

# Psychiatrie Barometer

Umfrage 2017 / 2018

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT**



**PSYCHIATRIE BAROMETER 2017/2018**

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

Düsseldorf, Juni 2018



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>WIRTSCHAFTLICHE LAGE</b> .....	<b>6</b>
2.1	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION .....	6
2.2	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN.....	7
<b>3</b>	<b>INVESTITIONSFINANZIERUNG IN DER PSYCHIATRIE</b> .....	<b>8</b>
3.1	INVESTITIONEN 2016 .....	8
3.2	HERKUNFT DER INVESTITIONEN .....	9
3.3	VERWENDUNG DER INVESTITIONEN .....	10
3.4	GEWINNMARGEN FÜR INVESTITIONEN .....	11
<b>4</b>	<b>STELLENBESETZUNGSPROBLEME</b> .....	<b>15</b>
4.1	ÄRZTLICHER DIENST.....	15
4.2	PFLEGEDIENST.....	17
4.3	SONSTIGE BERUFSGRUPPEN.....	19
4.4	EINSATZ VON HONORARKRÄFTEN.....	20
4.5	ÄRZTE UND PFLEGEKRÄFTE AUS DEM AUSLAND .....	21
<b>5</b>	<b>SKILL MIX</b> .....	<b>23</b>
5.1	ÄRZTLICHER DIENST.....	23
5.2	PFLEGEDIENST.....	25
5.3	SONSTIGE BERUFE .....	27
5.4	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG.....	29
<b>6</b>	<b>AKADEMISIERUNG DER PFLEGE</b> .....	<b>32</b>
6.1	BEDARF AN AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTEN.....	33
6.2	EINSATZ VON AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTEN .....	34
6.3	ANZAHL AKADEMISierter PFLEGEKRÄFTE .....	35
6.4	ARBEITSBEREICHE VON AKADEMISIERTEN PFLEGEKRÄFTEN.....	35
<b>7</b>	<b>VERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN UND ASYLBEWERBERN</b> .....	<b>38</b>
7.1	BESTANDSAUFNAHME .....	39
7.2	HERAUSFORDERUNGEN .....	41
7.3	ERGRIFFENE MAßNAHMEN .....	44
7.4	FINANZIERUNG VON DOLMETSCHERN .....	49
7.5	FINANZIERUNG ALLGEMEIN.....	50
7.6	KOOPERATIONEN.....	54

<b>8</b>	<b>MDK-PRÜFUNGEN</b> .....	<b>56</b>
8.1	ANWENDUNG DER PAUSCHALIERENDEN ENTGELTE FÜR DIE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK (PEPP).....	56
8.2	ÜBERBLICK ÜBER DIE PRÜFVERFAHRENSVEREINBARUNG.....	57
8.3	ENTWICKLUNG DER MDK-PRÜFUNGEN ZWISCHEN 2014 UND 2016.....	60
8.4	PRÜFANLÄSSE DER MDK-PRÜFUNGEN.....	62
8.5	DURCHFÜHRUNG DER MDK-PRÜFUNGEN .....	65
8.6	ERLÖSVERLUSTE DURCH DIE MDK-PRÜFUNGEN .....	66
8.7	BEARBEITUNGSAUFWAND EINER MDK-PRÜFUNG .....	69
<b>9</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>70</b>





## 1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2017/2018 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](http://www.dki.de)).

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2017/18 beruhen auf einer Vollerhebung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von Oktober 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 104 Einrichtungen.

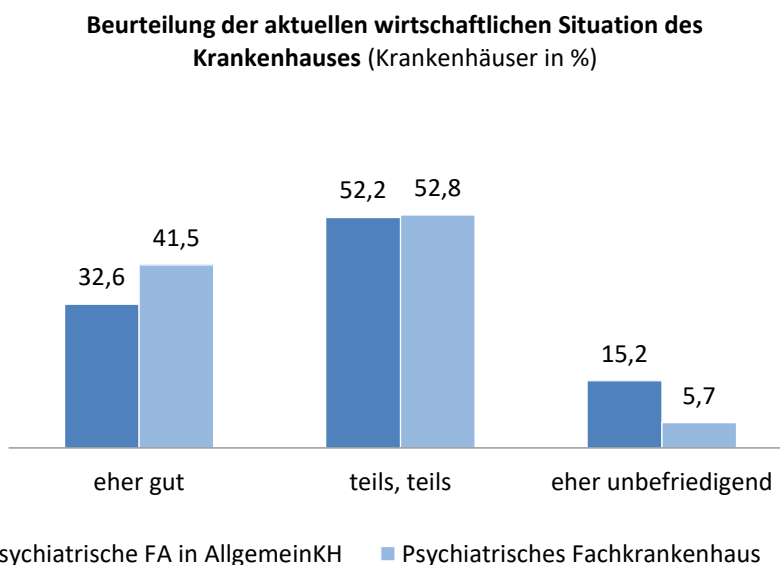
Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

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 2017/2018 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.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 1: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation**

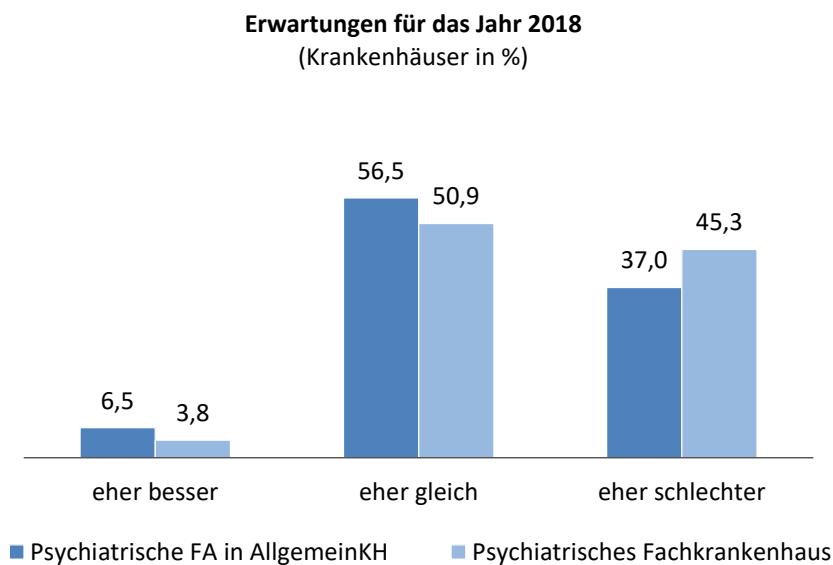
33 % der Abteilungspsychiatrien schätzten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut und 15 % diese als eher unbefriedigend ein. Von den Einrichtungspsychiatrien bewerteten 42 % ihre wirtschaftliche Situation als eher gut und 6 % als unbefriedigend. Jeweils gut die Hälfte der Einrichtungen bei beiden Krankenhaustypen war in dieser Hinsicht unentschieden.

Im Vergleich zum Jahr 2015 hat sich das Geschäftsklima in den Psychiatrien merklich verschlechtert. Seinerzeit beurteilten noch 56 % der psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und 61 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als gut.



## 2.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Schließlich sollten sich die Befragten auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2018 äußern (Abb. 2). Jeweils gut die Hälfte der psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sowie der psychiatrischen Fachkrankenhäuser erwartet keine Veränderung ihrer wirtschaftlichen Lage für das Jahr 2018. 45 % der Einrichtungspsychiatrien und 37 % der Abteilungspsychiatrien gehen von einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation in 2018 aus. Nur jeweils wenige Einrichtungen bei beiden Krankenhaustypen erwarten eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Wirtschaftliche Erwartungen für das Jahr 2018



### 3 Investitionsfinanzierung in der Psychiatrie

#### 3.1 Investitionen 2016

Die derzeitige staatliche Investitionsfinanzierung basiert auf den §§ 4 ff. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Bundesländer sind danach – ergänzend zur Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen – für die Investitionsförderung verantwortlich. Die zur Verfügung stehenden öffentlichen Fördermittel nach KHG reichen gleichwohl nicht aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu finanzieren. Für somatische bzw. Allgemeinkrankenhäuser konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass nur rund die Hälfte der tatsächlich getätigten Investitionen über die öffentliche Förderung abgedeckt sind (vgl. BDO/DKI 2015, DKI, 2010).

Diesbezügliche Daten speziell für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser lagen bislang nicht vor und werden im aktuellen PSYCHIATRIE BAROMETER erstmalig erhoben. Die psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern finden dementsprechend im Folgenden keine Berücksichtigung.

Für das Jahr 2016 sollten sich die psychiatrischen Fachkrankenhäuser zur Höhe ihrer Investitionen äußern, konkret die Gesamtsumme beziffern, die das psychiatrische Fachkrankenhaus im Jahr 2016 für immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen insgesamt verwandt hat. Die Investitionssumme war als Zugänge laut Anlagennachweis des Krankenhauses (ohne Finanzanlagen) definiert.

2016 haben die psychiatrischen Fachkrankenhäuser im Mittel (Median) 1,1 Mio. € pro Haus im definierten Sinne investiert (Tab. 1). Allerdings fällt die Streuung des Investitionsvolumens relativ groß aus. In jeweils einem Viertel der Häuser betrug die Investitionssumme 200 Tsd. € oder weniger (unterer Quartilswert) bzw. 3,7 Mio. € oder mehr (oberer Quartilswert).

Aus naheliegenden Gründen hängt das Investitionsvolumen von der Krankenhausgröße ab. Um diesen Effekt zu kontrollieren, wurde deswegen die jeweilige Investitionssumme auf die Anzahl der Planbetten je psychiatrischem Fachkrankenhaus bezogen. Allerdings resultiert auch bei den standardisierten Werten eine große Varianz der Ergebnisse (Tab. 1).





Im Mittel (Median) über alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser betrug das Investitionsvolumen 4.100 € je Planbett. Der untere Quartilswert lag bei 1.533 € und der obere Quartilswert bei 13.426 €.<sup>1</sup>

**Tab. 1: Investitionen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern in 2016**

	Investitionen pro KH insgesamt in 2016	Investitionen pro KH und Bett in 2016
<b>Unteres Quartil</b>	200.000 €	1.533 €
<b>Median</b>	1.105.000 €	4.100 €
<b>Oberes Quartil</b>	3.726.000 €	13.426 €

### 3.2 Herkunft der Investitionen

Für das Jahr 2016 sollten die psychiatrischen Fachkrankenhäuser die Herkunft ihrer Investitionsmittel beziffern. Dabei war zwischen verschiedenen Finanzierungsquellen zu unterscheiden. Die entsprechende prozentuale Verteilung kann der Abb. 3 entnommen werden.<sup>2</sup>

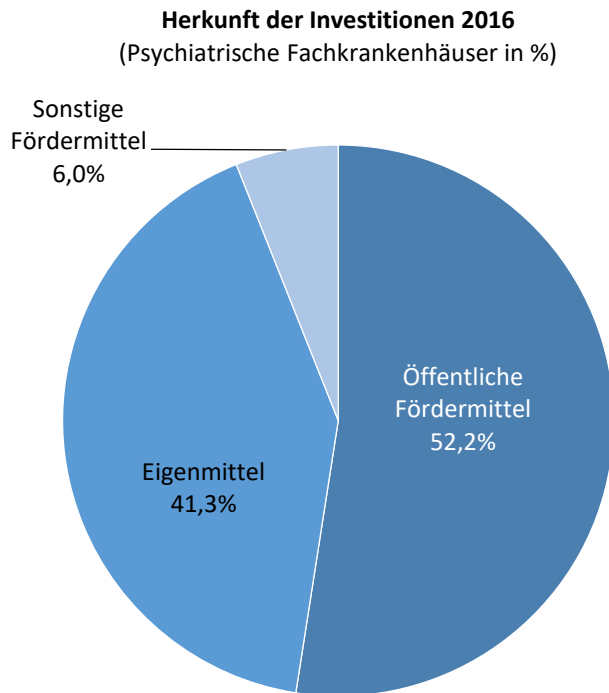
Nur jeder zweite Euro für Investitionen stammt aus öffentlichen Fördermitteln. Vom gesamten Investitionsvolumen psychiatrischer Fachkrankenhäuser wird nur gut die Hälfte (52 %) im Wege öffentlicher Förderung gemäß den §§ 4 ff. KHG finanziert (Summe von Einzel- und Pauschalförderung, ggf. inklusive Baupauschalen).<sup>3</sup>

Die übrigen Investitionen müssen anderweitig finanziert werden. 41 % stammen direkt (z. B. Wahlleistungserlöse, Überschüsse aus Leistungsentgelten) oder indirekt (Kreditfinanzierung) aus Eigenmitteln des Krankenhauses. Der Rest entfällt auf andere Finanzierungsquellen (Trägerzuschüsse, Fördervereine, Spenden etc.).

