind demnach vor allem bei der Durchführung eines standardisierten initialen Assessments bei allen Patienten bzw. eines differenzierten Assessments bei Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement zu beobachten. Die gilt für die Einrichtungspsychiatrien in noch stärkerem Maße als für die Abteilungspsychiatrien.

Darüber hinaus haben sich in den Einrichtungspsychiatrien vor allem die personellen Zuständigkeiten für das Entlassmanagement und der frühzeitige Beginn der Entlassplanung durch den Rahmenvertrag verbessert. In den Abteilungspsychiatrien hatte er positiven Einfluss insbesondere mit Blick auf die personellen Zuständigkeiten sowie die frühzeitige Kontaktaufnahme mit Kostenträgern und Nachversorgern.

Unabhängig vom Krankenhaustyp bilden der nahtlose Übergang der Patienten in die Anschlussversorgung und die Überprüfung der Entlassplanung nach Entlassung die größten Herausforderungen im Entlassmanagement für psychiatrische und psychosomatische Patienten.

Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag
 (Mittelwerte auf einer Skala von 1 = sehr verschlechtert bis 5 = sehr verbessert für Krankenhäuser mit Angaben)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Veränderungen im Entlassmanagement durch den Rahmenvertrag (Mittelwerte)

5 Ambulante Notfallversorgung

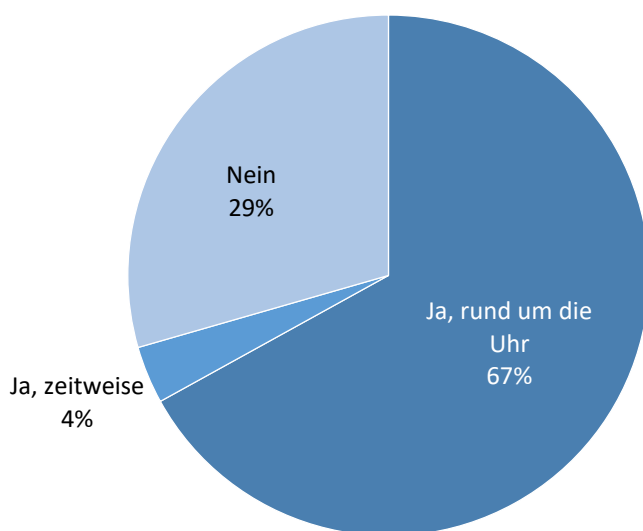
Psychiatrische Notfälle sind meist gekennzeichnet durch besonders schwierige Umstände und stellen Situationen mit akuten, meist mit einem Gefährdungspotenzial für die Patienten oder andere Personen einhergehenden Symptomen dar. Über die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle, insbesondere in Notaufnahmen oder Notdiensten, liegen jedoch nur wenige Versorgungsdaten vor.

Daher fragt das PSYCHIATRIE BAROMETER 2018/2019 die teilnehmenden Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien erstmals nach der Situation der ambulanten Notfallversorgung psychosomatischer und psychiatrischer Patienten.

5.1 Teilnahme an ambulanter Notfallversorgung

Zunächst wurden die teilnehmenden Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien nach ihrer Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung gefragt. Zwei Drittel aller Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien nehmen demnach rund um die Uhr und 4 % zeitweise an der ambulanten Notfallversorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten teil (Abb. 16).

Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung psychiatrischer Patienten?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten

Deutliche Unterschiede gibt es in der ambulanten Notfallversorgung hinsichtlich der Einrichtungsart: So bestätigten 85,4 % der befragten Abteilungspsychiatrien und 51,6 % der Einrichtungspsychiatrien, rund um die Uhr an der ambulanten Notfallversorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten teilzunehmen.

Des Weiteren gaben 45 % der Teilnehmer an, dass für psychiatrische Patienten ebenfalls ambulante Notfallversorgungsangebote anderer Kliniken in der Region der eigenen Einrichtung sowie kassenärztliche Notfallversorgungsangebote (44 %) vorhanden seien (Abb. 17). Gut ein Drittel der Einrichtungen berichtet von vorhandenen Bereitschaftsdiensten des Sozialpsychiatrischen Dienstes und jeder vierte Teilnehmer von psychiatrischen Krisendiensten in der Nähe. 21 % der Befragten haben keine anderen ambulanten Notfallversorgungsangebote in der Region der eigenen Klinik.



Abb. 17: Weitere ambulante Notfallversorgungsangebote in der Nähe der Einrichtungen



Unter den „sonstigen Notfallversorgungsangeboten“ befinden sich beispielsweise ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), die Telefonseelsorge oder eine gemeinnützige Einrichtung zur Unterstützung von Menschen, die sich in einer Krise befinden.

5.2 Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung

Im Jahr 2017 wurden im Durchschnitt 1.744 psychiatrische Patienten (Median 891) pro Krankenhaus in der ambulanten Notfallversorgung behandelt (einschließlich Konsile) (Tab. 1). Im Mittel wurden 1.471 Patienten (Median: 940) pro Abteilungspsychiatrie und 2.065 Patienten (Median: 766) pro Einrichtungspsychiatrie ambulant notfallversorgt.

Von den psychiatrischen Notfallpatienten wurden im Schnitt 37 % (Abteilungspsychiatrien: 40 %; Einrichtungspsychiatrien: 34 %) stationär in die versorgende Einrichtung aufgenommen.

Tab. 1: Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung in 2017

	Behandelte Patienten pro Krankenhaus in ambulanter Notfallversorgung in 2017 (Anzahl)	Davon stationär in die Einrichtung aufgenommene Patienten (Prozent)
Mittelwert	1.744	37
5% getrimmtes Mittel	1.368	36
Median	891	35
Unterer Quartilswert	296	15
Oberer Quartilswert	2.066	55

Die Einrichtungen der ambulanten Notfallversorgung berichteten, dass rund die Hälfte der Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten des niedergelassenen Bereichs (z. B. werktags ab 18:00 Uhr, mittwochs ab 14:00 Uhr und am Wochenende) sowie die Hälfte innerhalb der offiziellen Sprechstundenzeiten vorstellig wurden (Tab. 2). Hier gab es keinen Unterschied zwischen den Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien.

Tab. 2: Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung in 2017

	Besuch der Einrichtungen der ambulanten Notfallversorgung – außerhalb der Sprechstundenzeiten (% Notfälle)	Besuch der Einrichtungen der ambulanten Notfallversorgung – innerhalb der Sprechstundenzeiten (% Notfälle)
Mittelwert	49,6	50,4
Median	50,0	50,0
Unterer Quartilswert	31,0	30,0
Oberer Quartilswert	70,0	69,0

Der häufigste Zugangsweg zur ambulanten Notfallversorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten ist die spontane Selbstvorstellung des Patienten (Abb. 18): Insgesamt in 78 % der Einrichtungen stellen sich die Patienten („oft“ und „sehr oft“) selbst notfallmäßig zur ambulanten Behandlung vor. In fast 70 % der Häuser erreichen die Patienten die versorgenden Kliniken („oft“ und „sehr oft“) auf Anraten eines niedergelassenen Hausarztes oder Facharztes. Zwei Drittel der Notfallversorgungseinrichtungen berichten, dass Patienten („oft“ und „sehr oft“) mit dem Rettungsdienst oder Notarzt zu ihnen gelangen und in gut jeder zweiten Einrichtung kommen Patienten über die örtliche Ordnungsbehörde, Polizei oder das Ordnungsamt („oft“ und „sehr oft“) zur Behandlung.

Dabei stellen sich Patienten häufiger selbst in den notfallversorgenden Einrichtungen von Abteilungspsychiatrien als von Einrichtungspsychiatrien vor (Abteilungspsychiatrien: „oft“ und „sehr oft“ = 87,2 % versus Einrichtungspsychiatrien: „oft“ und „sehr oft“ = 66,6 %). Ebenso erreichen Patienten Abteilungspsychiatrien häufiger als Einrichtungspsychiatrien mit dem Rettungsdienst oder Notarzt („oft“ und „sehr oft“ = 74,4 % versus 52,9 %). Kaum Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen zeigen sich bei den übrigen (von den Teilnehmern erfragten) Zugangswegen zur ambulanten Notfallversorgung von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten.

Wie häufig gelangen Ihre psychiatrischen Patienten über die folgenden Wege in Ihre ambulante Notfallversorgung?
(Krankenhäuser in %)

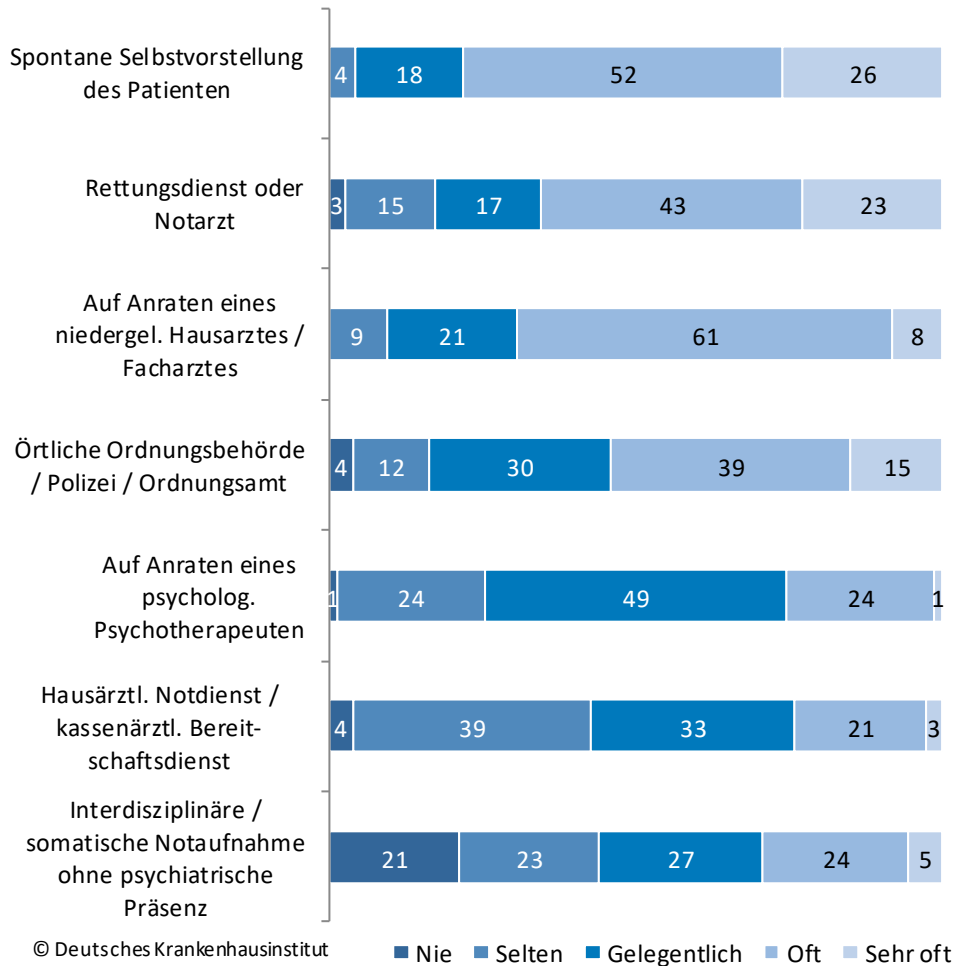


Abb. 18: Zugangswege zur ambulanten Notfallversorgung

5.3 Resultate ambulanter Notfallkontakte

Ambulante psychiatrische Notfallpatienten werden in 66 % der Krankenhäuser oft oder sehr oft stationär in derselben Einrichtung aufgenommen (Abb. 19). Allerdings berichten 53 % der Einrichtungen auch, dass die Patienten („oft“ und „sehr oft“) nach einem supportiven Kurzgespräch wieder nach Hause gehen. Rund zwei Drittel der Notfallversorger geben an, dass Patienten („nie“ oder „selten“) nach einem ambulanten Notfallkontakt auf anderen nichtpsychiatrischen

Stationen des eigenen Hauses aufgenommen werden oder in eine andere psychiatrische Einrichtung, weil sie z. B. nicht im Einzugsbereich wohnen.

Hierbei zeigt sich ein leichter Effekt hinsichtlich des Einrichtungstyps: Nach einem ambulanten Notfallkontakt gehen Patienten in 68,4 % der Abteilungspsychiatrien („oft“ und „sehr oft“) nach einem supportiven Kurzgespräch wieder nach Hause, während der entsprechende Anteilswert in Einrichtungspsychiatrien bei 37,1 % liegt.