<sup>1</sup> Zum Vergleich: In den somatischen bzw. Allgemeinkrankenhäusern lag das mittlere Investitionsvolumen je Bett bei rund 12 Tsd. € (vgl. BDO/DKI, 2015).

<sup>2</sup> Infolge nicht durchgängig konsistenter Angaben weichen die Prozentwerte in der Summe leicht vom Erwartungswert von 100 % ab.

<sup>3</sup> Zum Vergleich: In den somatischen bzw. Allgemeinkrankenhäusern war der Anteil öffentlicher Fördermittel mit 51 % faktisch identisch (vgl. BDO/DKI, 2015).



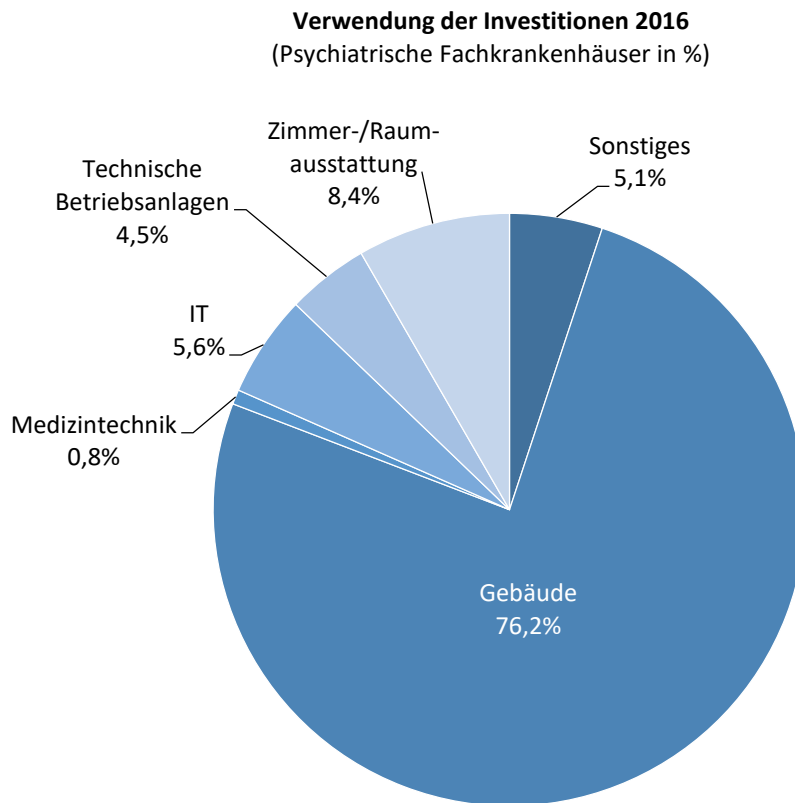
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 3: Herkunft der Investitionen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern in 2016**

### 3.3 Verwendung der Investitionen

Die psychiatrischen Krankenhäuser sollten des Weiteren angeben, für welche Bereiche sie die Investitionsmittel im Jahr 2016 verwendet haben, konkret wie viel Prozent der Investitionsmittel sie für Gebäude, IT, technische Betriebsanlagen etc. genutzt haben. Die entsprechende prozentuale Verteilung kann Abb. 4 entnommen werden.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Infolge nicht durchgängig konsistenter Angaben weichen die Prozentwerte in der Summe leicht vom Erwartungswert von 100 % ab.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 4: Verwendung der Investitionen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern in 2016**

Den überwiegenden Teil der Investitionsmittel (76 %) gaben die Häuser demnach für den Neu- oder Umbau von Gebäuden aus. Auf die Zimmer- und Raumausstattung entfielen weitere 8 %. Für IT (Hard- und Software) und technische Betriebsanlagen wurden jeweils rund 5 % des Investitionsvolumens ausgegeben. Investitionen in Medizintechnik spielen in der Psychiatrie mit einem Investitionsanteil von 1 % hingegen keine Rolle.<sup>5</sup>

### 3.4 Gewinnmargen für Investitionen

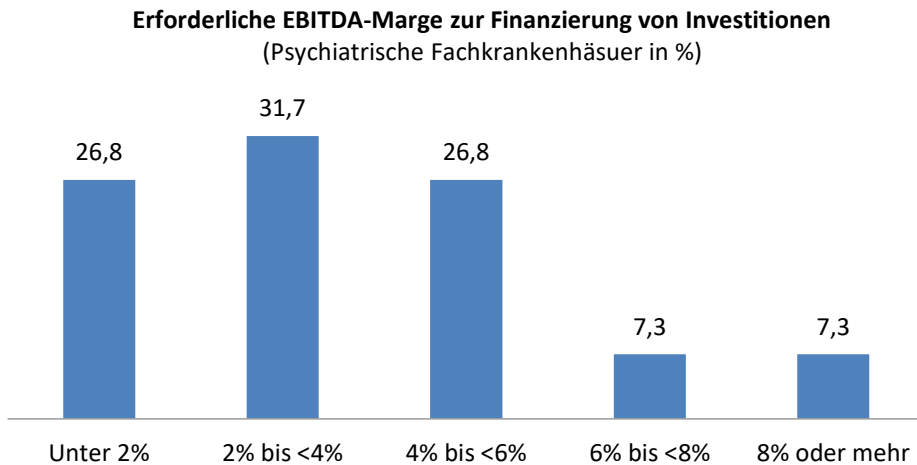
Nur rund die Hälfte der tatsächlich getätigten Investitionen in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern stammt aus öffentlichen Fördermitteln. Den Rest müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. Allein zur Finanzierung der

<sup>5</sup> Zum Vergleich: In den somatischen bzw. Allgemeinkrankenhäusern lag der Anteil für Medizintechnik bei 29%, für Gebäude bei 55 % und für IT bei 9 % (vgl. BDO/DKI, 2015).

erforderlichen Investitionen müssen sie daher eine bestimmte Rendite erwirtschaften.

Wie hoch diese ausfallen muss, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können, sollten die Befragten anhand des operativen Gewinns oder der EBITDA-Marge (Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen) beziffern.

Demnach benötigt knapp ein Drittel der psychiatrischen Fachkrankenhäuser (32 %) eine EBITDA-Marge von 2 % – 4 %, um die erforderlichen Investitionen finanzieren zu können. Jeweils 27 % der Häuser braucht zu diesem Zweck eine EBITDA-Marge von bis zu 2 % bzw. von 4 % bis 6 % (Abb. 5).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 5: Erforderliche EBITDA-Marge in psychiatrischen Fachkrankenhäusern**

Kumuliert ist in gut drei Vierteln der Häuser eine EBITDA-Marge von mindestens 2 % erforderlich, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können.<sup>6</sup>

Angesichts der zur Eigenmittelfinanzierung von Investitionen nötigen Renditen stellt sich die Frage, inwieweit die psychiatrischen Fachkrankenhäuser ihre

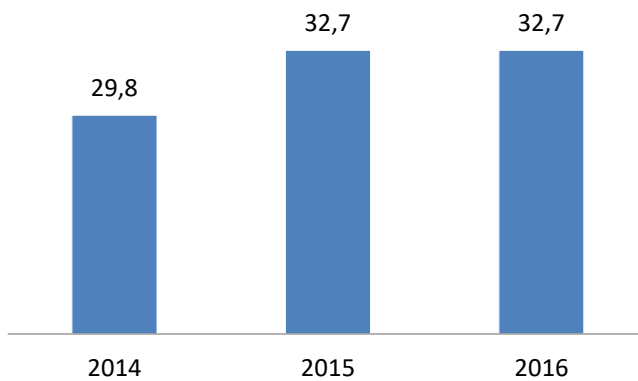
<sup>6</sup> Zum Vergleich: In den somatischen bzw. Allgemeinkrankenhäusern benötigen rund drei Viertel der Häuser eine EBITDA-Marge von mindestens 4 % zur Refinanzierung ihrer Investitionskosten (vgl. BDO/DKI, 2015).



erforderliche EBITDA-Marge regelmäßig erreichen bzw. auch künftig erreichen werden.

In den Jahren 2014 – 2016 reichten die operativen Gewinne der psychiatrischen Fachkrankenhäuser zumeist nicht aus, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen decken zu können (Abb. 6). In diesen Jahren erreichte jeweils nur rund ein Drittel der Häuser ihre erforderliche EBITDA-Marge.

**Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung von Investitionen**  
(Psychiatrische Fachkrankenhäuser in %)



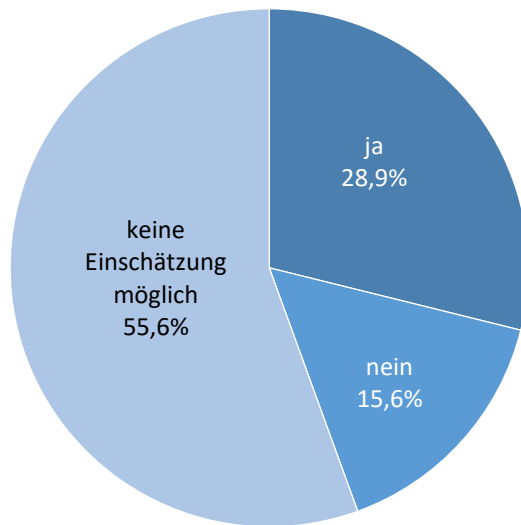
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 6: Ausreichende EBITDA-Marge in psychiatrischen Fachkrankenhäusern**

Nur 29 % der Häuser glauben, ausreichend Potenzial zu haben, um die jeweils erforderliche EBITDA-Marge in den nächsten fünf Jahren regelmäßig zu erreichen. 16 % der Befragungsteilnehmer erwarten dies nicht. Die Mehrzahl der Befragten (56 %) konnte hierzu noch keine Angaben machen (Abb. 7).



**Ausreichendes Potenzial für erforderliche EBITDA-Marge zur  
Finanzierung von Investitionen in den nächsten 5 Jahren**  
(Psychiatrische Fachkrankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 7: Potenzial für das Erreichen der erforderlichen EBITDA-Marge in psychiatrischen Fachkrankenhäusern**



## 4 Stellenbesetzungsprobleme

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

Der Fachkräftemangel wird im PSYCHIatrie Barometer also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen.

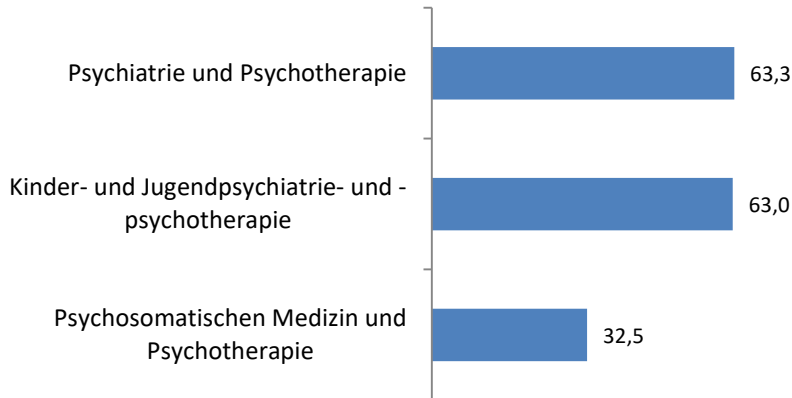
### 4.1 Ärztlicher Dienst

Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst der befragten Einrichtungen dargestellt. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das jeweilige Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt Ende 2017 Probleme hatte, offene Arztstellen zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

Dabei wird zwischen Ärzten in der Psychiatrie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie unterschieden. Auf eine weitere Unterteilung nach Krankentyp (Einrichtungs- versus Abteilungspsychiatrien) wird wegen der teilweise kleinen Fallzahlen verzichtet.

Am stärksten vom Ärztemangel betroffen sind die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie. Hier gaben jeweils 63 % der Befragungsteilnehmer an, offene Arztstellen nicht besetzen zu können. Verglichen damit fallen die Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit 33 % betroffener Einrichtungen geringer aus (Abb. 8).

**Stellenbesetzungsprobleme in Ärztlichen Dienst 2017**  
(Krankenhäuser in %)

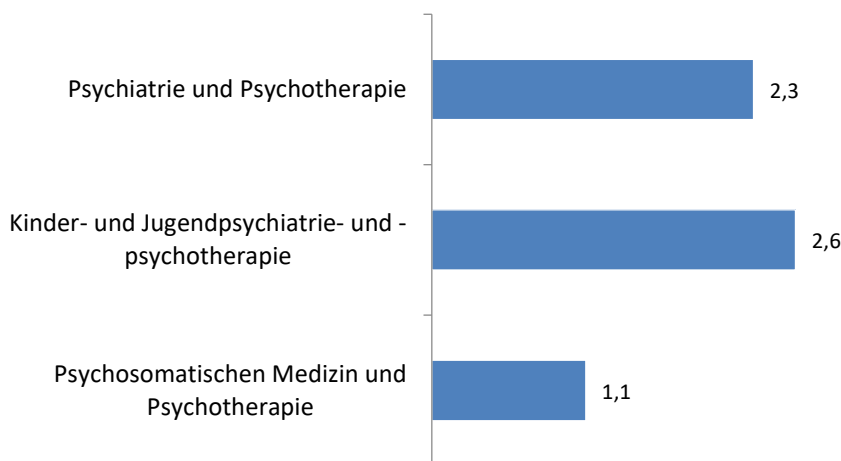


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 8: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst 2017**

Die Krankenhäuser oder Abteilungen mit Personalmangel im Ärztlichen Dienst der Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten im Mittel jeweils rund zweieinhalb Vollkraftstellen nicht besetzen. In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie war bei Stellenbesetzungsproblemen im Mittel gut eine Vollkraftstelle vakant (Abb. 9).

**Nicht besetzte Arztstellen 2017 in VK**  
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbestzungsproblemem)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 9: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst 2017**





Bezogen auf die Gesamtzahl der aktuellen Vollkraftstellen in den betroffenen Einrichtungen konnten die Häuser oder Abteilungen mit Stellenbesetzungsproblemen in der Erwachsenenpsychiatrie insgesamt rund 9 % ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen.

Besonders dramatisch ist die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie. Hier konnte in den betroffenen Einrichtungen jede fünfte Arztstelle nicht besetzt werden.<sup>7</sup>

Über alle erfassten Fachbereiche sind offene Stellen im Ärztlichen Dienst im Mittel knapp drei Monate unbesetzt.

## 4.2 Pflegedienst

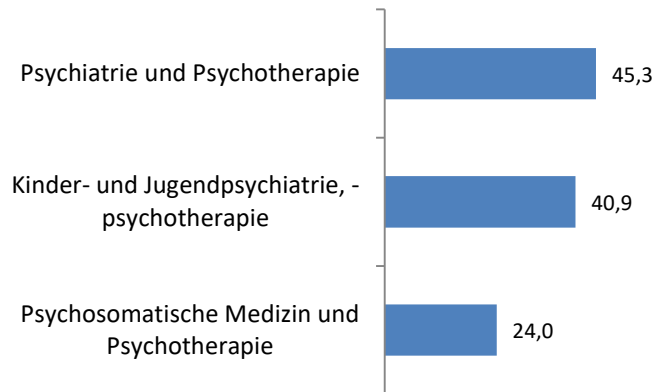
Analog zum Ärztlichen Dienst wurde auch für den Pflegedienst nach Stellenbesetzungsproblemen und der Anzahl der offenen Stellen, jeweils differenziert nach Fachgebieten, gefragt.

45 % der Krankenhäuser und Abteilungen in der Psychiatrie und Psychotherapie, 41 % der Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie sowie 24 % in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen (Abb. 10).

---

<sup>7</sup> Für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde die entsprechende Anzahl der vorgehaltenen Arztstellen nicht erhoben, so dass hier keine Angaben zum Anteil der unbesetzten Stellen gemacht werden können.

**Stellenbesetzungsprobleme in Pflegedienst 2017**  
(Krankenhäuser in %)

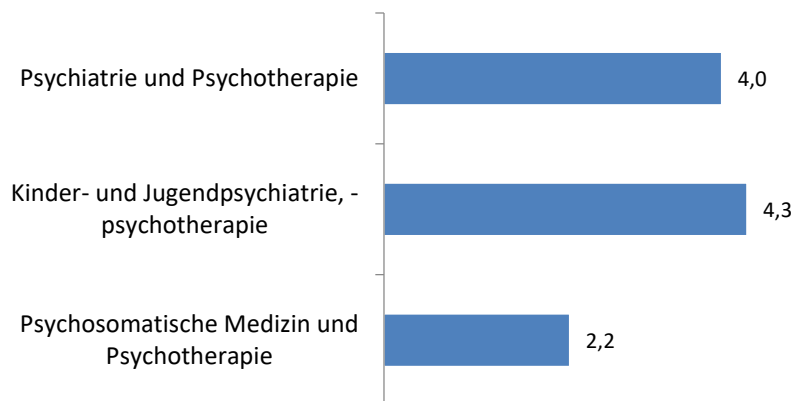


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 10: Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst 2017**

Im Mittel bleiben in den betroffenen Bereichen jeweils rund vier Stellen (Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie) bzw. gut zwei Stellen (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) unbesetzt (Abb. 11).

**Nicht besetzte Pflegestellen 2017 in VK**  
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbestzungsproblemem)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 11: Nicht besetzte Stellen im Pflegedienst 2017**

Bezogen auf die Gesamtzahl der aktuellen Vollkraftstellen in den betroffenen Einrichtungen konnten die Häuser oder Abteilungen mit Stellenbesetzungsproblemen in der Erwachsenenpsychiatrie insgesamt rund 3 % ihrer Stellen im

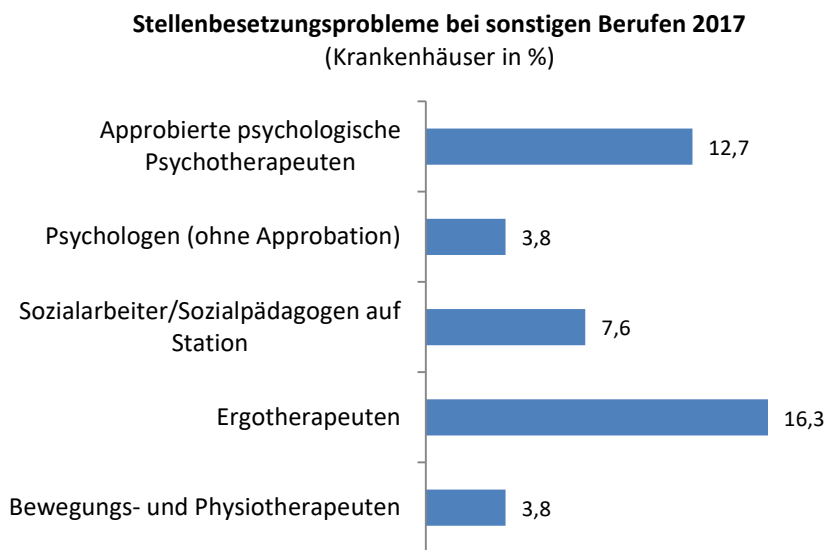
Pflegedienst nicht besetzen. Im Pflegedienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt der entsprechende Anteilswert mit 7 % abermals merklich größer aus.

Über alle erfassten Fachbereiche sind offene Stellen im Pflegedienst im Mittel knapp vier Monate unbesetzt.

### 4.3 Sonstige Berufsgruppen

Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst und zum Pflegedienst fallen die Stellenbesetzungsprobleme in den anderen patientennahen Berufen im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatik merklich niedriger aus (Abb. 12).

So haben 13 % der Befragten Probleme, offene Stellen für approbierte psychologische Psychotherapeuten zu besetzen. Bei den übrigen erfassten Berufsgruppen liegt der Anteil der Einrichtungen mit Stellenvakanzen bei 4 % (Psychologen ohne Approbation), 8 % (Sozialarbeiter/Sozialpädagogen auf Station), 16% (Ergotherapeuten) und 4 % (Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten).



© Deutsches Krankenhausinstitut

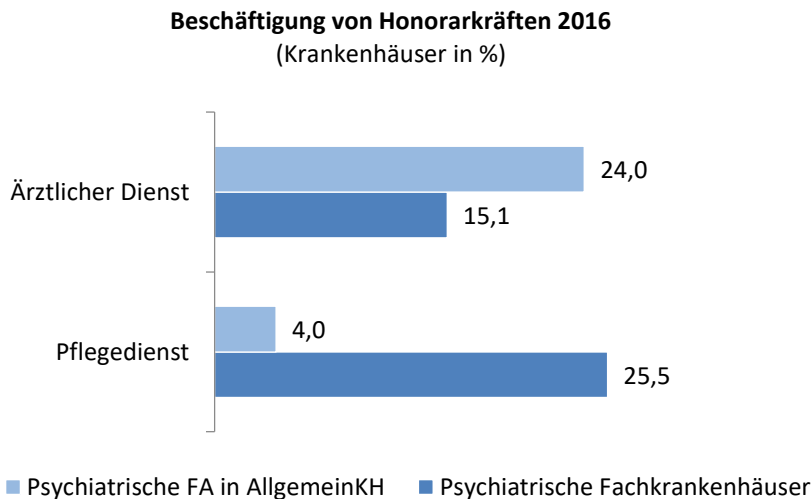
**Abb. 12: Stellenbesetzungsprobleme bei sonstigen Berufsgruppen 2017**

In den, wenngleich wenigen betroffenen Bereichen, sind jeweils 1 bis 2 Vollkraftstellen unbesetzt. Relativ gesehen, fallen infolge der kleineren Basen die

Anteilswerte für unbesetzte Stellen an den jeweiligen Vollkraftstellen je Berufsgruppe insgesamt etwas höher aus als im Ärztlichen und Pflegedienst (Ergebnisse nicht dargestellt).<sup>8</sup>

#### 4.4 Einsatz von Honorarkräften

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen findet, kann es ggf. auf Honorarkräfte zurückgreifen (z. B. über Personalagenturen). Für den Ärztlichen und Pflegedienst sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit dies der Fall ist (Abb. 13).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 13: Einsatz von Honorarkräften 2016**

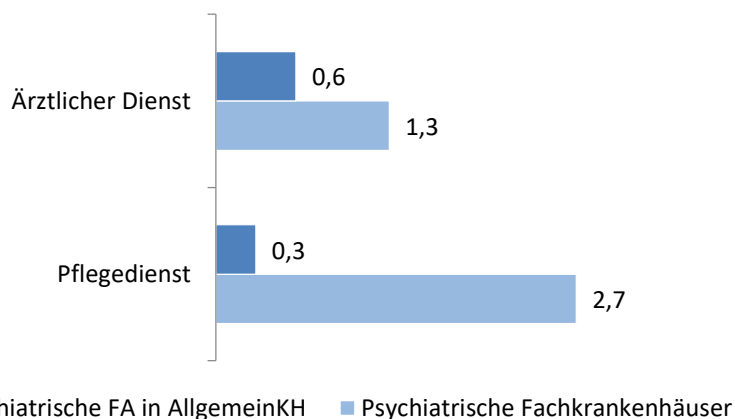
Im Jahr 2016 haben 24 % der Abteilungspsychiatrien und 15 % der Einrichtungspsychiatrien Honorarärzte beschäftigt. Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne eigene Praxis bzw. ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen Honorar im Krankenhaus tätig sind. Davon zu unterscheiden sind honorarärztlich tätige Ärzte, die neben ihrer eigenen Praxis oder Tätigkeit als angestellter Arzt gegen Honorar im Krankenhaus arbeiten.

<sup>8</sup> Die Dauer der Stellenvakanzen wurde bei den sonstigen Berufen nicht erfragt.

Im Pflegedienst kommen Honorarkräfte (Zeitarbeit) dagegen vor allem in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern zum Einsatz. Hier hat jedes vierte Krankenhaus (26 %) Pflegekräfte entsprechend beschäftigt. In den Allgemeinkrankenhäusern war dies in nur 4 % der psychiatrischen Fachabteilungen der Fall.

Über den bloßen Einsatz von Honorarkräften hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Honorarkräfte sie umgerechnet in Vollkräften in ihrem Krankenhaus im Jahr 2016 im Jahresdurchschnitt beschäftigt haben (Abb. 14). Demnach entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von im Mittel gut einer halben Vollkraft pro Abteilungspsychiatrie und 1,3 Vollzeitäquivalenten in den Einrichtungspsychiatrien. Die entsprechenden Werte für den Pflegedienst lauten 0,3 Vollzeitäquivalente (Abteilungspsychiatrien) und 2,7 Vollzeitäquivalente (Einrichtungspsychiatrien).

**Vollzeitäquivalente an Honorarkräften in 2016**  
(Mittelwerte pro Krankenhaus mit Honorarkräften)



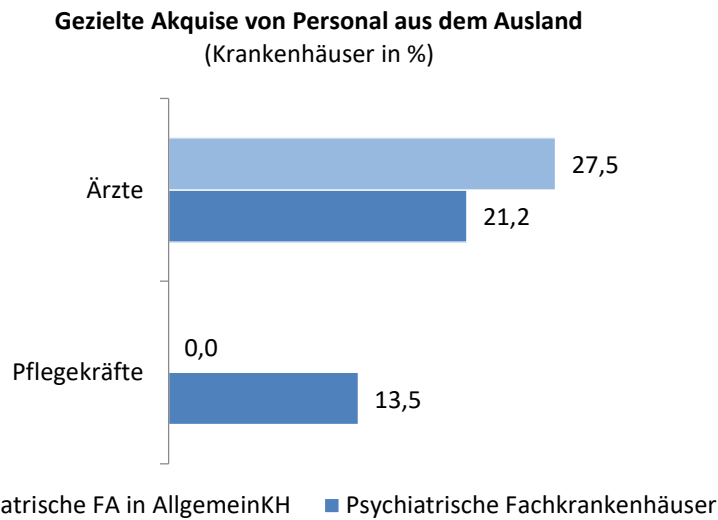
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 14: Vollzeitäquivalente an Honorarkräften in 2016**

#### 4.5 Ärzte und Pflegekräfte aus dem Ausland

Eine Möglichkeit, Stellenbesetzungsprobleme zu beheben, besteht in der Anwerbung und Einstellung von Ärzten und Pflegekräften aus dem Ausland. Deswegen wurden die Krankenhäuser im diesjährigen PSYCHIATRIE Barometer nach der diesbezüglichen Praxis befragt.