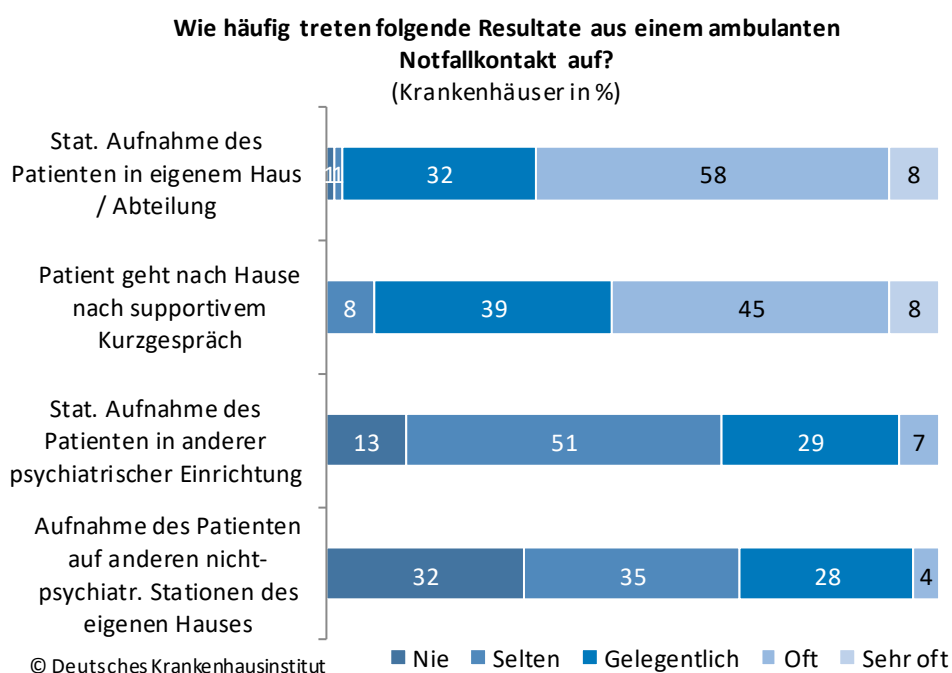


Abb. 19: Resultate ambulanter Notfallkontakte

5.4 Verbesserungsbedarf

Abschließend wurden die teilnehmenden Einrichtungen nach dem Verbesserungsbedarf in der ambulanten Notfallbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten gefragt (Abb. 20). Dazu gaben 50 % der Einrichtungen eine notwendige Aufstockung des psychiatrischen Personals in den Notfallambulanzen an. 43 % sahen einen Verbesserungsbedarf in der Abstimmung mit niedergelassenen Kollegen und 39 % nannten eine Um-/Neustrukturierung einer auf die regionalen Bedarfe abgestimmten sektorenübergreifenden ambulanten psychiatrischen Notfallversorgung.

Knapp jede dritte Nennung bezog sich auf eine Verbesserung der Abstimmung mit den interdisziplinären Notfallambulanzen und jede fünfte Angabe auf eine Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten durch zusätzliche personelle Kapazitäten. Rund 10 % der Befragten sahen keinen Verbesserungsbedarf. Sonstiger Verbesserungsbedarf bezog sich auf flexiblere und zusätzliche Personaleinsatzmöglichkeiten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Verbesserungsbedarf in der ambulanten Notfallversorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patienten



6 Nachweispflichten zur Personalausstattung nach § 18 BPfIV

Durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG), welches im Dezember 2016 verabschiedet wurde, wurde den Krankenhäusern Nachweispflichten auferlegt. Für die Jahre 2016 bis 2019 müssen die Häuser den Nachweis erbringen, inwieweit die Vorgaben der „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)“ erfüllt werden.

Durch die „Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung)“ erfolgte durch die Selbstverwaltungspartner die Umsetzung und Konkretisierung der Nachweispflichten. Das Verfahren sowie die zu übermittelnden Daten sind in dieser Vereinbarung geregelt.

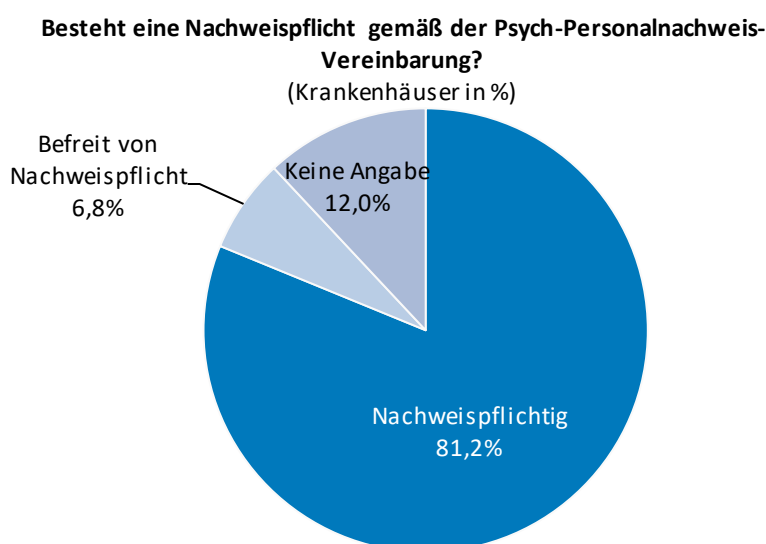
Nach Berufsgruppen differenziert umfassen die Nachweise zur Personalausstattung die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften sowie den Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen. Schließlich müssen die Krankenhäuser den Nachweis einer zweckentsprechenden Mittelverwendung führen.

Ergibt sich bei dem Nachweis der tatsächlichen Stellenbesetzung für 2016 eine Unterschreitung der Vorgaben der Psych-PV, dann ist der Gesamtbetrag für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der Kosten für zusätzlich zu besetzende Stellen zu erhöhen.

Kann der Nachweis nicht geführt werden, dass für Personal vereinbarte Mittel zweckentsprechend verwendet wurden, dann haben die Vertragsparteien vor Ort darüber zu verhandeln, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist und ggf. eine Rückzahlung von Mitteln vorzunehmen ist.

6.1 Nachweispflicht gemäß Psych-Personalnachweis-Vereinbarung

Von den teilnehmenden Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien gaben 81 % an, dass sie für den Versorgungsbereich Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie nachweispflichtig seien (vgl. Abb. 21). Weitere rund 7 % waren von der Nachweispflicht befreit. Der Grund hierfür lag darin, dass die Einrichtungen als Fachklinik oder Abteilung für Psychosomatik nicht von den Nachweispflichten betroffen waren. Bei doppelt so vielen Abteilungspsychiatrien wie Einrichtungspsychiatrien war das der Fall. Keine Angaben zu dieser Frage machten 12 % der Einrichtungen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Nachweispflicht gemäß der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung

6.2 Genehmigte Budgetvereinbarungen

Vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgesetzte Budgetvereinbarungen bedürfen der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden (§ 14 BPfIV).

Die Krankenhäuser wurden daher gefragt, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung für verschiedene Vereinbarungszeiträume über eine genehmigte Budgetvereinbarung verfügen würden.



Für das Jahr 2016 verfügten 94 % der Einrichtungen über eine genehmigte Budgetvereinbarung (vgl. Abb. 22). Unterschiede zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien bestehen nicht.

Für die Folgejahre 2017 und 2018 sieht das allerdings anders aus.

Für das Jahr 2017 gaben mehr als vier Fünftel der Krankenhäuser an, dass sie über eine genehmigte Budgetvereinbarung verfügen würden. Bei den Abteilungspsychiatrien lag der Anteil mit genehmigter Budgetvereinbarung bei 75 %, bei den Einrichtungspsychiatrien dagegen bei rund 90 %.

Die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen waren für 2018 noch größer. Eine genehmigte Budgetvereinbarung lag zum Zeitpunkt der Befragung bei weniger als der Hälfte der Einrichtungen vor. Bei den Abteilungspsychiatrien verfügte weniger als ein Drittel über eine genehmigte Budgetvereinbarung. Dagegen lagen für 58 % der Einrichtungspsychiatrien genehmigte Budgetvereinbarungen vor.

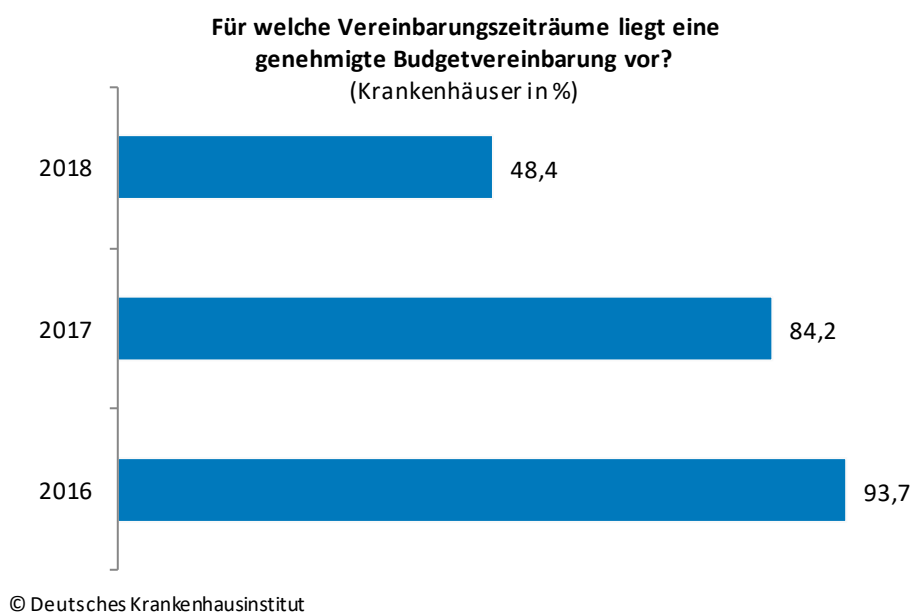


Abb. 22: Genehmigte Budgetvereinbarung für die Vereinbarungszeiträume 2016 bis 2018

6.3 Frühzeitige Genehmigung der Budgetvereinbarung für die Jahre 2016 und 2017

Die Psych-Personalnachweis-Vereinbarung sieht in § 8 Abs. 5 eine Ausnahme von dem Nachweis der Vereinbarungsdaten vor, sofern eine genehmigte Budgetvereinbarung für die Jahre 2016 und 2017 vor dem 01.08.2017 vorlag.

Betroffen davon waren für das Jahr 2016 fast 36 % der Einrichtungen, wobei der Anteil der Abteilungspsychiatrien etwas höher lag als der der Einrichtungspsychiatrien (Abb. 23).

Im Jahr 2017 sind es nur 12 % der Einrichtungen, die vor dem 01.08.2017 über eine genehmigte Budgetvereinbarung verfügten. Damit hatten bis weit über die Mitte des Jahres hinaus fast 88 % der Krankenhäuser keine Budgetvereinbarung bzw. keine Genehmigung der Budgetvereinbarung vorliegen. Zwischen Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien besteht kein Unterschied.

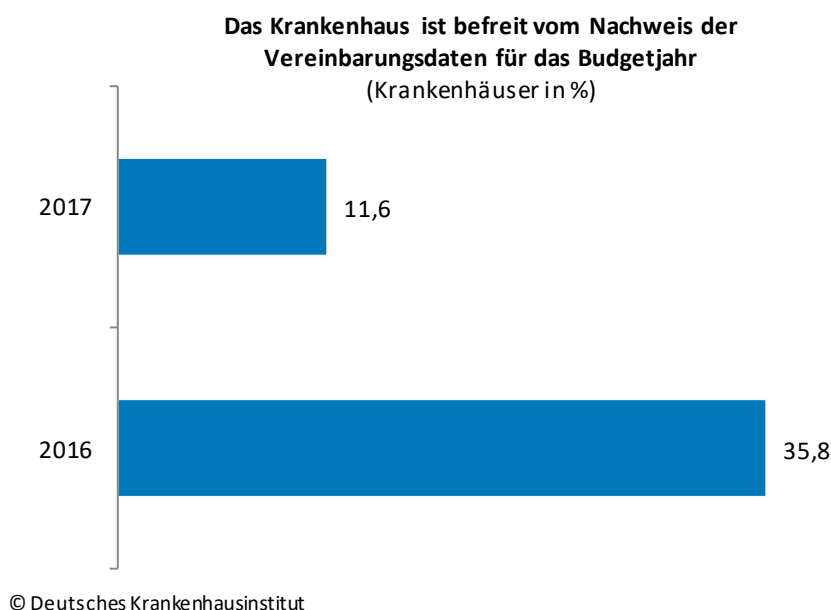


Abb. 23: Befreiung vom Nachweis der Vereinbarungsdaten



6.4 Auswirkung der Vereinbarung der Anlage 1 auf die Budgetverhandlungen und -vereinbarungen

Die Vereinbarungsdaten der Anlage 1 der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung sind im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Zu vereinbaren sind:

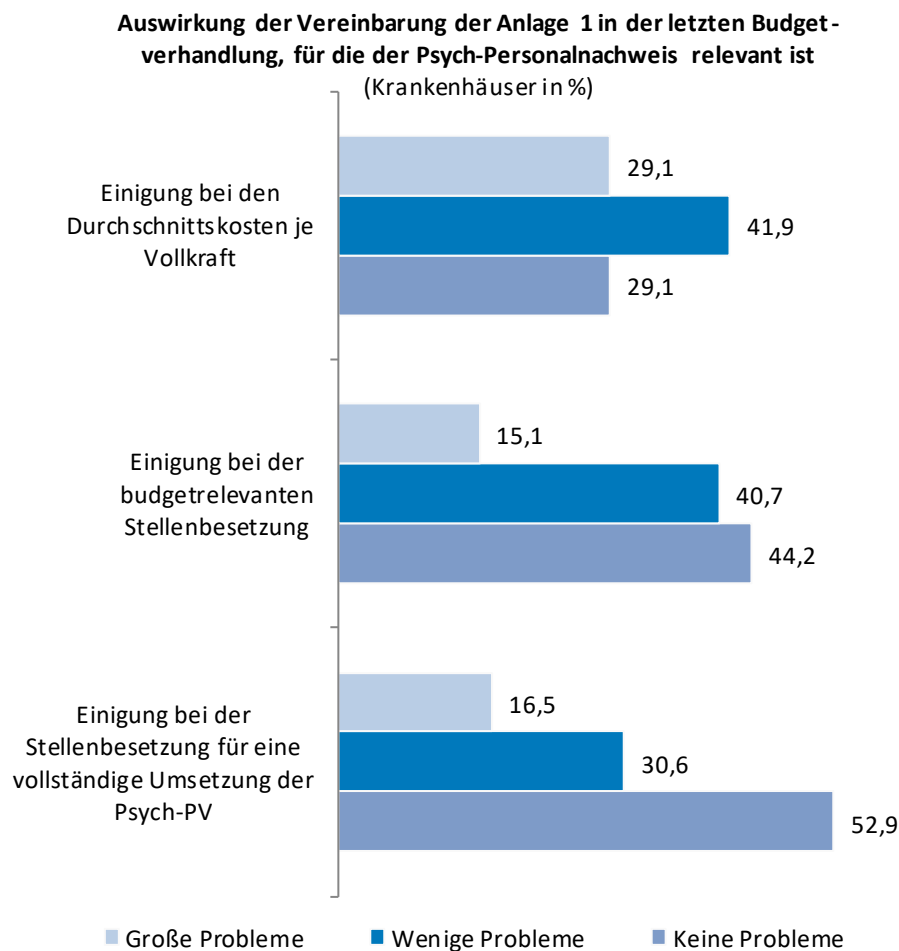
- die Stellenbesetzung für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV in Vollkräften, also die Soll-Besetzung,
- tatsächliche Stellenbesetzung als Budgetgrundlage in Vollkräften sowie
- Durchschnittskosten je Vollkräfte in Euro.

Die Krankenhäuser wurden gefragt, inwieweit es bei der Einigung auf diese Punkte zu Problemen in der letzten Budgetverhandlung, für die der Psych-Personalnachweis relevant war, gekommen sei.

Bei der Einigung auf eine Stellenbesetzung für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV (Soll-Besetzung) hatte fast die Hälfte (47,1 %) der Krankenhäuser Probleme (Abb. 24). Von großen Problemen berichteten 17 % der Häuser. Davon betroffen waren gut ein Fünftel der Abteilungspsychiatrien und 14 % der Einrichtungspsychiatrien.

Fast gleich groß sind die Anteile der Krankenhäuser, die große (15 %) oder geringe (41 %) Probleme bei der Einigung auf die budgetrelevante Stellenbesetzung hatten. Fast die Hälfte der Abteilungspsychiatrien hatten keine Probleme bei diesem Punkt in der Budgetverhandlung. Bei etwa 42 % der Einrichtungspsychiatrien war dies ebenfalls so.

Mehr Probleme traten in den Budgetverhandlungen bei der Einigung auf die Durchschnittskosten je Vollkraft in Euro auf. Hier berichteten 42 % der Einrichtungen zwar von wenigen Problemen, aber im Vergleich zu den Einigungen in den beiden anderen oben genannten Bereichen traten in dieser Frage mehr Probleme auf. Das zeigt sich auch daran, dass fast 30 % der Krankenhäuser größere Probleme mit den Kostenträgern hatten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Auswirkungen der Anlage 1 in der letzten Budgetverhandlungen, für die der Psych-Personalnachweis relevant war

Mit der Einigung der Vereinbarung der Anlage 1 sind die Budgetverhandlungen nicht abgeschlossen. Die Krankenhäuser wurden deshalb gefragt, was in der letzten Budgetvereinbarung, für die der Psych-Personalnachweis relevant ist, als Ergebnis in Anlage 1 vereinbart wurde. Das Ergebnis der Budgetvereinbarung sollte über alle Psych-PV-Berufsgruppen angegeben werden. Die Ergebnisse sind in der Abb. 25 zu finden.

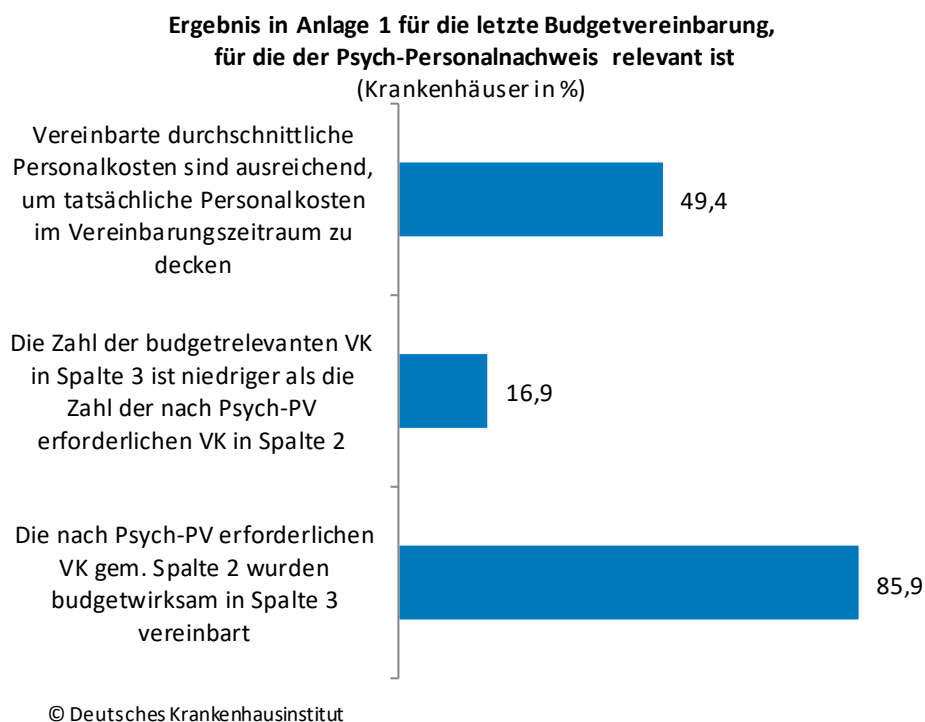


Abb. 25: Vereinbarung in der letzten Budgetvereinbarung, für die der Psych-Personalnachweis relevant war

Fast 86 % der Krankenhäuser gaben an, dass die nach der Psych-PV als erforderlich vereinbarten Vollkräfte gemäß Spalte 2 den als budgetwirksam vereinbarten Vollkräfte in Spalte 3 entsprechen.

In 17 % der Einrichtungen ist die Zahl der budgetrelevanten Vollkräfte in Spalte 3 der Anlage 1 niedriger als die Zahl der nach der Psych-PV erforderlichen Vollkräfte in Spalte 2 der Anlage 1. In diesen Fällen wurden die Personalvorgaben der Psych-PV im Einvernehmen (noch) nicht vollständig im vereinbarten Budget umgesetzt. Betroffen hiervon waren die Einrichtungspsychiatrien etwas häufiger (17,3 %) als die Abteilungspsychiatrien (13,3 %).

In weniger als der Hälfte der Krankenhäuser reichen die vereinbarten durchschnittlichen Personalkosten (bei prospektiver Vereinbarung voraussichtlich) aus, um die tatsächlichen Personalkosten im Vereinbarungszeitraum zu decken. Oder anders formuliert: in der Hälfte der Häuser sind die Ist-Personalkosten höher als die mit den Kostenträgern vereinbarten Kosten.



Das gilt insbesondere für die Abteilungspsychiatrien. Hier gaben 45 % der Einrichtungen an, dass die Personalkosten ausreichend seien. Sehr viel besser ist die Lage in den Einrichtungspsychiatrien allerdings auch nicht. Dort lag der Anteil derer, bei denen die Personalkosten durch die Vereinbarung gedeckt sind, bei rund 51 %.

6.5 Nachweis der Stellenbesetzung, der Mittelverwendung und die Auswirkungen in den Budgetverhandlungen

Gemäß § 18 Abs. 2 BPfIV ist die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften sowie die zweckentsprechende Mittelverwendung von den Krankenhäusern nachzuweisen. Der Nachweis ist vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen und der Nachweis für 2017 bis zum 31.05.2018 (Nachmeldefrist) an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die Kostenträger zu übermitteln.

Der Nachweis der tatsächlichen Vollkräfte erfolgt nach Psych-PV-Berufsgruppen getrennt. Die tatsächlichen Personalkosten sind für das Psych-PV-Personal in Summe nachzuweisen. Anlage 2 der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung listet die entsprechenden Nachweise auf und enthält u.a. zusätzlich eine Spalte mit dem Umsetzungsgrad der Psych-PV je relevanter Berufsgruppe.

Die Krankenhäuser wurden zunächst gefragt, ob sie den Nachweis der tatsächlichen Stellenbesetzung fristgerecht haben einreichen können.

Der Großteil der Krankenhäuser, nämlich 92 %, konnte den Nachweis der tatsächlichen Stellenbesetzung und Mittelverwendung fristgerecht erbringen (vgl. Abb. 26). Nur knapp 7 % der Krankenhäuser konnten den Nachweis nicht fristgerecht erbringen.

Im Einvernehmen mit den Krankenkassen wurde in 1 % der Krankenhäuser auf den Nachweis für das Jahr 2017 verzichtet. Davon betroffen waren nur Abteilungspsychiatrien.

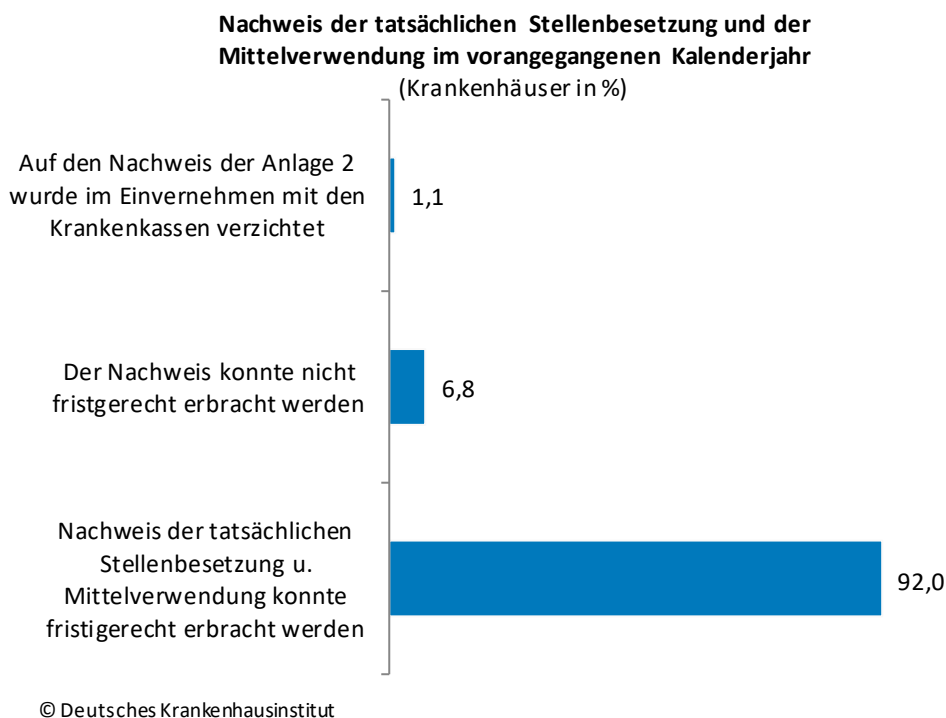


Abb. 26: Nachweis der tatsächlichen Stellenbesetzung und der Mittelverwendung im vorangegangenen Kalenderjahr

Je nach tatsächlicher jahresdurchschnittlicher Stellenbesetzung in Vollkräften sowie der zweckentsprechenden Mittelverwendung, ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen auf die Budgetverhandlungen.

Dass sich keine Auswirkungen durch den Nachweis ergeben haben, gaben 42 % der Krankenhäuser an (Abb. 27).