Demnach gaben 27 % der Abteilungspsychiatrien und 21 % der Einrichtungspsychiatrien an, aktuell Ärzte aus dem Ausland gezielt zu akquirieren, um Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Darüber hinaus führten auch 14 % der Einrichtungspsychiatrien die gezielte Akquise ausländischer Pflegekräfte an, während keine Abteilungspsychiatrie in der Stichprobe Pflegekräfte aus dem Ausland akquiriert (Abb. 15).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 15: Akquise von Personal aus dem Ausland**

Unabhängig davon, ob Personal aus dem Ausland gezielt akquiriert wird oder nicht, arbeiten in den Krankenhäusern im Mittel aktuell 5,5 Ärzte und 4 Pflegekräfte aus dem Ausland (jeweils in Köpfen).

## 5 Skill Mix

### 5.1 Ärztlicher Dienst

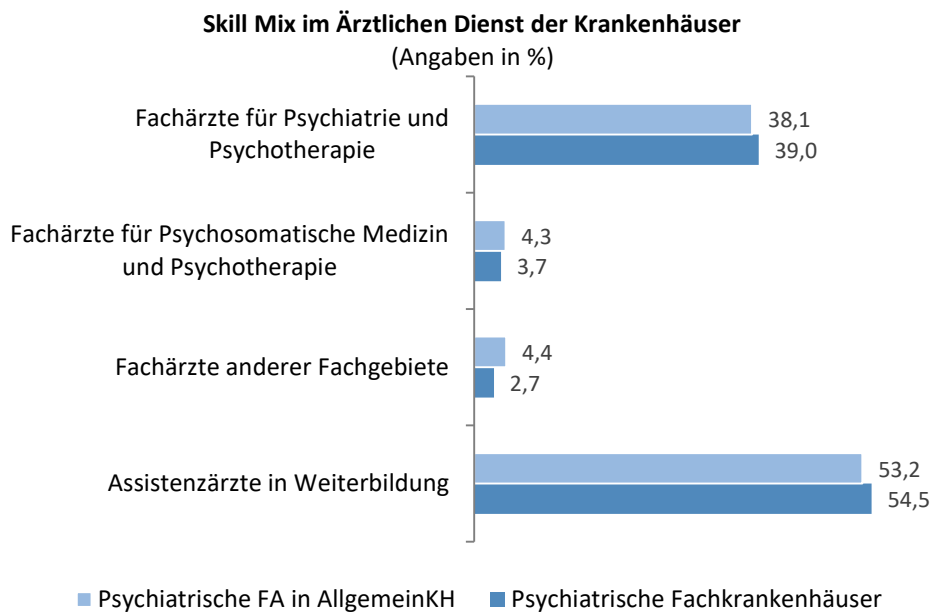
Im Rahmen des diesjährigen PSYCHIATRIE BAROMETERS sollten die Befragten sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Personalbesetzung für ausgewählte Dienste und Berufsgruppen angeben (Skill Mix für das Referenzjahr 2016). Betrachten wir zunächst den Skill Mix für den Ärztlichen Dienst in den Krankenhäusern in Absolutzahlen.

Im Durchschnitt gab es im Ärztlichen Dienst der psychiatrischen Fachkrankenhäuser rund 36 Vollzeitäquivalente und in den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser etwa 17 Vollkräfte, davon waren jeweils rund die Hälfte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und weiterer Disziplinen. In Abhängigkeit von den Krankenhaus- bzw. Abteilungsgrößen fällt die Streuung der Arztzahlen allerdings relativ groß aus (vgl. im Einzelnen Tab. 2).

**Tab. 2: Ärzte in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen**

	Ärzte insgesamt in VK	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in VK	Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in VK	Fachärzte anderer Fachgebiete in VK	Assistenzärzte in Weiterbildung in VK
<b>Psychiatrische FA in Allgemeinkrankenhäusern</b>					
Mittelwert	17,1	6,5	1,2	1,7	9,1
Median	16,1	6,0	1,0	1,2	8,2
Unteres Quartil	11,0	4,0	0,0	0,1	6,0
Oberes Quartil	21,0	7,3	1,7	1,9	12,2
<b>Psychiatrische Fachkrankenhäuser</b>					
Mittelwert	36,1	14,1	2,4	1,8	19,7
Median	30,8	10,4	1,0	2,0	16,3
Unteres Quartil	17,5	6,1	0,7	1,0	8,5
Oberes Quartil	51,9	20,8	4,6	2,0	32,2
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrien</b>					
Mittelwert	11,2	4,9	-	1,1	5,8
Median	8,3	4,3	-	1,0	4,3
Unteres Quartil	6,4	3,0	-	0,2	3,0
Oberes Quartil	13,2	5,5	-	1,7	7,1

Die Facharztquote im Ärztlichen Dienst der Psychiatrien, also der Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, liegt bei 47 %, dementsprechend sind 53 % der Ärzte Assistenzärzte in Weiterbildung (jeweils in Vollkräften). In dieser Hinsicht gibt es faktisch keine Unterschiede zwischen psychiatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Fachkrankenhäusern (Abb. 16). Die Facharztquote fällt in der Psychiatrie damit in der Tendenz etwas niedriger aus als insgesamt in anderen Fachgebieten.<sup>9</sup>



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 16: Skill Mix im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser**

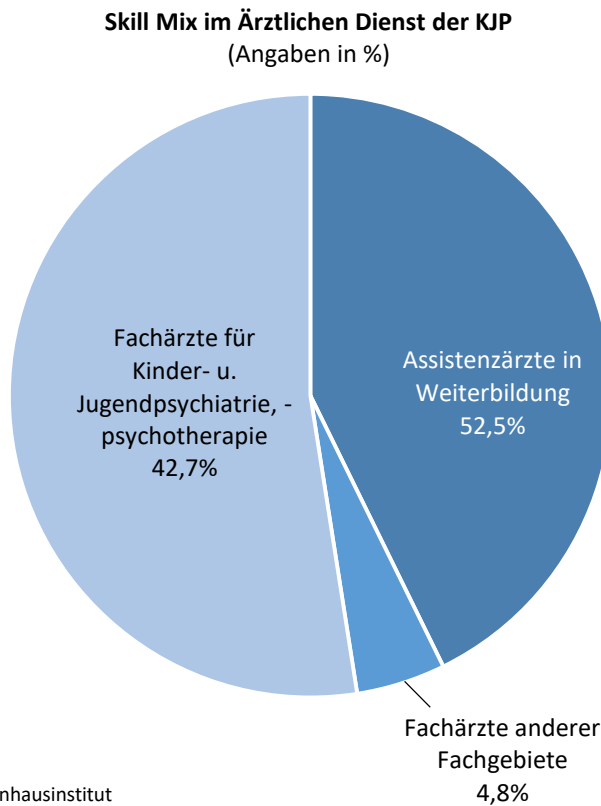
Die meisten in der Psychiatrie tätigen Fachärzte sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (38 %). Den Rest machen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte anderer Fachgebiete, vor allem Neurologie, aus (jeweils 4 %).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie liegt die Facharztquote bei 49 % und der Anteil der Assistenzärzte in Weiterbildung bei 53 % (jeweils in Vollkräften). Unter den Fachärzten sind 43 % Fachärzte für Kinder-

<sup>9</sup> In der Amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes sind die Arztzahlen nur in Köpfen ausgewiesen. Demnach liegt die Facharztquote über alle Fachgebiete in Köpfen bei 55 % und in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 51 % (eigene Berechnungen auf Basis Statistisches Bundesamt, 2016). Vorbehaltlich von Stichprobeneffekten bedeutet die oben ausgewiesene Facharztquote von 47 % in Vollkräften, dass in der Psychiatrie Assistenzärzte in Weiterbildung im Vergleich zu Fachärzten überproportional in Teilzeit tätig sind.



und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie und 5 % Fachärzte anderer Fachgebiete, insbesondere Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie.



**Abb. 17: Skill Mix im Ärztlichen Dienst der Kinder- und Jugendpsychiatrien**

## 5.2 Pflegedienst

Der Skill Mix im Pflegedienst der Krankenhäuser in Absolutzahlen kann im Einzelnen der Tab. 3 entnommen werden. Bei abermals sehr großer Streuung lag die durchschnittliche Anzahl der Pflegekräfte in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei knapp 200 Vollzeitäquivalenten, den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser bei rund 70 Vollkräften und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie bei gut 50 Vollkräften. Den Großteil machen dabei in allen Einrichtungstypen die dreijährig examinierten Pflegekräfte aus, vergleichsweise wenige Pflegekräfte haben darüber hinaus eine Weiterbildung „Pfleger in der Psychiatrie“ absolviert.



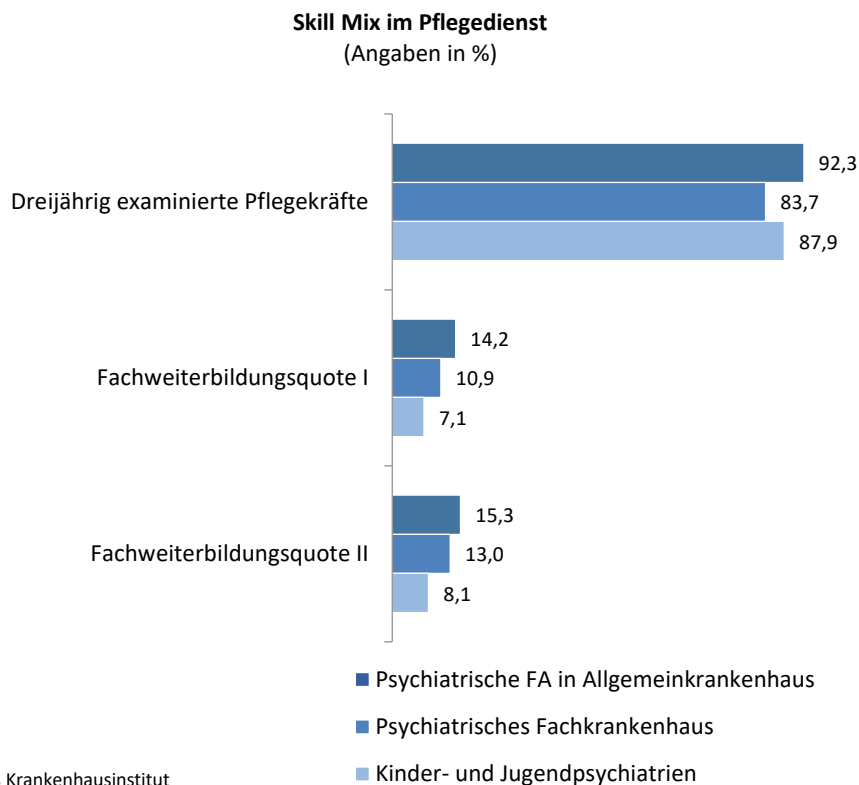
**Tab. 3: Pflegekräfte in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen**

	Pflegekräfte insgesamt in VK	Dreijährig examinierte Pflegekräfte in VK	Pflegekräfte mit „Weiterbildung Pflege in der Psychiatrie“ in VK
<b>Psychiatrische FA in Allgemeinkrankenhäusern</b>			
Mittelwert	70,5	65,1	10,0
Median	60,5	56,3	7,0
Unteres Quartil	49,7	44,2	3,0
Oberes Quartil	76,9	71,8	13,6
<b>Psychiatrische Fachkrankenhäuser</b>			
Mittelwert	196,7	164,7	21,4
Median	186,0	155,2	16,8
Unteres Quartil	80,0	63,2	6,5
Oberes Quartil	328,0	255,0	34,5
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrien</b>			
Mittelwert	52,8	47,2	3,7
Median	51,0	40,0	3,5
Unteres Quartil	36,0	30,4	1,0
Oberes Quartil	74,1	70,9	5,6

Der Anteil der dreijährig examinierten Pflegekräfte liegt in den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser bei 92 %, in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 84 % und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie bei 88 % (jeweils in Vollkräften, Abb. 18). Der Rest entfällt jeweils auf Pflegehelfer, Pflegeassistenten und andere Helferberufe.

Die Weiterbildungsquote „Pflege in der Psychiatrie“ insgesamt, also der Anteil der Pflegekräfte mit Weiterbildung „Pflege in der Psychiatrie“ an den Pflegekräften in der Psychiatrie insgesamt (Fachweiterbildungsquote I), beträgt in den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser 14 %, in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern 11 % und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie 7 %.

Bezogen ausschließlich auf die (dreijährige) examinierten Pflegekräfte liegen die entsprechenden Quoten (Fachweiterbildungsquote II) bei 15 % (psychiatrische Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser), 13 % (psychiatrische Fachkrankenhäuser) und 8 % (Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 18: Skill Mix im Pflegedienst**

### 5.3 Sonstige Berufe

Tab. 4 zeigt die Häufigkeiten für weitere Berufe in den Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien. Bei den approbierten psychologischen Psychotherapeuten und den Psychologen ohne Approbation fällt die Anzahl der jeweiligen Vollzeit-äquivalente in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern größer aus als in den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

Relativ gesehen sind approbierte psychologische Psychotherapeuten und Psychologen ohne Approbation in den beiden Krankentypen aber näherungsweise gleich verteilt. Demgegenüber ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie die durchschnittliche Anzahl der Psychologen ohne Approbation (6,2 VK) deutlich höher als die Anzahl der approbierten psychologischen Psychotherapeuten (3,5 VK).

Bei den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen auf Station fällt auf, dass sie absolut wie relativ in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern deutlich stärker



vertreten sind. So ist die durchschnittliche Anzahl der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen auf Station dort mit 12,5 VK in etwa genauso groß wie die Summe der approbierten psychologischen Psychotherapeuten (6,6 VK) und Psychologen ohne Approbation (6,7 VK). In den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie fällt die Anzahl der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen auf Station hingegen, absolut wie relativ gesehen, niedriger aus.

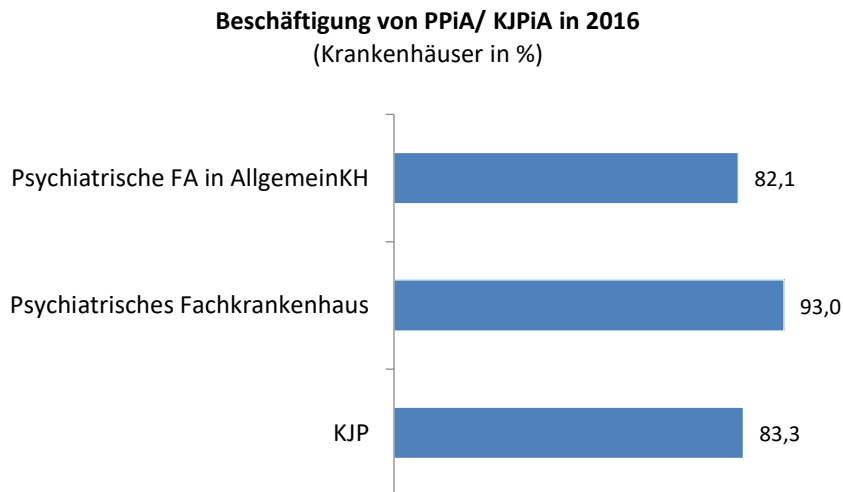
Bei den Ergotherapeuten auf der einen Seite und den Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten auf der anderen Seite beträgt das Verhältnis dieser Berufsgruppen in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser in etwa 3:1 und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie knapp 2:1.

**Tab. 4: Sonstige Berufsgruppen in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen**

	Approbierte psychologische Psychotherapeuten in VK	Psychologen ohne Approbation in VK	Sozialarbeiter/Sozialpädagogen auf Station in VK	Ergotherapeuten in VK	Krankengymnasten, Bewegungs-/Physiotherapeuten in VK
<b>Psychiatrische FA in Allgemeinkrankenhäusern</b>					
Mittelwert	3,0	3,4	4,0	6,1	2,2
Median	2,4	3,0	3,6	5,4	2,0
Unteres Quartil	1,0	1,5	2,7	4,0	1,4
Oberes Quartil	4,0	4,8	5,0	7,1	3,0
<b>Psychiatrische Fachkrankenhäuser</b>					
Mittelwert	6,6	6,7	12,5	14,3	5,5
Median	5,0	5,9	9,8	11,9	4,9
Unteres Quartil	2,2	4,1	5,2	6,5	2,9
Oberes Quartil	9,2	7,0	17,6	19,8	7,6
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrien</b>					
Mittelwert	3,5	6,2	7,0	3,5	2,0
Median	2,8	7,3	4,6	2,8	1,8
Unteres Quartil	1,7	2,9	2,5	1,5	0,9
Oberes Quartil	5,4	8,8	8,9	4,4	3,0

## 5.4 Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung

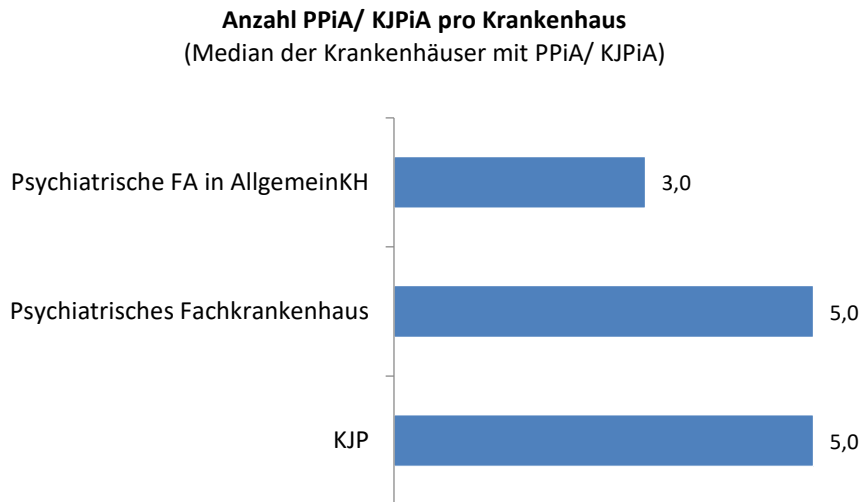
Die meisten Krankenhäuser beschäftigten 2016 psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA), psychiatrische Fachkrankenhäuser (93 %) dabei noch stärker als psychiatrische Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser (82 %). Der Anteil und Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. -psychotherapien, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung (KJPiA) beschäftigten, lag bei 83 % (Abb. 19).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 19: Beschäftigung von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung**

Im Jahr 2016 waren in den Einrichtungen mit PPiA oder KJPiA im Mittel (Median) 3 PPiA (psychiatrische Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser) bzw. 5 PPiA (psychiatrische Fachkrankenhäuser) sowie 5 KJPiA (Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. -psychotherapien) beschäftigt (Abb. 20).



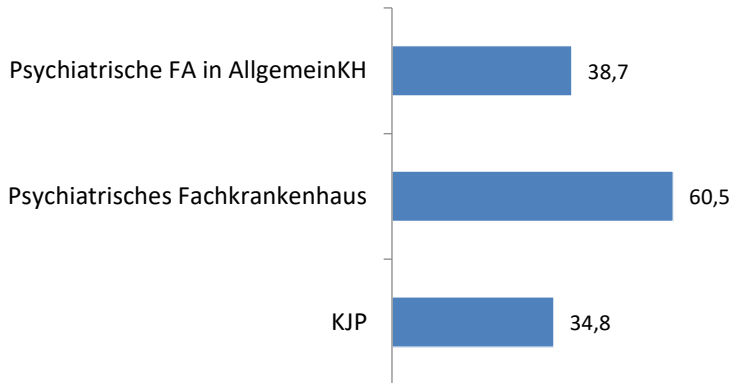
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 20: Anzahl psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung**

Die Ausbildungskosten von PPIA und KJPIA sind dem Grunde nach nicht über das KHG abgedeckt, weil sie nicht unter die Gesundheitsberufe fallen, deren Ausbildungsfinanzierung im KHG geregelt ist. Vor diesem Hintergrund erhalten PPIA und KJPIA für ihre praktische Ausbildung im Krankenhaus entweder Praktikantenverträge bzw. Praktikantenvergütungen oder werden (anteilig) über die Psych-PV als Diplom-Psychologe o. ä. mit entsprechender tariflicher Eingruppierung und Vergütung angestellt (Steffen & Blum, 2017).

In 61 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser waren 2016 (eine oder mehrere) PPIA als Psychologe oder Sozialpädagoge angestellt und über die Psych-PV erfasst. In den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser und den Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. –psychotherapien (KJPIA) lag der entsprechende Anteilswert bei jeweils gut einem Drittel (Abb. 21).

**Anstellung von PPIA/ KJPIA als Psychologe/Sozialpädagoge  
über Psych-PV  
(Krankenhäuser in %)**

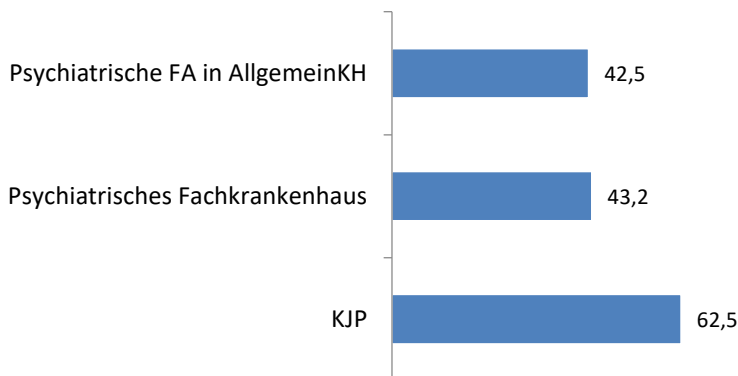


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 21: Anstellung von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung über Psych-PV**

Der durchschnittliche Stellenanteil, mit dem PPIA über die Psych-PV ggf. erfasst waren, lag in den betroffenen Erwachsenenpsychiatrien bei 43 %. Verglichen damit fiel der entsprechende Anteilswert für KJPIA in den Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. -psychotherapien mit 63 % deutlich größer aus (Abb. 22).

**Durchschnittlicher Stellenanteil von PPIA/ KJPIA über Psych-PV  
(Mittelwerte von Kankenhäusern mit PPIA/ KJPIA in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 22: Stellenanteil von über Psych-PV beschäftigten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Ausbildung**



## 6 Akademisierung der Pflege

Aktuell bieten 78 Universitäten, Fachhochschulen und Akademien ein Pflegestudium in Deutschland an. Das Angebot umfasst insgesamt 149 Pflege-Studiengänge, davon 105 Bachelor und 44 Master (TarGroup Media, 2016).

Dieser eindeutige Trend zur Akademisierung in der Pflege hat in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen. Waren im Studienjahr 2006/2007 noch 2.777 Studenten in der Pflegewissenschaft zu verzeichnen, erhöhte sich die Anzahl im Jahr 2016/2017 auf 12.031 Studenten im Fach Pflegewissenschaft/-management (Statistisches Bundesamt, 2007a, 2017a). Dies entspricht einer Zunahme von +333 %. Auch im Studienfach Gesundheitswissenschaften/-management wurde ein deutlicher Zuwachs an Studenten in den letzten Jahren festgestellt: Während im Jahr 2006/2007 noch 9.548 Studenten eingeschrieben waren, erhöhte sich diese Zahl im Jahr 2016/2017 auf 38.193. Dies bedeutet ebenfalls einen Zuwachs von +300 % (Statistisches Bundesamt, 2007a, 2017a).

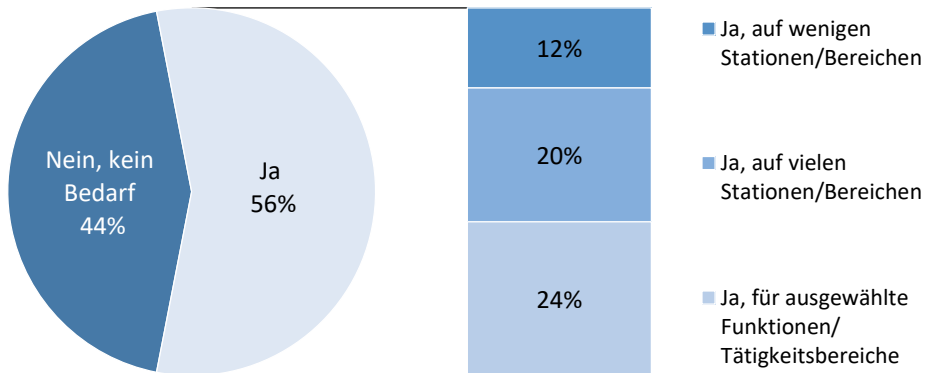
Im Vergleich dazu nahm in derselben Zeit die Schülerzahl an den Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens zur Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern lediglich um +17 % zu, von 55.014 im Jahr 2006/2007 auf 64.258 im Jahr 2016/2017 (Statistisches Bundesamt, 2007b, 2017b).