Die Krankenhäuser haben gemäß § 18 Abs. 3 BPfIV einen Rechtsanspruch auf zusätzliches Psych-PV-Personal und die vollständige Finanzierung von zusätzlich vereinbarten Stellen. Voraussetzung ist, dass bei der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2016 eine Unterschreitung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen nachgewiesen wird. Demzufolge hat etwas weniger als ein Drittel der Einrichtungen zusätzliches Personal bzw. höhere durchschnittliche Personalkosten in den Budgetverhandlungen gefordert. Davon forderten rund 16 % dieser Krankenhäuser sowohl zusätzliches Personal als auch höhere durchschnittliche Personalkosten.

Zwischen den Einrichtungs- und den Abteilungspsychiatrien bestehen hier Unterschiede. Während 22 % der Abteilungspsychiatrien zusätzliches Personal in den Budgetverhandlungen geltend gemacht haben, erfolgte das bei 37 % der Einrichtungspsychiatrien. Bei der Forderung nach höheren durchschnittlichen Personalkosten sind die Unterschiede nicht ganz so deutlich, aber doch erkennbar: 27 % der Abteilungs- und 35 % der Einrichtungspsychiatrien gingen mit dieser Forderung in die Budgetverhandlungen.

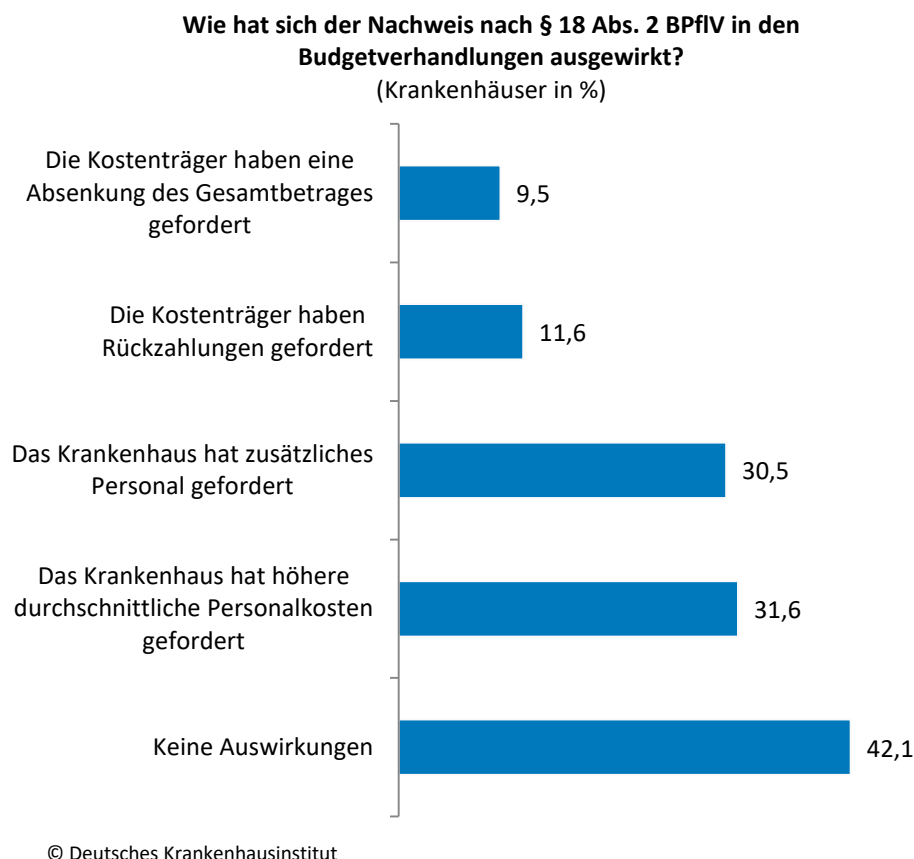


Abb. 27: Auswirkungen des Nachweises nach § 18 Abs. 2 BPfIV auf die Budgetverhandlungen

Auf der anderen Seite können die Krankenkassen eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrages verlangen, wenn die Krankenhäuser nicht nachweisen können, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal nicht vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden.



Bei rund 12 % der Krankenhäuser forderten die Krankenkassen eine Rückzahlung. Knapp 10 % der Krankenhäuser berichteten, dass die Krankenkassen eine Absenkung des Gesamtbetrages verlangten. In 4 % dieser Krankenhäuser wurden beide Forderungen seitens der Krankenkassen gestellt.

Entscheidend für die Frage, ob die Krankenhäuser Rückzahlungen leisten und eine Absenkung des Gesamtbetrages hinnehmen müssen, ist der Nachweis der vollständigen Verwendung der für das gesamte Personal des Krankenhauses vereinbarten Mittel. Die Krankenhäuser wurden daher abschließend gefragt, ob der Nachweis nach § 18 Abs. 3 Satz 3 BPfIV für das gesamte Personal des Krankenhauses für die Budgetverhandlungen erforderlich gewesen sei.

Fast drei Viertel der Krankenhäuser gaben an, dass der Nachweis für das gesamte Personal nicht erforderlich gewesen sei (Abb. 28). Die Unterschiede zwischen den Einrichtungs- und den Abteilungspsychiatrien sind hier nur marginal.

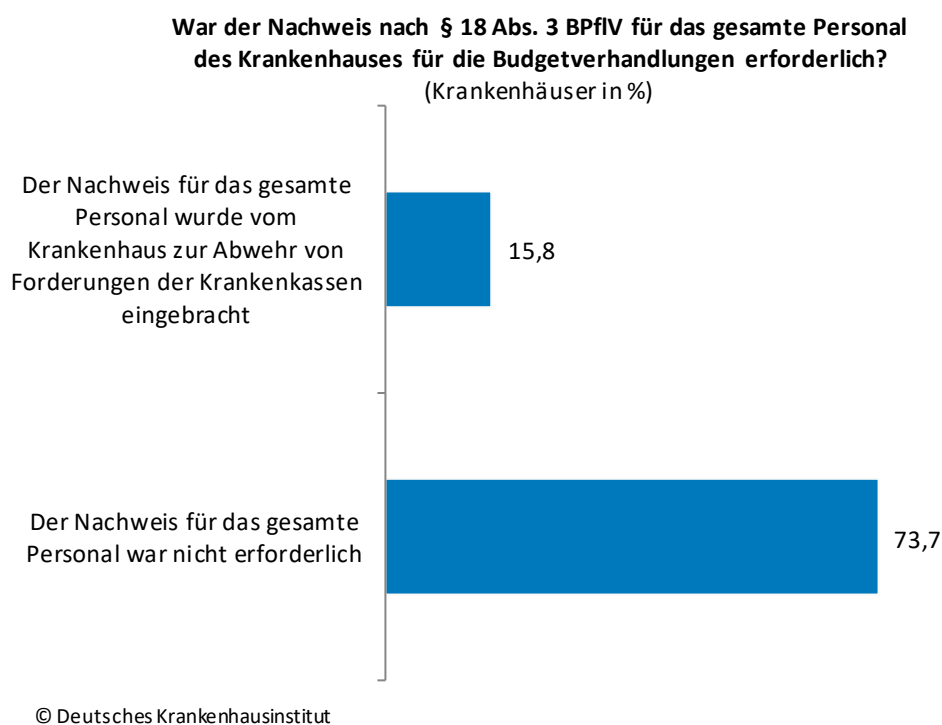


Abb. 28: Erforderlichkeit des Nachweises nach § 18 Abs. 3 BPfIV für das gesamte Krankenhaus



Rund 16 % der Krankenhäuser haben den Nachweis für das gesamte Personal zur Abwehr von Forderungen der Krankenkassen in die Budgetverhandlungen eingebracht. Das gaben rund 19 % der Einrichtungspsychiatrien und knapp 11 % der Abteilungspsychiatrien an.

6.6 Auswirkungen des Nachweises und der Nachverhandlungsmöglichkeit auf den Verlauf der Budgetverhandlungen

In den Budgetverhandlungen der Einrichtungen, die unter die BPfIV fallen und nachweispflichtig sind, müssen die beiden folgenden Punkte thematisiert werden:

1. Die Nachweispflichten gemäß § 18 Abs. 2 BPfIV sehen den Nachweis der tatsächlich jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vor.
2. Gemäß § 18 Abs. 3 BPfIV bestehen ggf. Nachverhandlungsmöglichkeiten in den folgenden Fällen:
 - Soweit der Nachweis bei der tatsächlichen Stellenbesetzung für 2016 eine Unterschreitung der Psych-PV ausweist, ist der Gesamtbetrag für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der Kosten für die zusätzlich zu besetzenden Stellen zu erhöhen.
 - Wurden Personalmittel nicht zweckentsprechend verwendet, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.

Die Krankenhäuser wurden gefragt, inwieweit der Nachweis bzw. die Nachverhandlungsmöglichkeit einen Einfluss auf den Verlauf der Budgetverhandlungen hatte (Abb. 29).

In 30 % der Krankenhäuser hat sich durch den Nachweis und den ggf. vorhandenen Neuverhandlungsmöglichkeiten die Dauer der Budgetverhandlungen deutlich verlängert

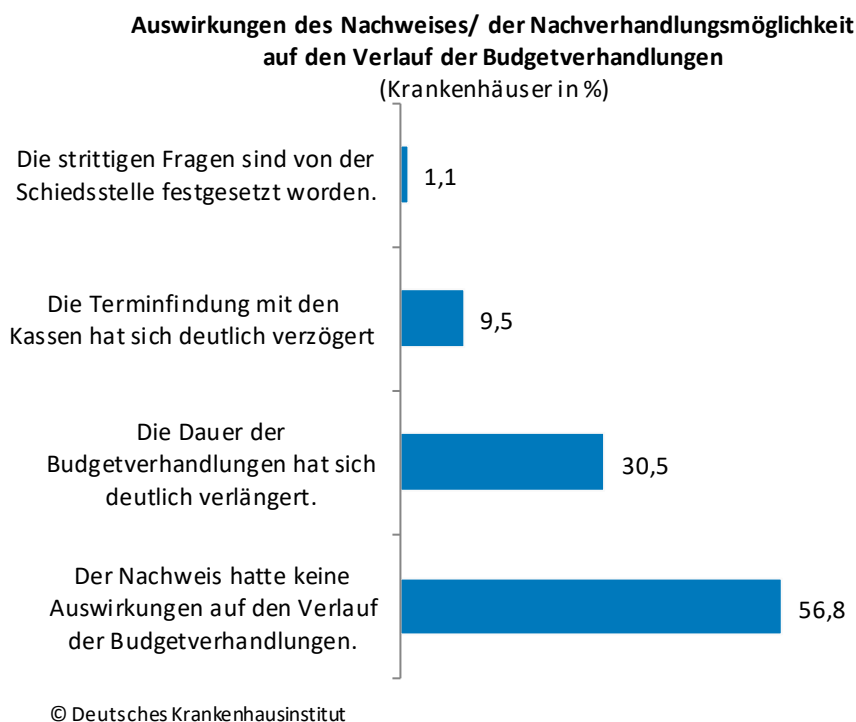


Abb. 29: Auswirkungen des Nachweises nach § 18 Abs. 2 BPfIV und ggf. der Nachverhandlungsmöglichkeit nach § 18 Abs. 3 BPfIV auf den Verlauf der Budgetverhandlungen

Knapp 10 % der Einrichtungen gaben an, dass sich die Terminfindung mit den Kassen deutlich verzögert habe. Das berichteten mehr als doppelt so viele Einrichtungspsychiatrien (12,4 %) wie Abteilungspsychiatrien (5,4 %).

Dass die strittigen Fragen von der Schiedsstelle festgesetzt worden seien, berichtete nur 1 % der Häuser.

In etwas mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (56,8 %) gab es keine nennenswerten Auswirkungen des Nachweises auf den Verlauf der Budgetverhandlungen. Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Krankenhaustypen. Während 61 % der Einrichtungspsychiatrien keine Auswirkungen konstatierten, gab weniger als die Hälfte der Abteilungspsychiatrien (48,6 %) das an.

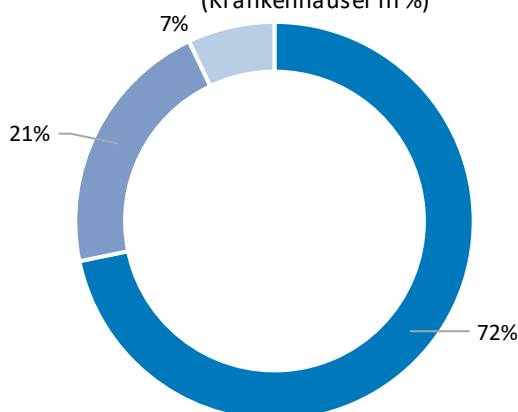
6.7 Auswirkungen auf die Vereinbarung der Zahl der Vollkräfte und des vereinbarten Gesamtbetrages

In den Budgetverhandlungen muss der Nachweis über die Stellenbesetzung für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV in Vollkräften geführt werden. Der Vergleich der Soll-Besetzung mit der Ist-Besetzung kann Auswirkungen auf die Anzahl der vereinbarten Vollkräfte der Psych-PV-Berufsgruppen haben.