Wenig Information gibt es derzeit jedoch darüber, wie ausgeprägt der Trend zur Akademisierung der Pflege in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist. Daher wurde im PSYCHIATRIE Barometer in den teilnehmenden Einrichtungen der aktuelle Stand der Akademisierung erhoben.



## 6.1 Bedarf an akademisierten Pflegekräften

Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen Bedarf an akademisierten Pflegekräften  
speziell in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung?  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Bedarf an akademisierten Pflegekräften

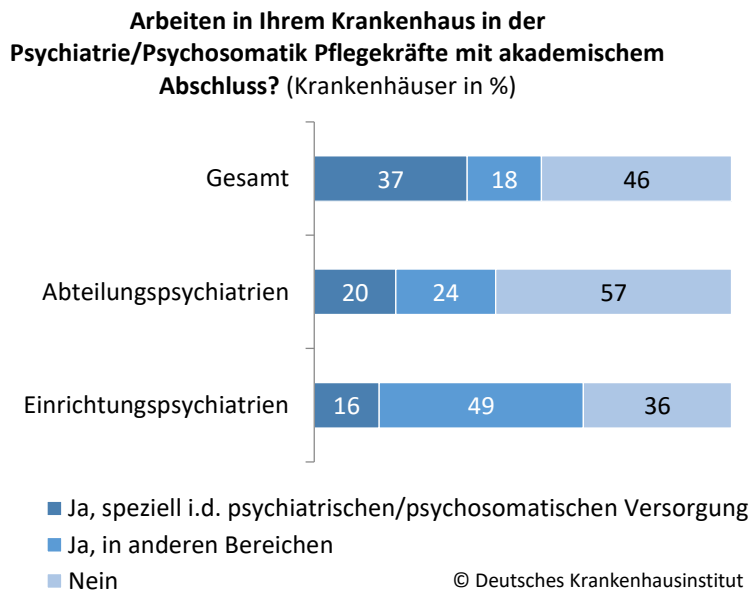
Im PSYCHIatrie Barometer 2017/2018 wurden die teilnehmenden Einrichtungen somit gefragt, ob es in ihrem Haus einen Bedarf an akademisierten Pflegekräften speziell in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gibt.

Während 44 % der Teilnehmer keinen Bedarf in ihrer Einrichtung sahen, gaben 56 % der Krankenhäuser einen eindeutigen Bedarf für Pflegekräfte mit akademischer Ausbildung an. Darunter waren 20 %, die ihren Bedarf auf vielen Stationen oder Bereichen sahen, 12 %, welche Bedarf nur auf wenigen Stationen/Bereichen angaben und 24 % mit Bedarf für ausgewählte Funktionen oder Tätigkeitsbereiche (Abb. 23).

Die Einrichtungen, welche Bedarf nur für ausgewählte Funktionen oder Tätigkeitsbereiche angegeben haben, sehen Einsatzbereiche hauptsächlich in der Bereichsleitung/Führung, als Lehrkraft oder für pflegewissenschaftliche Arbeit sowie als Experten für Spezialbereiche wie z. B. Casemanagement, PEPP oder die Pflegeberatung. Weitere Einsatzbereiche wurden gesehen als Co-Thera-

peut oder in der Gruppentherapie und für besondere Bereiche wie beispielsweise die Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder geschützte Stationen.

## 6.2 Einsatz von akademisierten Pflegekräften



**Abb. 24: Einsatz von akademisierten Pflegekräften**

Derzeit hat gut die Hälfte aller befragten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen akademisch ausgebildete Pflegekräfte angestellt (Abb. 24). Darunter befinden sich 37 % der Einrichtungen, welche speziell Pflegekräfte mit akademischen Abschluss für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung vorhalten.

Insgesamt besteht jedoch ein Unterschied im Einsatz von akademischen Pflegekräften nach Einrichtungsart: Während 44 % der befragten Abteilungspsychiatrien angaben, Pflegekräfte mit akademischem Abschluss zu beschäftigen, halten 65 % der Einrichtungspychiatrien akademische Pflegekräfte vor.



### 6.3 Anzahl akademisierter Pflegekräfte

Im Mittel zählen die Einrichtungen sieben Pflegekräfte (Median = 4) mit akademischem Abschluss zu ihren Mitarbeitern, darunter befinden sich fünf Mitarbeiter (Median = 3) speziell in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung. Des Weiteren gaben die Einrichtungen an, im Mittel vier Pflegekräfte (Median = 2) zu beschäftigen, welche sich derzeit in akademischer Ausbildung befinden (Tab. 5).

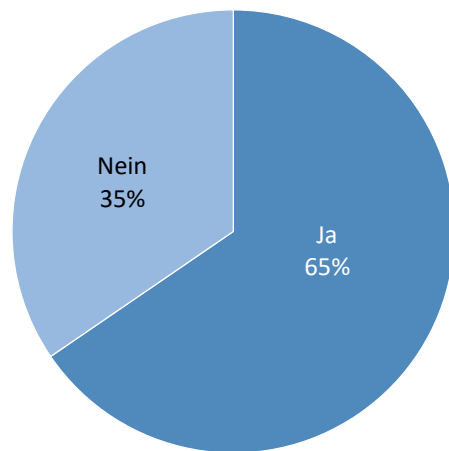
**Tab. 5: Anzahl akademisierter Pflegekräfte in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen am 31.12.2016 in Köpfen**

	Anzahl Pflegekräfte mit akademischem Abschluss (Köpfe)	Darunter: Speziell i.d. psychiatr./psychosomat. Versorgung (Köpfe)	Anzahl exam. Pflegekräfte, derzeit in akadem. Ausbildung (Köpfe)
<b>Mittelwert</b>	6,9	5,0	3,8
<b>Unterer Quartilswert</b>	2,0	1,0	1,0
<b>Median</b>	4,0	3,0	2,0
<b>Oberer Quartilswert</b>	8,8	7,0	5,0

### 6.4 Arbeitsbereiche von akademisierten Pflegekräften

Gefragt nach einer Veränderung des Tätigkeitsspektrums, bestätigten 65 % der befragten Kliniken, dass in ihrem Haus akademisch qualifizierte Pflegekräfte nach ihrer akademischen Ausbildung anders eingesetzt werden als vor dem akademischen Abschluss (Abb. 25). Kaum Unterschiede gibt es dabei in der Einrichtungsart: 68 % der Abteilungspsychiatrien und 64 % der Einrichtungspsychiatrien geben an, ihre akademisch qualifizierten Pflegekräfte nach der Ausbildung anders einzusetzen als vorher.

Setzen Sie akademische Pflegekräfte nach ihrer akademischen Ausbildung anders ein als vorher? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 25: Veränderung des Tätigkeitsspektrums bei Pflegekräften durch die akademische Ausbildung**

Der Einsatzbereich der akademisch qualifizierten Pflegekräfte liegt in den Einrichtungen hauptsächlich in den leitenden Funktionen (Abb. 26): 79 % der Einrichtungen beschäftigen Mitarbeiter mit akademischem Abschluss in leitender Funktion, z. B. als Pflegedienstleitung oder Stationsleitung. 43 % haben Pflegekräfte mit Studienabschluss in der Ausbildung von Schülern oder als Assistenzkräfte (praktischer/theoretischer Unterricht, Praxisanleitung) und 41 % als hochqualifizierte Pflegekräfte/Experten für Spezialbereiche in der Patientenpflege angestellt. Gut ein Drittel der Krankenhäuser beschäftigt akademisch qualifizierte Pflegekräfte im Qualitätsmanagement und jede fünfte Einrichtung im Patienten-/Case Management, Medizincontrolling oder der internen Fortbildung und Fachberatung. Eine weniger ausgeprägte Rolle spielt die akademische Qualifizierung der Pflegekräfte im Prozess- und Schnittstellenmanagement sowie Hygienemanagement.

Als sonstige Tätigkeiten für den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegekräfte wurden die Arbeitssicherheit sowie ambulante Behandlungen angegeben.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 26: Arbeitsbereiche von akademisierten Pflegekräften**

Deutliche Unterschiede beim Einsatz akademisch qualifizierter Pflegekräfte ergaben sich hinsichtlich der Einrichtungsart: Während Abteilungspsychiatrien ihre Mitarbeiter mit akademischem Abschluss häufiger in Leitungs- und Funktionsstellen (wie beispielsweise PDL, Stationsleitung, Prozess-, Schnittstellen- und Hygienemanagement sowie im Medizincontrolling) einsetzen, gaben Einrichtungspsychiatrien häufiger fachliche Spezialbereiche und Ausbildung (z. B. hochqualifizierte Pflegefachkräfte/Experten für Spezialbereiche in der Patientenpflege, Ausbildung von Schülern sowie innerbetriebliche Fortbildung und interne Fachberatung) als Arbeitsbereiche an.



## 7 Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

Die Zahl der Flüchtlinge ist seit dem Jahr 2009 (33.033 Asylanträge, davon 27.649 Erstanträge) kontinuierlich angestiegen und erreichte im Jahr 2016 einen Höchststand: Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zählte 745.545 Erst- und Folgeanträge auf Asyl (davon 722.370 Erstanträge) und damit mehr als im Vorjahr (476.649, davon 441.899 Erstanträge).<sup>10</sup>

Die psychosozial-psychiatrische gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrungen ist aufgrund institutioneller, struktureller, sprachlicher und kultureller Barrieren häufig eingeschränkt (Adorjan et al. 2017). Dies betrifft auch die Krankenhausversorgung. Ungeachtet der schon schwierigen Situation wurden Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien zudem durch die zunehmende Anzahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern vor neue Herausforderungen gestellt, die noch nicht allumfassend untersucht wurden.

Bekannt ist, dass die Einrichtungen der psychosozialen Regelversorgung auf die sich ändernde Versorgungssituation mit der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle oder -ansätze reagiert hat (Adorjan et al. 2017, Richter et al. 2017, Schellong et al. 2017, Wöller 2016, Schouler-Ocak & Aichberger 2015). So haben sich beispielsweise Migrationsambulanzen (z. B. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums München), Traumaambulanzen (z. B. Universitätsklinikum der TU Dresden), Kompetenzzentren (z. B. Kompetenzzentrum für Psychotraumatologie - KPZ - Universität Konstanz), spezifische Zentren (z. B. für Transkulturelle Psychiatrie - ZTP - Vivantes Humboldt-Klinikum) oder Clearingstellen (z. B. Charité Berlin) etabliert. Auch Flüchtlingslotsen, psychologische Migrationslotsen oder Trauma-informierte-Peer-Beratung werden in Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien zur Versorgung von Flüchtlingen genutzt. Bisher ist jedoch unklar, inwieweit sich diese Modelle oder andere Ansätze bei der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrungen in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen bzw. Abteilungen verbreitet haben.

Aus diesem Grund wurde die Situation des Jahres 2016 im PSYCHIATRIE Barometer 2017/2018 erfragt. Bei der Interpretation aller Daten und Ergebnisse ist

---

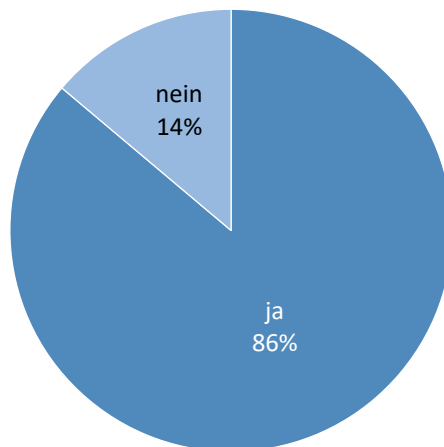
<sup>10</sup> Im Jahr 2017 waren die Zahlen erstmals seit 2009 wieder rückläufig (BAMF 2018). Für das PSYCHIATRIE Barometer 2017/2018 ist jedoch das Jahr 2016 das Bezugsjahr.

zu berücksichtigen, dass die Verteilung der Flüchtlinge oder Asylbewerber<sup>11</sup> regional unterschiedlich ist. Dies betrifft damit auch die Krankenhäuser und die wahrgenommenen Herausforderungen oder zu ergreifende Maßnahmen.

## 7.1 Bestandsaufnahme

Der überwiegende Teil der Krankenhäuser (86 %) hat im Jahr 2016 Flüchtlinge behandelt (Abb. 27).<sup>12</sup> Der Anteil war in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern (89 %) etwas höher als in den Abteilungspsychiatrien (84 %).

Hat Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung im Jahr 2016  
Flüchtlinge / Asylbewerber behandelt?  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Versorgung von Flüchtlingen im Jahr 2016

Bei der Darstellung der weiteren Ergebnisse werden nur die Häuser berücksichtigt, die im Jahr 2016 Flüchtlinge versorgt haben.

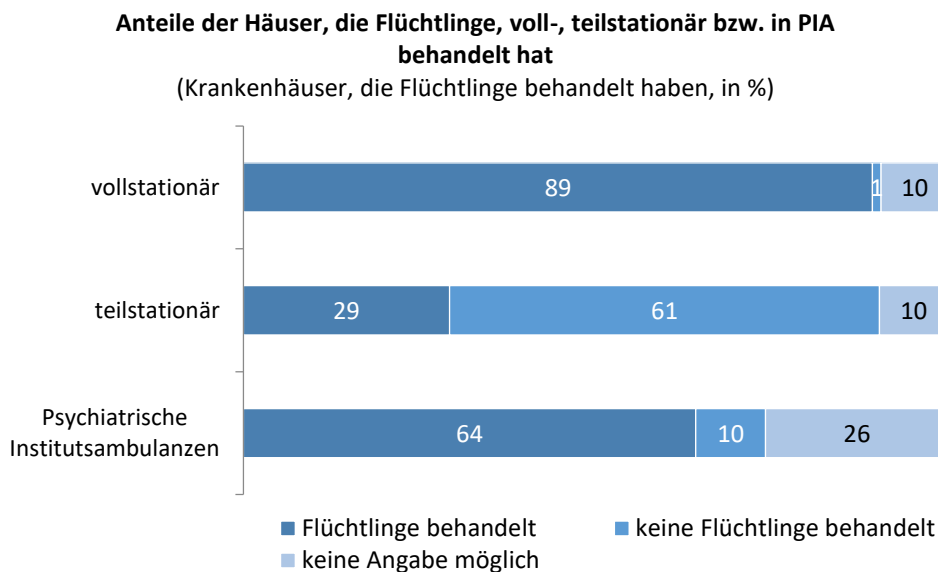
Die Einrichtungen wurden gebeten, nachfolgend für ihr Haus den prozentualen Anteil von Flüchtlingen jeweils an der Zahl aller voll-, teilstationär und in den

<sup>11</sup> Im Nachfolgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend der Begriff „Flüchtling“ benutzt. Asylbewerber sind hier mit eingeschlossen.

<sup>12</sup> Bei der Interpretation des Ergebnisses wären regionale Klassifizierungen interessant (z. B. die Entfernung zum nächsten Erstaufnahmezentrum). Entsprechende Informationen liegen jedoch nicht in geeigneter Form vor, um sie berücksichtigen zu können.

Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelten Fällen für das Jahr 2016 zu taxieren.

Der Großteil der Häuser hat Flüchtlinge vollstationär bzw. im Rahmen Psychiatrischer Institutsambulanzen versorgt. In knapp einem Drittel der Einrichtungen wurden Flüchtlinge teilstationär behandelt. Je 10 % der Häuser war nicht bekannt, ob Flüchtlinge teil- oder vollstationär betreut wurden, gut einem Viertel fehlte diese Kenntnis für PIA (Abb. 28).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 28: Voll-, teilstationäre bzw. Versorgung in PIA**

Betrachtet man nur die Häuser, die im Jahr 2016 Flüchtlinge voll-, teilstationär bzw. in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelt haben, so zeigt sich folgendes Bild: Im Mittel waren im Jahr 2016 2,5 % aller in den Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien behandelten vollstationär betreuten Patienten Flüchtlinge. Der 5%-getrimmte Mittelwert<sup>13</sup> lag bei 2,3 % (Median: 2 %) (Tab. 6).

<sup>13</sup> Bei dem 5%-getrimmten Mittelwert ist der Mittelwert um Ausreißerwerte bereinigt, in dem jeweils die oberen und unteren 5 % der Angaben nicht berücksichtigt werden.





1,1 % aller teilstationären Fälle des Jahres 2016 und 2,5 % aller in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) behandelten Patienten waren Flüchtlinge (je Mittelwert) (Tab. 6).

Abteilungspsychiatrien haben öfter als psychiatrische Fachkliniken keine Flüchtlinge teilstationär oder in PIA's behandelt. So gaben 66,7 % der Abteilungs- und 55,8 % der Einrichtungspychiatrien an, keine Flüchtlinge teilstationär versorgt zu haben. 15,4 % der Abteilungs- und 4,8 % der Einrichtungspychiatrien haben keine Patienten mit Flüchtlingsstatus in Psychiatrischen Institutsambulanzen betreut.

**Tab. 6: Prozentuale Anteile von Flüchtlingen (nur Krankenhäuser mit entsprechenden Fällen)**

	Prozentualer Anteil von Flüchtlingen an allen		
	vollstationär behandelten Patienten	teilstationär behandelten Patienten	in den PIA behandelten Patienten
Mittelwert	2,5 %	1,1 %	2,5 %
5%-getrimmter Mittelwert	2,3 %	1,0 %	2,1 %
Median	2,0 %	0,9 %	1,0 %
Unterer Quartilswert	1,0 %	0,3 %	0,5 %
Oberer Quartilswert	3,0 %	1,9 %	2,9 %

## 7.2 Herausforderungen

Bei der Diskussion möglicher Barrieren der stationären psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen stehen meist sprachliche und kulturelle Probleme im Fokus. Darüber hinaus gibt es weitere, mögliche Herausforderungen bei der (teil)stationären Behandlung von Flüchtlingen. Im PSYCHIATRIE Barometer wurden elf verschiedene Aspekte erfragt. Diese lassen sich aufgrund der Ergebnisse in „stärkere“, „mittlere“ und „geringere“ Herausforderungen unterteilen.



Die zentralen Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen sind, wie zu erwarten, sprachliche und kulturelle Barrieren. Aber auch erhöhte Aufwände sowie ein erhöhtes Belastungsniveau der Mitarbeiter zählen zu den stärkeren Herausforderungen. Sprachliche Probleme sind der Bereich, der die Behandlung von Flüchtlingen am stärksten beeinträchtigt (85 % der Häuser). So benennen 41 % der Häuser dies als „sehr starke“, 44 % als „starke“ Herausforderung. Eng damit zusammenhängend steht der folgende, ebenfalls stark belastende Aspekt: Die Versorgung von Flüchtlingen ist zeitlich aufwändiger und stellt die Häuser entsprechend vor „starke“ (47 %) bzw. „sehr starke“ (33 %) Herausforderungen. Eine höhere Belastung der Mitarbeiter, inklusive möglicher stärkerer psychischer Belastungen, sowie einen höheren Aufwand durch die Kommunikation mit Angehörigen bewerten je zwei Drittel der Häuser als ("sehr") "starkes" Problem. Kulturelle Differenzen erschweren die Versorgung der Flüchtlinge aus Sicht von 63 % der Einrichtungen ("sehr") "stark".

Knapp die Hälfte der Häuser bzw. Abteilungen bewertet das Fehlen von spezialisierten Mitarbeitern als ("sehr") "starkes" Hindernis bei der Behandlung von Flüchtlingspatienten. Bürokratisierte Prozesse oder eine fehlende Flexibilität, z. B. bei der Zusammenarbeit mit Behörden oder der KV, werten 39 % der Einrichtungen als ("sehr") "starke" Herausforderung. Jeweils rund ein Drittel der Kliniken bzw. Abteilungen benennen bei der Behandlung von Flüchtlingen finanzielle Mehrbelastungen bzw. Schwierigkeiten bei der Begrenzung der Behandlung auf die nach dem Asylbewerbergesetz (AsylbLG) zustehenden medizinischen Leistungen als ("sehr") "starkes" Problem.

In der Rangfolge der möglichen Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen sind die folgenden zwei Aspekte für die Häuser von geringerer Relevanz. Knapp ein Viertel der Einrichtungen nimmt eine Überlastung bzw. stärkere Frequentierung der Psychiatrischen Instituts- oder Notfallambulanz als ("sehr") "starkes" Problem wahr. 13 % der Einrichtungen ist bei der Versorgung von Flüchtlingen mit Zahlungsverzögerungen oder -ausfällen konfrontiert (Abb. 29).

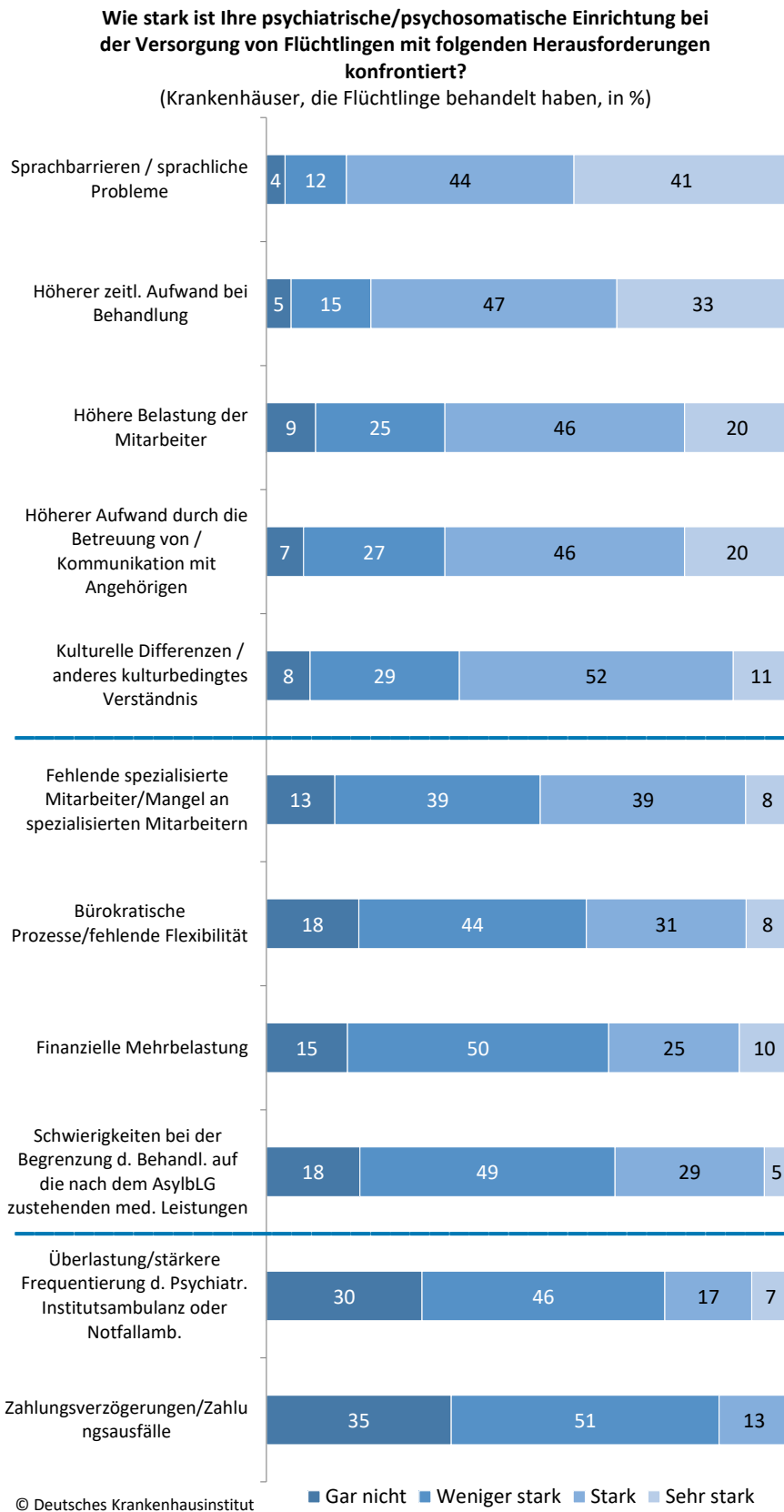


Abb. 29: Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen



### 7.3 Ergriffene Maßnahmen

Eingangs wurde bereits dargestellt, dass sich verschiedene Beispiele und Modelle in psychiatrischen Fachkliniken und Abteilungspsychiatrien zur Versorgung von Flüchtlingen entwickelt haben. Bisher ist jedoch wenig bekannt, wie häufig diese bei der Behandlung von Flüchtlingen in den Einrichtungen genutzt werden. Um ein umfassenderes Bild zu zeichnen, wurde im PSYCHIATRIE BAROMETER 2017/2018 gefragt, welche Maßnahmen die Einrichtungen bereits umgesetzt haben oder umzusetzen planen, um sich auf die besonderen Aspekte bei der Versorgung von Flüchtlingen einzurichten. Im ersten Schritt wird der Umsetzungsstand für acht Maßnahmen zur konkreten Überwindung von Sprachbarrieren, im Anschluss für insgesamt zwölf verschiedene eher organisatorische Maßnahmen dargestellt<sup>14</sup>.

Sprachbarrieren sind aus Sicht der Krankenhäuser, wie dargestellt, die zentrale Herausforderung bei der Versorgung der Flüchtlinge (vgl. Kap. 7.2). Dies spiegelt sich auch deutlich in den umgesetzten Handlungen wider: Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren sind sehr umfassend und deutlich häufiger in den Einrichtungen (bereits) umgesetzt als eher organisatorische Aspekte.