Aus diesem Grunde wurden die Krankenhäuser danach gefragt, welche Auswirkungen der Nachweis nach § 18 Abs. 2 BPfIV auf die Anzahl der vereinbarten Vollkräfte hatte.

Dass der Nachweis keinen Einfluss auf die Anzahl der vereinbarten Vollkräfte hatte, gaben 72 % der Krankenhäuser an (Abb. 30).

Wie hat sich der Nachweis auf das Ergebnis der Budgetvereinbarung auf die vereinbarten Vollkräfte ausgewirkt?
(Krankenhäuser in %)



- Neutral: Nachweis hat sich nicht auf die Anzahl der vereinbarten VKs ausgewirkt
- Positiv: Durch den Nachweis konnten zusätzliche VKs vereinbart werden
- Negativ: Der Nachweis hat sich absenkend auf die vereinbarten VKs ausgewirkt

© Deutsches Krankenhausinstitut

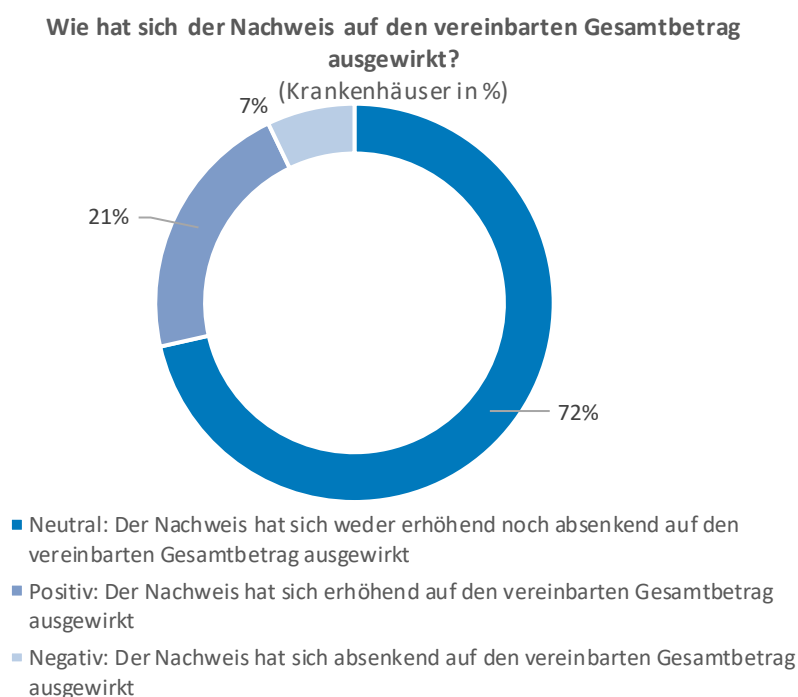
Abb. 30: Auswirkung des Nachweises auf die vereinbarten Vollkräfte

In 21 % der psychiatrischen Einrichtungen konnten zusätzliche Vollkräfte vereinbart werden.

Rund 7 % der Häuser gaben an, dass der Nachweis nach § 18 Abs. 2 BPfIV zu einer Absenkung der vereinbarten Vollkräfte geführt habe.

In Verbindung mit dem Nachweis bestehen gemäß § 18 Abs. 3 BPfIV ggf. Nachverhandlungsmöglichkeiten, die einen Einfluss auf die Höhe des vereinbarten Gesamtbetrages haben.

Hier gaben 72 % der Krankenhäuser an, dass es weder eine Erhöhung, noch eine Absenkung des Gesamtbetrages auf Grund des Personalnachweises gegeben habe (Abb. 31). Geringfügig höher lag der Anteil der Abteilungspsychiatrien (73,3 %). Etwas unterhalb des Mittwertes waren die Einrichtungspsychiatrien (69,8 %).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Auswirkung auf den Gesamtbetrag

In 21 % der Einrichtungen stieg der vereinbarte Gesamtbetrag. Davon betroffen waren rund ein Viertel der Einrichtungspsychiatrien und 17 % der Abteilungspsychiatrien.

Aufgrund der Regelungen in § 18 Abs. 2 und 3 BPfIV sank in 7 % der Einrichtungen der vereinbarte Gesamtbetrag.



7 Patientenbefragungen von Patienten mit psychischen Erkrankungen

Patientenbefragungen sind ein probates Mittel, um etwas über die Stärken oder auch Schwächen und Potenziale des eigenen Krankenhauses zu erfahren. Es stehen verschiedene Methoden der empirischen Sozialforschung zur Verfügung, um die Patienten zu befragen. Auch können verschiedene Parameter, wie der Zeitpunkt, Inhalte oder die befragte Patientenklientel, im Rahmen von Patientenbefragungen in Abhängigkeit von Fragestellung oder Befragungsziel variiert werden. Die Ausgestaltung der Patientenbefragung kann Einflüsse auf die Ergebnisse sowie die damit verbundenen Handlungskonsequenzen haben.

Befragungen werden bei somatischen Patienten bereits sehr häufig genutzt, um etwas über die Sichtweise der Patienten zu erfahren (DKI 2014). Bei Befragungen von psychosomatischen und/ oder² psychiatrischen Patienten wird häufig argumentiert, dass diese aufgrund der Erkrankung schwer oder gar nicht zu befragen sind. Gleichwohl gibt es bereits verschiedene Ansätze und spezifisch für psychisch erkrankte Patienten entwickelte Fragebögen, die zeigen, dass eine Befragung dieser Klientel möglich ist.

Bisher fehlen detaillierte Informationen, wie der Umsetzungsstand von Patientenbefragungen in den deutschen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien konkret ist. Aus diesem Grund waren die Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Verwertung von Patientenbefragungen Gegenstand des PSYCHIATRIE Barometers 2018/2019.

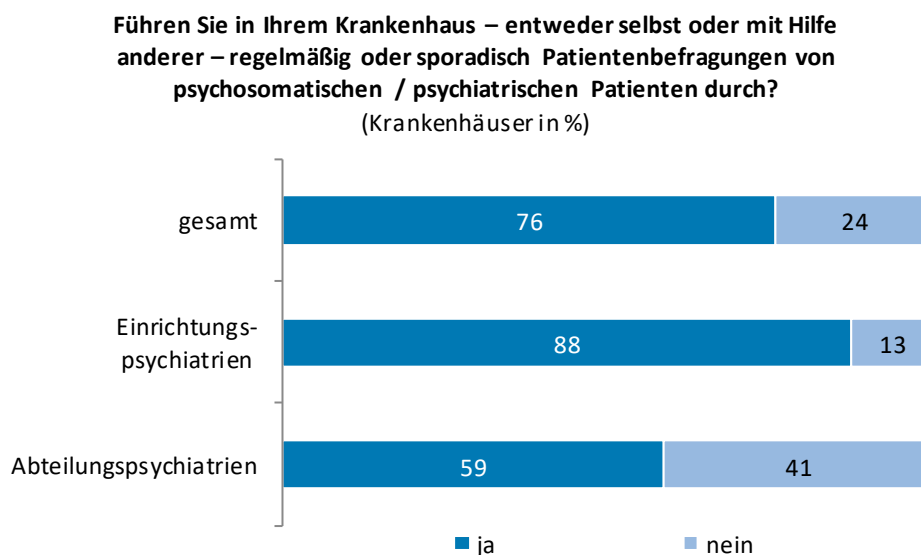
7.1 Verbreitung von Befragungen

Die Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien wurden zunächst danach befragt, ob sie regelmäßig oder sporadisch – ggf. auch mit Hilfe anderer – Befragungen von psychosomatischen bzw. psychiatrischen Patienten durchführen. Drei Viertel der Kliniken setzen Befragungen bei dieser Patientenklientel ein. Damit befragen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien ihre Patienten seltener als deutsche Allgemeinkrankenhäuser: Im *Krankenhaus Barometer* 2014 gaben

² Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden im Nachfolgenden die Begrifflichkeiten immer mit Komma getrennt.

97 % der befragten Krankenhäuser an, ihre Patienten regelmäßig oder sporadisch zu befragen (DKI 2014).

Es zeigt sich ein deutlicher Effekt nach Krankenhaustyp: Einrichtungspsychiatrien setzen Befragungen von psychosomatischen, psychiatrischen Patienten deutlich häufiger um als Abteilungspsychiatrien (Abb. 32).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Durchführung von Befragungen von psychosomatischen/ psychiatrischen Patienten

In die weiteren Analysen wurden nur die Häuser einbezogen, die Befragungen von psychiatrischen bzw. psychosomatischen Patienten realisieren.

7.2 Umsetzung und Organisation der Patientenbefragungen

Der größte Teil der Kliniken³ hat die letzte Patientenbefragung im Jahr 2018 realisiert. Die Anzahl der in die Befragung einbezogenen psychiatrischen, psychosomatischen Patienten sowie die Antwortzahlen variierten zwischen den Kliniken deutlich. Im Mittel erhielten 932 (Median: 967) Patienten mit psychischen

³ Eine Differenzierung nach Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien erfolgt nachfolgend nur bei ausreichender Fallzahl und relevanten Unterschieden.



Erkrankungen einen Fragebogen, den im Schnitt 382 (Median: 269) Patienten beantwortet haben. Die Rücklaufquoten lagen im Mittel bei ca. 50%.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass einem relativ großen Teil der Antwortenden keine Kenntnisse über die genannten Aspekte vorlagen und sie daher keine Angaben gemacht haben.

Tab. 3: Angaben zu der von den Krankenhäusern zuletzt durchgeführten Befragung von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten

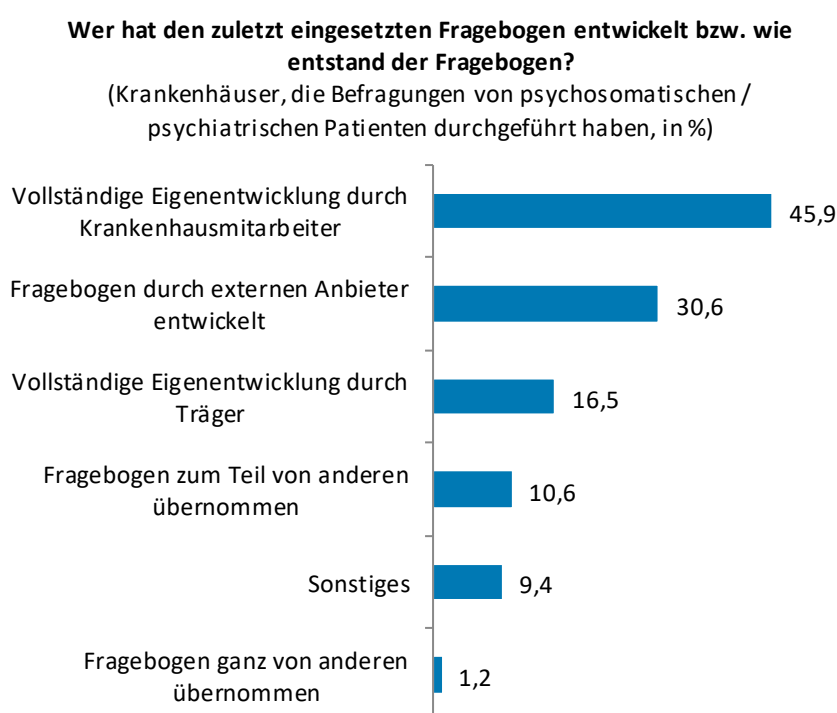
	In Befragung eingeschlossene Patienten (Anzahl)	Patienten, die Befragung beantwortet haben (Anzahl)	Rücklaufquote (Prozent)
Mittelwert	1.087	427	50
5% getrimmtes Mittel	932	382	49
Median	967	269	48
Unterer Quartilswert	202	92	30
Oberer Quartilswert	1.445	647	66

Die Entwicklung eines Patientenfragebogens, der den Ansprüchen der empirischen Sozialforschung entspricht, ist sehr aufwändig. Dies gilt insbesondere für die Befragung von psychisch erkrankten Patienten. Die eingesetzten Fragebögen sollten z. B. nicht zu lang und gut verständlich sein.

Um den Aufwand zu reduzieren und die Aussagekraft zu erhöhen, bestehen verschiedene Möglichkeiten. Beispielsweise kann man Teile schon bestehender, validierter Fragebögen nutzen oder auch mit externen Anbietern zusammenarbeiten. Ebenso kann es möglich oder ggf. sinnvoll sein, einen Fragebogen für alle Häuser eines Trägers oder Verbundes zu entwickeln. Die Ergebnisse von Fragebögen, die nicht nur für das eigene Haus konzipiert wurden, bieten zudem die Vorteile eines Benchmarkings.

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wie der zuletzt eingesetzte Fragebogen entwickelt wurde bzw. wie dieser entstand. Teilweise haben die Häuser den Fragebogen in einem Entwicklungsprozess unter Nutzung verschiedener Optionen zusammengestellt. Die zuletzt eingesetzten Fragebogen für psycho-

somatische und psychiatrische Patienten wurden in den befragten Krankenhäusern mehrheitlich durch Krankenhausmitarbeiter (46 %) oder durch externe Anbieter (31 %) entwickelt. Eine vollständige Eigenentwicklung des Fragebogens durch den Träger wurde in gut einem Fünftel der Häuser realisiert, 11 % haben Teile des Fragebogens von anderen übernommen, wobei dies in Abteilungspsychiatrien häufiger realisiert wurde als in Einrichtungspsychiatrien. Knapp 10 % der Kliniken, etwas häufiger in Einrichtungs- als Abteilungspsychiatrien, haben den Fragebogen auf andere Weise, z. B. durch Nutzung von Fokusgruppeninterviews, erstellt (Abb. 33).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Entwicklung des Patientenfragebogens

7.3 Durchführung der Patientenbefragungen

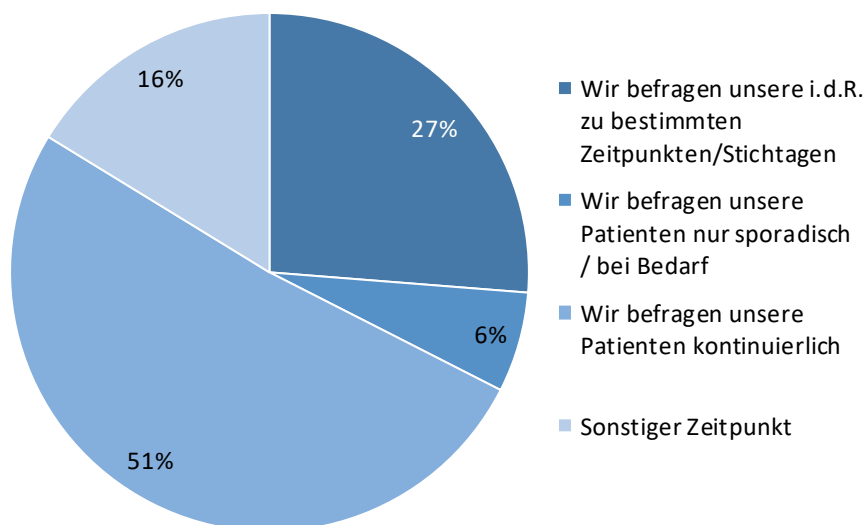
Bei der konkreten Realisierung der Patientenbefragung stellt sich u.a. die Frage, wie, zu welchem Zeitpunkt und wie oft die Patienten befragt werden sollen. Die Entscheidung, welche Variante genutzt wird, sollte immer in Abhängigkeit der zu befragenden Patienten und der zu erzielenden Ergebnisse, getroffen

werden. Die Krankenhäuser wurden gebeten, entsprechende Angaben zu machen.

Der größte Teil der Kliniken (51 %) befragt ihre psychosomatischen, psychiatrischen Patienten kontinuierlich. Eine Befragung zu bestimmten Zeitpunkten oder Stichtagen wird in gut einem Viertel der Häuser umgesetzt (27 %). Diese Befragungsvariante kommt in Einrichtungspsychiatrien etwas häufiger zum Einsatz als in Abteilungspsychiatrien. Einen von den Antwortmöglichkeiten abweichenden Zeitpunkt, z. B. drei Monate lang, nutzen 16 % der befragten Häuser. Eine sporadische oder bedarfsorientierte Befragung von psychosomatischen oder psychiatrischen Patienten wird kaum, und wenn dann häufiger in Abteilungspsychiatrien, realisiert (Abb. 34).

**Zu welchem Zeitpunkt befragen Sie in Ihrem Haus in der Regel psychosomatische / psychiatrische Patienten?
(Nur eine Antwort möglich)**

(Krankenhäuser, die Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten durchgeführt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

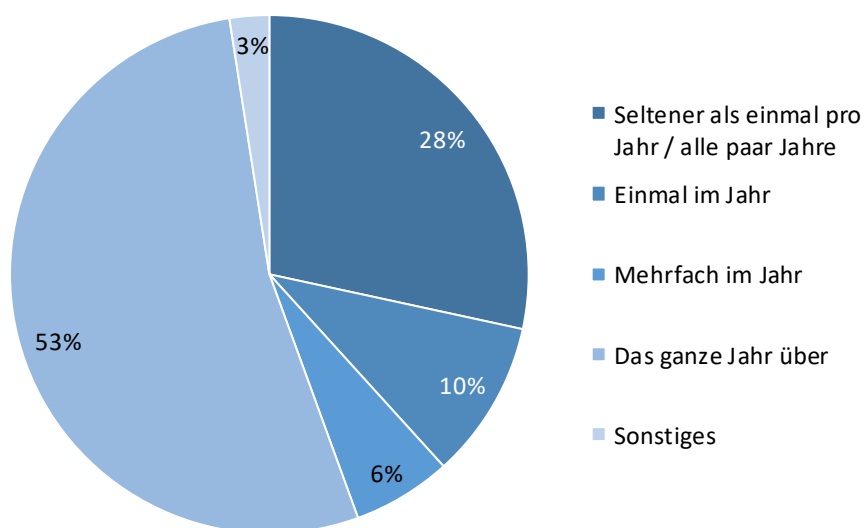
Abb. 34: Befragungszeitpunkt von psychiatrischen/ psychosomatischen Patienten

Gefragt nach der Befragungshäufigkeit zeigt sich in Übereinstimmung mit den Ergebnissen zum Befragungszeitpunkt, dass die psychiatrischen, psychosomatischen Patienten in den Häusern am häufigsten kontinuierlich befragt werden: In gut der Hälfte der Krankenhäuser erhalten alle Patienten, die in der Klinik

waren, einen Fragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen. Abteilungspsychiatrien nutzen diese Möglichkeit etwas häufiger als Einrichtungspsychiatrien. In gut einem Viertel der Häuser werden die Patienten seltener als einmal im Jahr bzw. alle paar Jahre befragt (28 %). 10 % erheben die Patientenbewertungen einmal im Jahr, 6 % der Häuser führen mehrfach im Jahr Patientenbefragungen durch (Abb. 35).

**Wie oft realisieren Sie in Ihrem Haus in der Regel Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten?
(Nur eine Antwort möglich)**

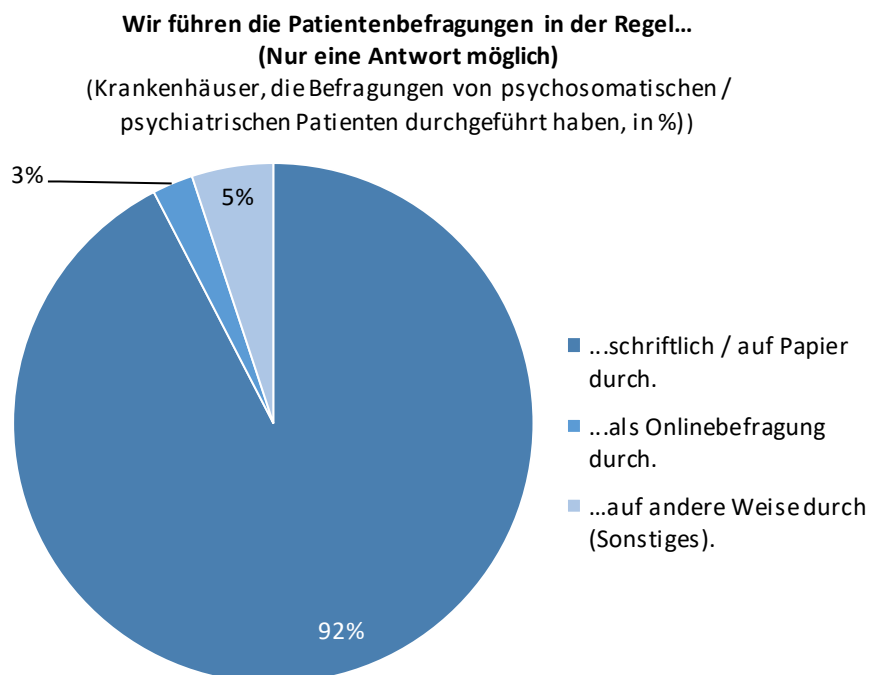
(Krankenhäuser, die Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten durchgeführt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Zeitfenster bzw. Häufigkeit von Patientenbefragungen

Die Patientenbefragungen werden mehrheitlich schriftlich, mit Hilfe von Papierfragebögen durchgeführt. Online-Befragungen oder andere Optionen, werden erwartungsgemäß noch selten genutzt (Abb. 36).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Art der Befragung

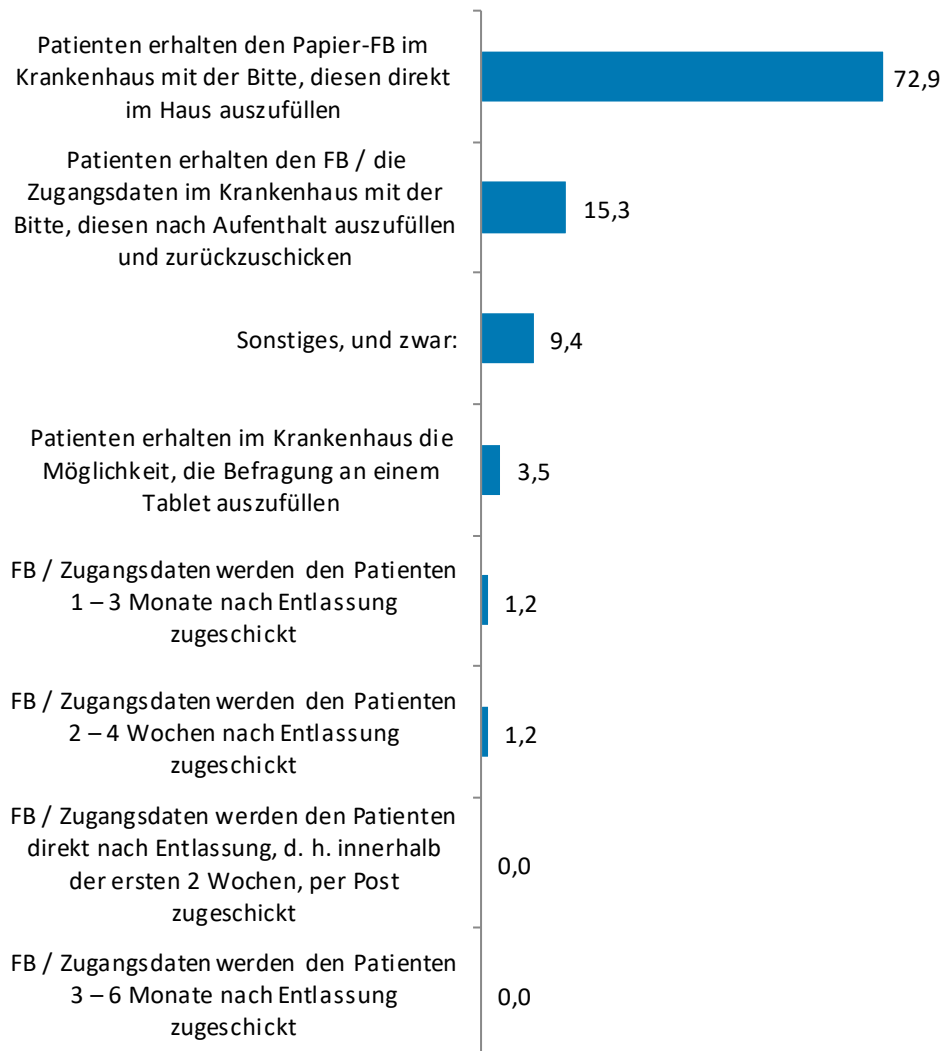
In dem größten Teil der Häuser erhalten die psychiatrischen, psychosomatischen Patienten den Papierfragebogen im Krankenhaus mit der Bitte, diesen direkt auszufüllen (73 %). Die Variante der Inhouse-Befragung wird in Abteilungspsychiatrien deutlich häufiger genutzt als in psychiatrischen Fachkliniken.

15 % der Kliniken übergeben den Patienten während des Aufenthalts den Fragebogen oder Zugangsdaten zur Befragung mit der Bitte, diesen nach Entlassung auszufüllen und zurückzuschicken. Diese Option nutzen Einrichtungspychiatrien deutlich öfter als entsprechende Stationen in Allgemeinkrankenhäusern.

Eine Zusendung der Befragungsunterlagen nach stationärem Aufenthalt findet kaum Umsetzung (Abb. 37).

Wann befragen Sie in Ihrem Haus in der Regel psychosomatische / psychiatrische Patienten bzw. wann erhalten diese den Fragebogen?

(Krankenhäuser, die Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten durchgeführt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Fragebogenübergabe bzw. Zugang zur Befragung

7.4 Einbeziehung von Angehörigen in die Befragung

Je nach Erkrankungsschwere kann es bei psychosomatischen oder psychiatrischen Patienten hilfreich und sinnvoll sein, die Angehörigen in die Befragung einzubeziehen. Hierbei stehen verschiedene Varianten zur Verfügung. Die Angehörigen können z. B. unabhängig von den Patienten ergänzend befragt werden oder sie können die Patienten bei der Befragung unterstützen.

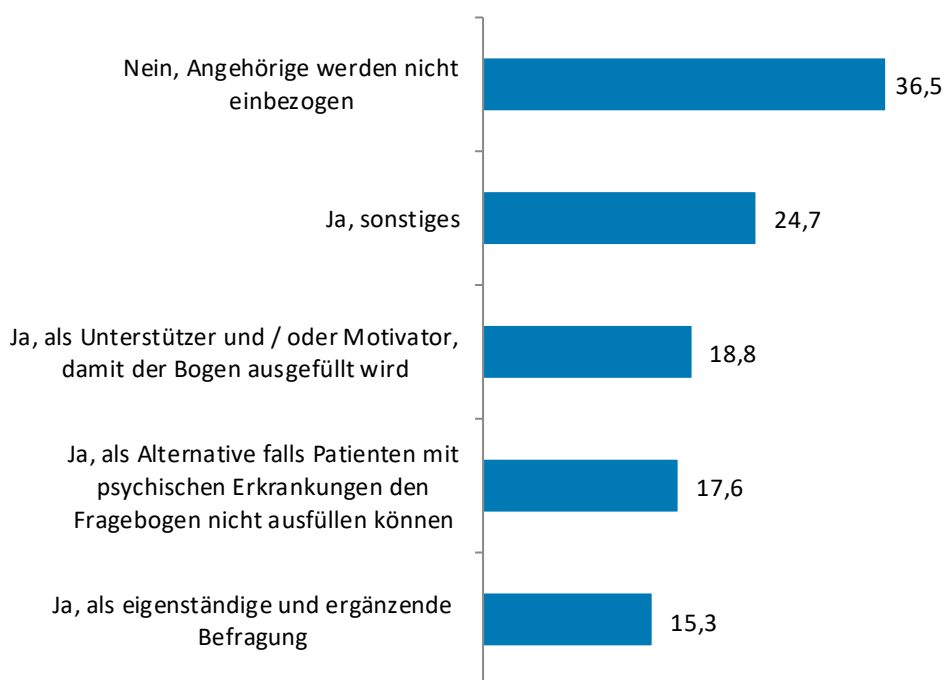
Gut ein Drittel der Häuser bezieht die Angehörigen von Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht in die Befragungen ein. Einrichtungspsychiatrien binden die Angehörigen im Rahmen von Befragungen etwas häufiger ein als Abteilungspsychiatrien.

Eigenständige Angehörigenbefragungen werden in 15 % der Kliniken realisiert, wobei dies vor allem in Einrichtungspsychiatrien umgesetzt wird. Etwas häufiger werden sie als Unterstützter oder Motivatoren herangezogen, um zu erreichen, dass die Patienten den Fragebögen ausfüllen (19 % der Häuser). Alternativ zu den Patienten, falls diese den Fragebogen nicht selbst beantworten können, werden die Angehörigen in 18 % der Kliniken befragt.

Rund ein Viertel der Häuser gibt an, dass andere Gründe für die Einbindung der Angehörigen in die Befragung vorliegen, ohne dass sie diese konkret benennen (Abb. 38).

Werden in Ihrem Haus Angehörige von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten in die Befragungen einbezogen bzw. berücksichtigt? (Mehrfachangaben möglich)

(Krankenhäuser, die Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten durchgeführt haben)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Einbeziehung von Angehörigen in die Befragungen



7.5 Ergebnisse von Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden auch bei Patienten mit psychischen Erkrankungen regelmäßig umgesetzt. Ein häufiger Kritikpunkt an Befragungen von Patienten ist, dass die Befragungsergebnisse nicht oder nicht ausreichend umgesetzt bzw. verwertet werden. Daher wurde zunächst ermittelt, was bei der letzten Befragung erfragt wurde und wie die Ergebnisse ausfielen. Die Ergebnisse werden getrennt für die Bereiche „Personal“, „Therapie, Einbeziehung und Information“ sowie „Organisation und Aufenthalt“ dargestellt.

Im Bereich des Personals wurde in nahezu allen Häusern die Versorgung durch das ärztliche und pflegerische Personal erfragt. Auf eine Einschätzung des psychologisch-psychotherapeutischen (16 %) oder des sonstigen therapeutischen Personals (12 %) verzichtete ein Teil der Häuser. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus wurde von gut einem Drittel der Häuser nicht erhoben (35 %). Die weitere Darstellung bezieht sich auf die Ergebnisse der Häuser, die die jeweiligen Aspekte erfragt haben.

Die psychosomatischen, psychiatrischen Patienten waren klinikübergreifend mit dem Bereich Personal von allen drei Bereichen am zufriedensten. Die psychisch erkrankten Patienten schätzten den Teilbereich Pflegerisches Personal von allen erfragten Aspekten am besten ein. So wurde das pflegerische Personal in knapp drei Viertel der Häuser mit „sehr gut“ bewertet. Knapp ein weiteres Viertel schätzte das Pflegepersonal mit „eher gut“ ein.

Das ärztliche, psychologisch-psychotherapeutische und sonstige therapeutische Personal wurde im Rahmen von Patientenbefragungen ebenfalls (sehr) gut bewertet. Die eher selten erfragte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus wurde von den Patienten ebenfalls (sehr) positiv eingeschätzt (Abb. 39).

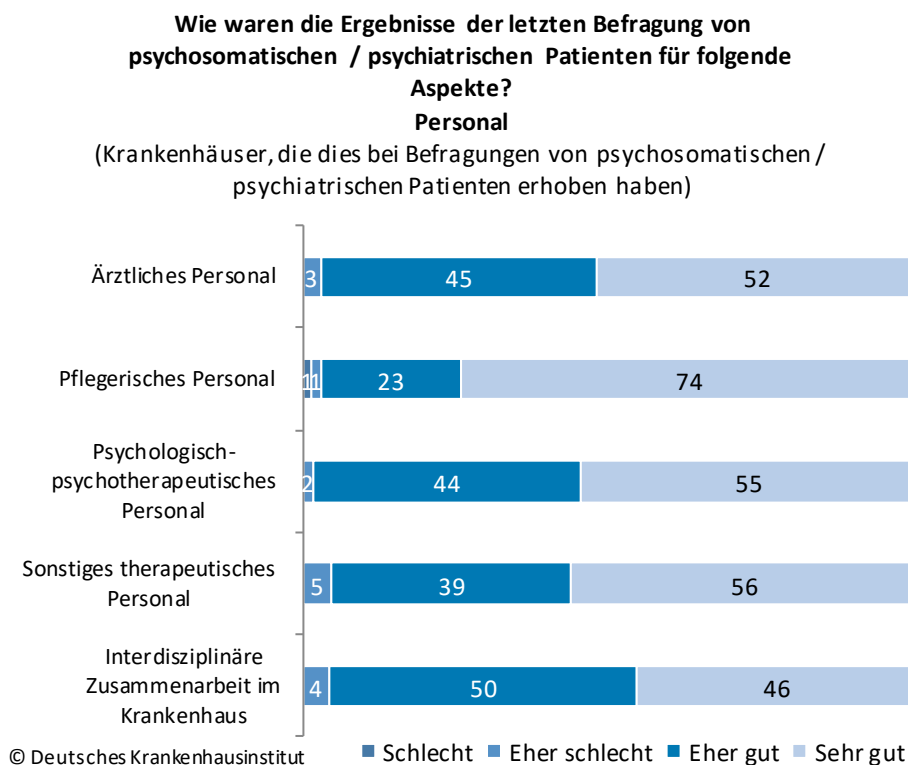


Abb. 39: Ergebnisse der letzten Patientenbefragung im Bereich Personal

Eine Einschätzung der Aspekte zu Therapie, Information und Einbeziehung erfolgte im Rahmen von Befragungen von psychosomatischen, psychiatrischen Patienten in den Häusern etwas seltener als die personellen Aspekte. Je 16 % der Häuser verzichteten auf eine Patientenbewertung des Therapieangebots oder der Vorbereitung auf die Entlassung. Knapp ein Fünftel hat die Information und Aufklärung über die Wirkung der Medikamente nicht erhoben. Eine Einschätzung der Information und Aufklärung über den Umgang mit der Erkrankung nach Entlassung (26 %) sowie der Beteiligung bzw. Einbeziehung der Patienten in die Behandlung (29 %) wurde in gut einem Viertel der Häuser nicht ermittelt. Gut die Hälfte der Häuser hat die Beteiligung und Einbeziehung der Angehörigen erfragt.

Der Bereich Therapie, Einbeziehung und Information wird in den Befragungen von psychisch erkrankten Patienten klinikübergreifend etwas schlechter bewertet als der Bereich Personal. Insgesamt wird aber auch dieser Bereich sehr positiv eingeschätzt.

Von allen erfragten Aspekten dieses Bereichs bewerten die von den Häusern befragten Patienten das Therapieangebot und die Beteiligung bzw. Einbeziehung in die Behandlung am besten.

Der Einbeziehung und Beteiligung der Angehörigen werden in Patientenbefragungen ebenfalls gute Werte bescheinigt: Ein Drittel erlebt diese als „sehr gut“, mehr als die Hälfte als „gut“. Die Information und Aufklärung über die Wirkung von Medikamenten sowie für den Umgang mit der Erkrankung nach Entlassung bewerten je rund zwei Drittel der psychosomatischen, psychiatrischen Patienten ebenso mit „gut“ wie die Vorbereitung auf die Entlassung. Zwischen 22 und 30 % der Kliniken geben an, dass ihre psychisch erkrankten Patienten diese Bereiche mit „sehr gut“ benoten (Abb. 40).

Wie waren die Ergebnisse der letzten Befragung von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten für folgende Aspekte?
Therapie, Einbeziehung und Information
 ((Krankenhäuser, die dies bei Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten erhoben

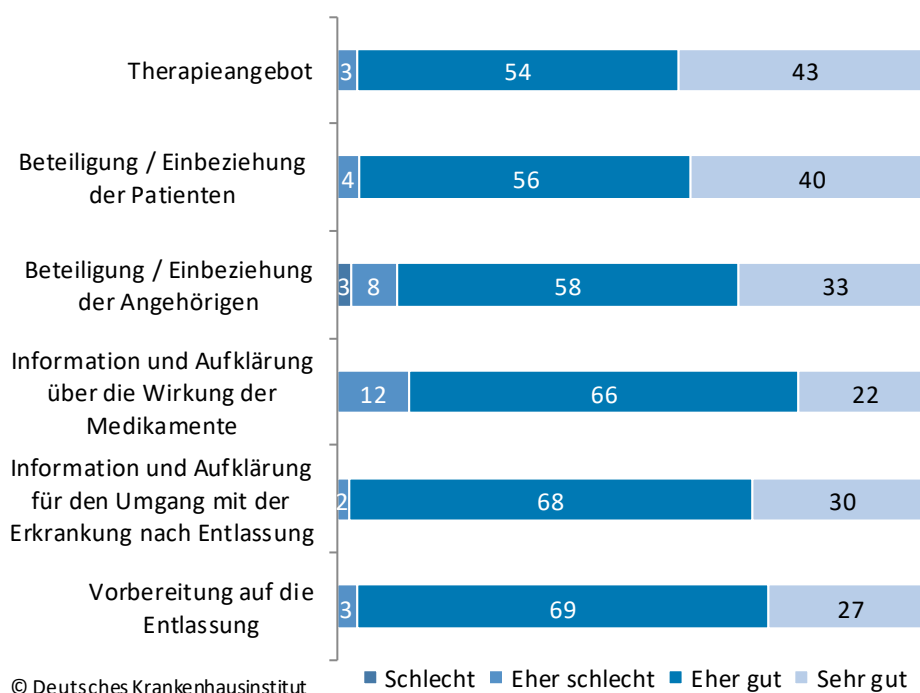


Abb. 40: Ergebnisse der letzten Patientenbefragung im Bereich Therapie, Einbeziehung und Information



Die meisten erfragten Aspekte im Bereich Organisation und Aufenthalt werden von den Häusern in ihren Befragungen der Patienten mit psychischen Erkrankungen thematisiert. Es wird lediglich z.T. auf eine Einschätzung der Räumlichkeiten (9 %) und der Strukturierung des Klinikalltags bzw. der Tagesabläufe (27 %) verzichtet.

Der Bereich Organisation und Aufenthalt schneidet in den Befragungen von psychisch erkrankten Patienten im Vergleich der drei Bereiche am schlechtesten ab. Gleichwohl wird auch dieser Bereich sehr positiv bewertet. In je rund zwei Drittel der Kliniken werden die Strukturierung des Klinikablaufs bzw. Verpflegung und Service von den psychosomatischen, psychiatrischen Patienten als „gut“ bewertet. 60 % der Häuser geben an, dass die Räumlichkeiten und 53 % der Kliniken, dass die Hygiene und Sauberkeit in den Patientenbefragungen als „gut“ eingestuft werden.

Die Räumlichkeiten werden von den Patienten gleichwohl auch in 19 % und die Verpflegung in 14 % der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien als (eher) schlecht bewertet. Diese beiden Aspekte erhalten somit von den psychiatrischen, psychosomatischen Patienten im Vergleich bei einem insgesamt sehr guten Ergebnis die schlechtesten Noten (Abb. 41).

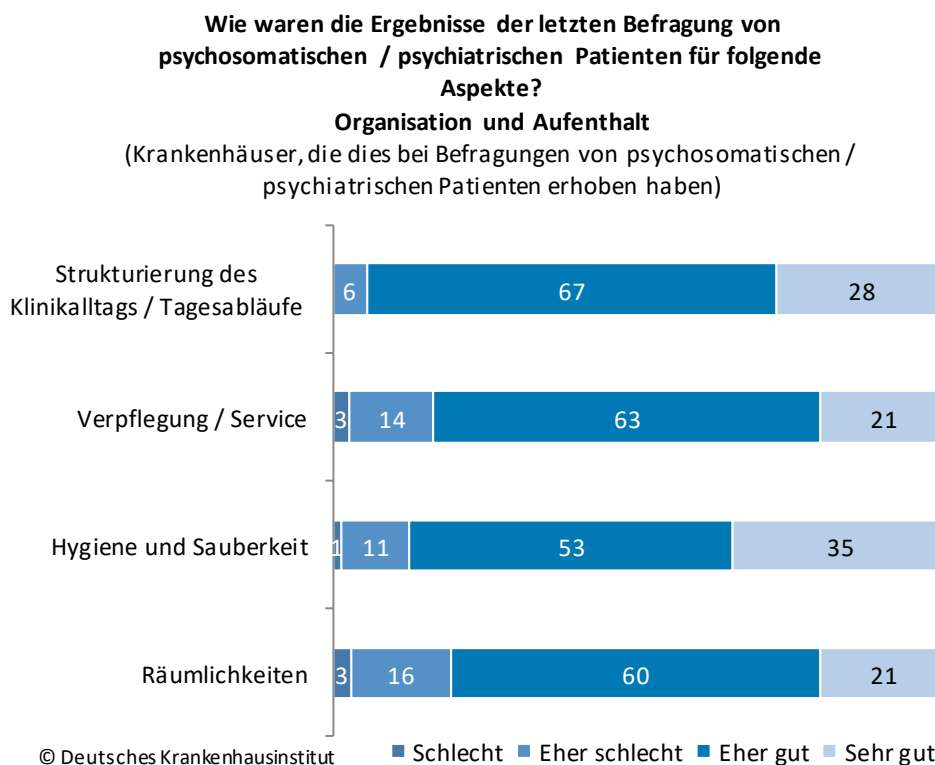


Abb. 41: Ergebnisse der letzten Patientenbefragung im Bereich Organisation und Aufenthalt

7.6 Verwertung von Patientenbefragungsergebnissen

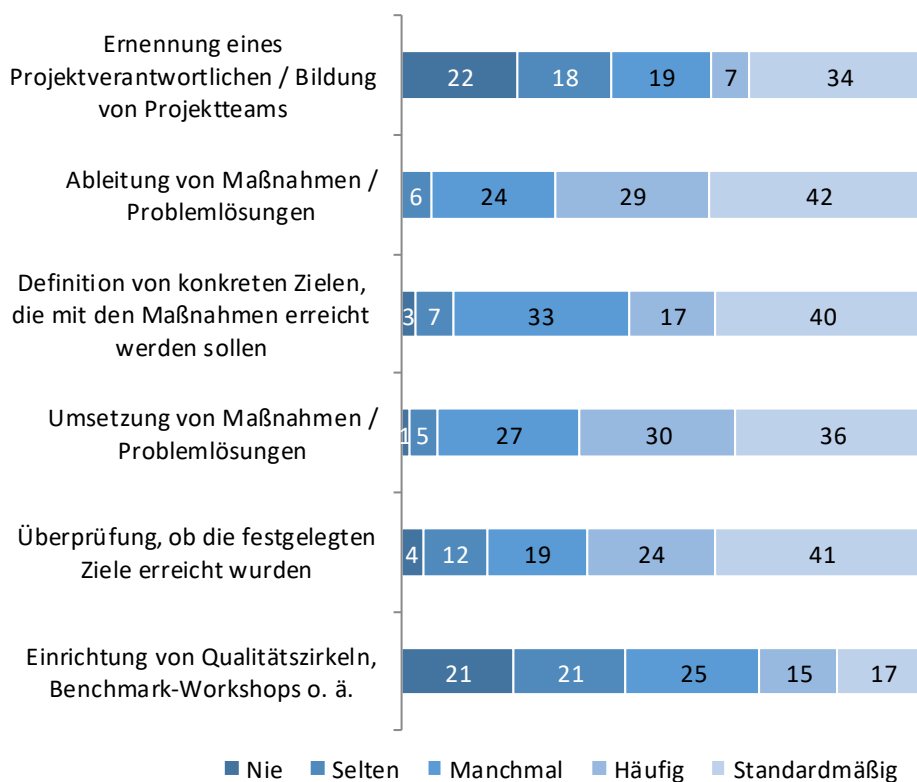
Über die Verwertung oder Umsetzung der Patientenbefragungsergebnisse kann auch die Etablierung systematischer Verbesserungsprozesse, etwa nach dem PDCA-Zyklus, Auskunft geben. Wie die Befragungsergebnisse zeigen, sind in den Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien bereits verschiedene Schritte bei der Umsetzung der Patientenbefragungsergebnisse etabliert.

Die Ableitung von Maßnahmen und Problemlösungen aufgrund der Befragungsergebnisse wird in den Häusern am häufigsten realisiert: In 71% der Kliniken ist dies häufig oder standardmäßig der Fall. Je ca. zwei Drittel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien setzen häufig oder standardmäßig Maßnahmen oder Problemlösungen um und überprüfen, ob die festgelegten Ziele erreicht wurden.

Die Definition von konkreten Zielen, die mit den Maßnahmen erreicht werden sollen, erfolgt in gut der Hälfte der Häuser. Die Ernennung eines Projektverantwortlichen bzw. die Bildung von Projektteams sowie die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Benchmark-Workshops ist in den Häusern vergleichsweise wenig verbreitet: In 41 % bzw. 32 % der Kliniken wird dies häufig oder standardmäßig realisiert (Abb. 42).

Inwieweit haben Sie in Ihrem Krankenhaus bei der letzten Patientenbefragung von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten folgende Schritte bei der Umsetzung der Ergebnisse unternommen?

(Krankenhäuser, die dies Befragungen von psychosomatischen / psychiatrischen Patienten erhoben haben)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 42: Realisierungsgrad verschiedener Schritte bei der Umsetzung von Patientenbefragungsergebnissen



7.7 Gründe für den Verzicht auf Befragungen

Patientenbefragungen sind in Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien weit, wenn auch etwas seltener als in Allgemeinhäusern, verbreitet, wie die Ergebnisse des PSYCHIATRIE BAROMETERS 2018/2019 zeigen können. Von daher ist es interessant zu erfahren, was mögliche Gründe sein könnten, auf Befragungen von psychosomatischen, psychiatrischen Patienten zu verzichten. Alle Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien, auch diejenigen, die selbst keine Befragungen realisieren, wurden gebeten, mögliche Argumente für einen Verzicht einzuschätzen.

Prioritär wurden von den Häusern Gründe benannt, die sich auf die zu befragende Patientengruppe beziehen. Aus ihrer Sicht verzichteten Kliniken auf die Erhebung der Patientenmeinung, weil die Patienten Klientel gar nicht oder schwer zu befragen sei (zutreffend: 60 %), die Response schlecht sei (zutreffend: 56 %) und die Durchführung bei psychosomatischen und psychiatrischen Patienten zu aufwendig sei (zutreffend: 48 %).

Keine Verwertung der Ergebnisse von früheren Befragungen benennt knapp die Hälfte und einen unklaren Nutzen benennen 41 % der Häuser als möglichen Grund, auf Patientenbefragungen zu verzichten.

Zu hohe Kosten, eine zu aufwendige Fragebogenentwicklung oder nicht aussagekräftige Fragebogen sind für je knapp ein Drittel der Häuser keine Argumente, die Meinung der psychosomatischen, psychiatrischen Patienten nicht zu erheben. Ebenso stellen negative Patientenrückmeldungen oder die fehlende Unterstützung durch Externe für die Kliniken keine Gründe dar, ihre psychosomatischen, psychiatrischen Patienten nicht zu befragen (Abb. 43).

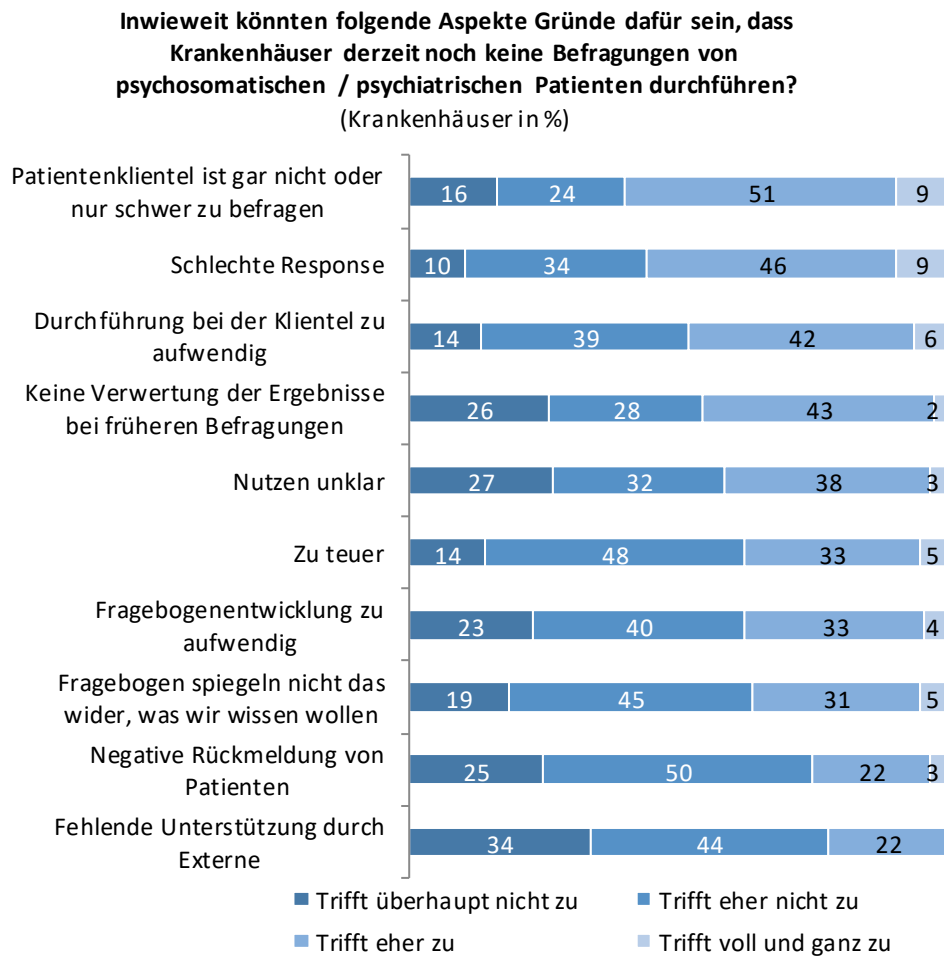


Abb. 43: Mögliche Gründe, keine Befragung von psychosomatischen, psychiatrischen Patienten durchzuführen

In Abteilungspsychiatrien spielen ein unklarer Nutzen, fehlende Unterstützung durch Externe sowie zu wenig auf ihre Bedürfnisse fokussierte Fragebogen häufiger eine Rolle beim Verzicht auf Patientenbefragungen als in Fachkliniken.



Literaturverzeichnis

Deutsches Krankenhausinstitut (2014) Krankenhaus Barometer. Düsseldorf: DKI. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2014.pdf

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. www.dnqp.de

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit. (DVSG, 2015). Berlin: DVSG