Zur Bewältigung sprachlicher Probleme greifen die Einrichtungen vor allem auf Krankenhausmitarbeiter sowie Angehörige, Freunde und Bekannte des Patienten, aber auch speziell ausgebildete Dolmetscher, Übersetzer oder Sprachmittler, die nicht am Krankenhaus angestellt sind, zurück. Krankenhausmitarbeiter fungieren in gut drei Vierteln der Häuser, Angehörige, Freunde und Bekannte der Flüchtlinge in 71 % der Kliniken als Übersetzer. Speziell ausgebildete Dolmetscher, die keine Krankenhausmitarbeiter sind, sind in gut zwei Dritteln der Einrichtungen im Einsatz. Sie werden in psychiatrischen Fachkliniken häufiger herangezogen als in Abteilungspsychiatrien.

Gut ein Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien hat gezielt Personal mit den benötigten Sprach- und Kulturkenntnissen eingestellt, um bei der Versorgung von Flüchtlingen Sprachbarrieren besser überwinden zu können.

---

<sup>14</sup> Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Flüchtlinge insgesamt einen relativ geringen Teil der im Krankenhaus behandelten Patienten ausmachen (vgl. Kapitel 7.1.). Zudem ist die Varianz in den Häusern groß. Dies bedeutet, dass es vermutlich nicht erforderlich ist, flächendeckend alle erfragten Maßnahmen umzusetzen, sondern sich je nach Bedarf auf bestimmte Maßnahmen zu fokussieren.



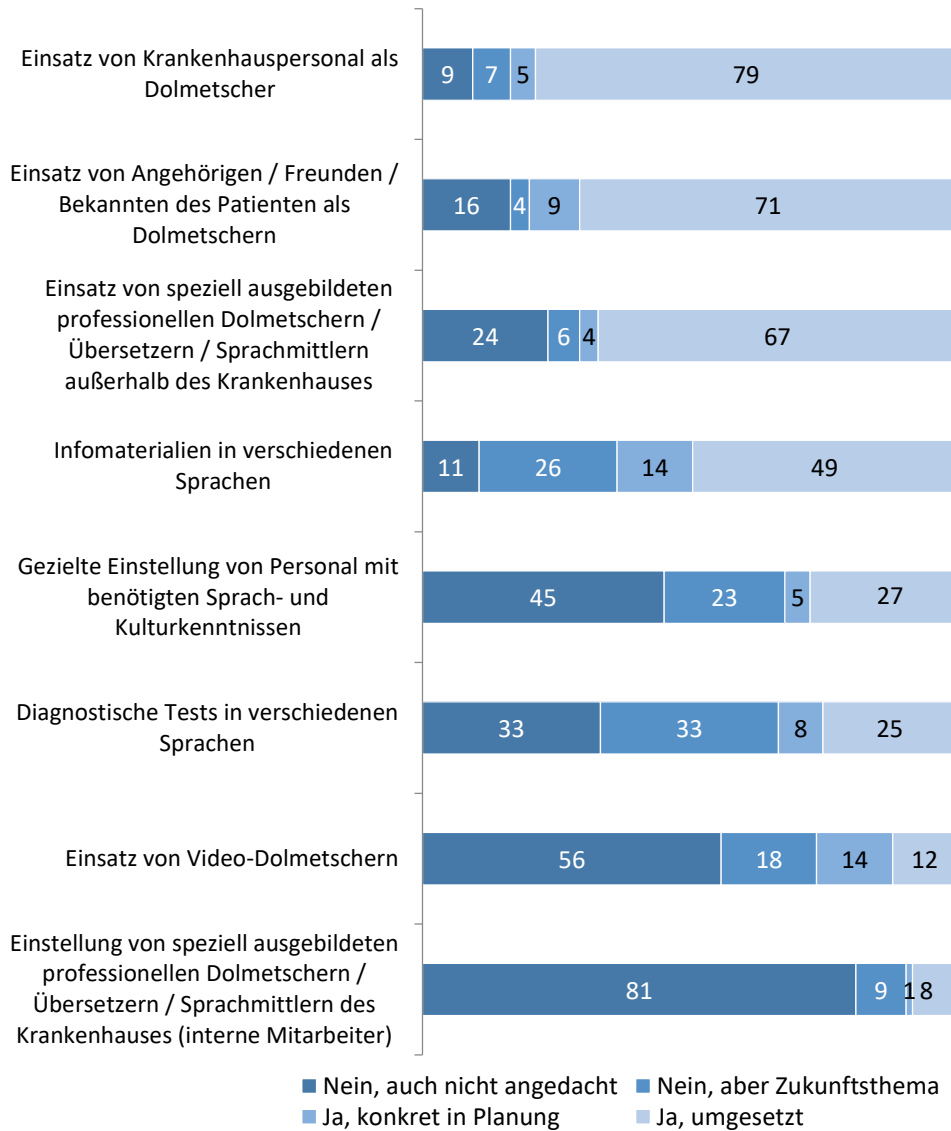
Gut ein weiteres Viertel plant bereits konkret bzw. zukünftig, entsprechendes Personal anzustellen.

Video-Dolmetscher werden vergleichsweise seltener genutzt, um sprachliche Probleme zu lösen. Konkret werden diese in 12 % der Einrichtungen bereits eingesetzt, weitere 14 % planen dies konkret und 18 % für die Zukunft. Die Einstellung von speziell ausgebildeten Dolmetschern, Übersetzern oder Sprachmittlern am Krankenhaus ist für die meisten Krankenhäuser (81 %) kein Thema. Eingesetzt werden sie in 8 % der Einrichtungen, wobei Abteilungspsychiatrien diese häufiger angestellt haben als Einrichtungspsychiatrien.

Die Überwindung von Sprachbarrieren ist nicht nur in der direkten Kommunikation notwendig. Auch übersetzte Materialien unterstützen die Mitarbeiter bei der Versorgung von Flüchtlingen in den Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen. Knapp die Hälfte der Häuser, und hier vor allem Einrichtungspsychiatrien, hat Informationsmaterialien, z. B. über psychische Erkrankungen und ihre Behandlung, bereits übersetzt, bei weiteren 14 % ist dies konkret und bei gut einem Viertel zukünftig geplant. Diagnostische Tests liegen in einem Viertel der Häuser bereits übersetzt vor. Knapp die Hälfte plant dies derzeit konkret (8 %) bzw. für die Zukunft (33 %) (Abb. 30).

**Welche Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren hat Ihre psychiatrische/ psychosomatische Einrichtung bereits umgesetzt oder sind geplant, um die Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten?**

(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 30: Ergriffene oder geplante eher Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren bei der Versorgung von Flüchtlingen**

In den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind Schulungen der Mitarbeiter zu kulturspezifischen Aspekten, z. B. im Umgang mit Menschen aus Krisengebieten oder zu Unterschieden in der Darstellung der Beschwerden,



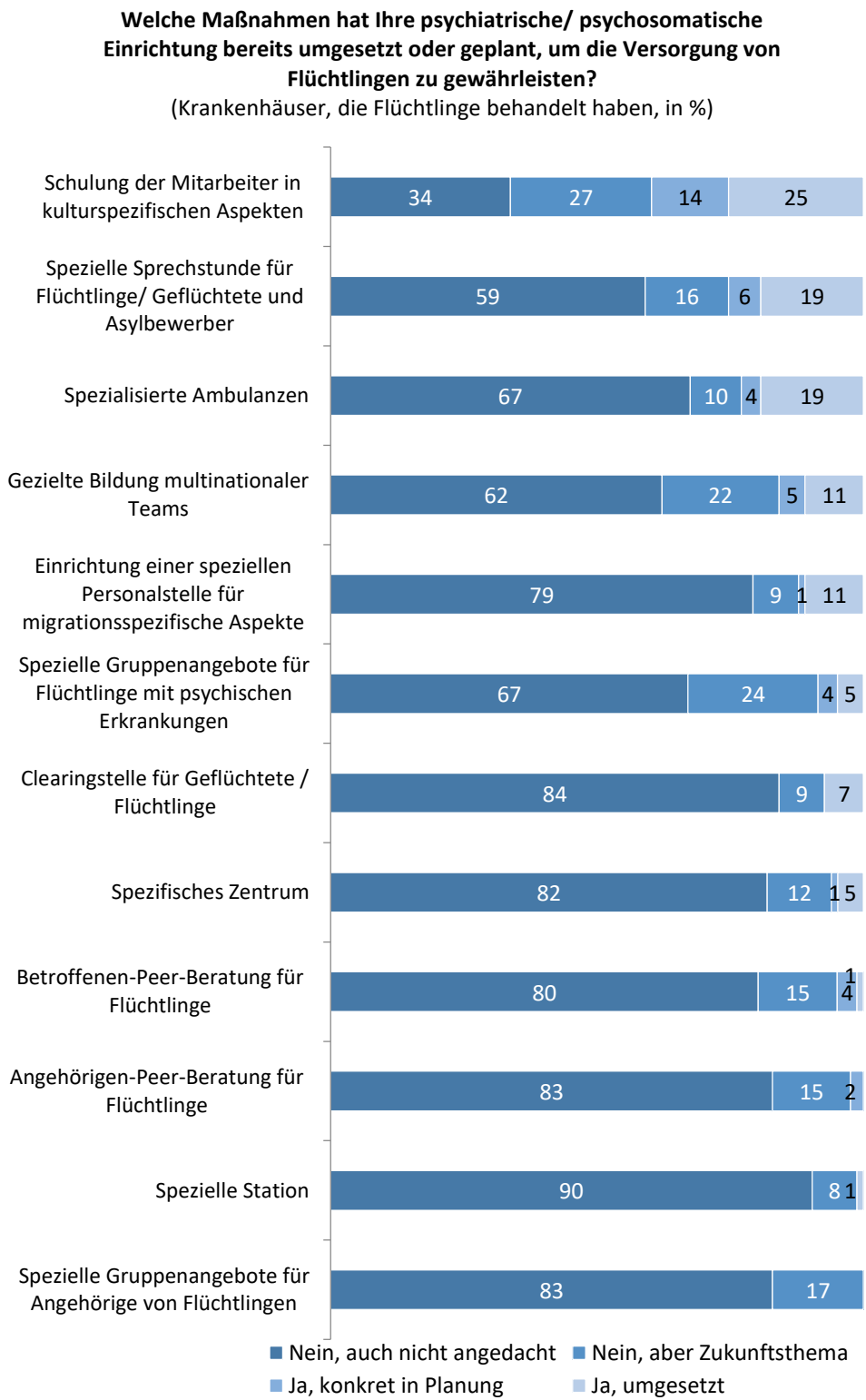
gut etabliert. Ein Viertel der Häuser setzt dies bereits um, 14 % planen entsprechende Fortbildungen aktuell und in gut einem Viertel steht dies zukünftig auf der Agenda.

Spezielle Sprechstunden für Flüchtlinge, Geflüchtete und Asylbewerber oder spezialisierte Ambulanzen, z. B. Migrations- oder transkulturelle Ambulanzen, sind in je etwa einem Viertel der Einrichtungen bereits umgesetzt oder konkret in Planung. Bei weiteren 16 % bzw. 10 % ist dies ein Zukunftsthema. Die gezielte Bildung multinationaler Teams und die Einrichtung einer speziellen Personalstelle für migrationspezifische Aspekte sind in 16 % bzw. 12 % der Einrichtungen- und Abteilungspsychiatrien bereits etabliert oder derzeit in Planung. Gut ein Fünftel der Häuser denkt zudem zukünftig über die Bildung multinationaler Teams nach.

Spezielle Gruppenangebote für Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen sind in knapp 10 % der Einrichtungen derzeit realisiert oder aktuell in Planung, für knapp ein Viertel der Häuser ist dies zukünftig ein Thema.

Clearingstellen für Flüchtlinge, spezifische Zentren, wie z. B. ein Zentrum für transkulturelle Psychiatrie, sowie Betroffenen-Peer-Beratung, bei der Flüchtlinge mit der Erfahrung eigener seelischer Krisen andere Betroffene beraten, sind in 5 – 7 % der Einrichtungen bereits jetzt oder sollen zeitnah umgesetzt werden. Gleichwohl sind diese Maßnahmen für den Großteil der Krankenhäuser (80 – 84 %) gar kein Thema.

Angehörigen-Peer-Beratungen, bei der Flüchtlinge mit der Erfahrung eigener seelischer Krisen Angehörige beraten, spezielle Stationen, z. B. eine Station für interkulturelle Psychiatrie, sowie spezielle Gruppenangebote für Angehörige von Flüchtlingen sind in den psychiatrischen Fachkliniken und Abteilungspsychiatrien kaum etabliert und auch nicht angedacht (83 – 90 %) (Abb. 31).



**Abb. 31: Ergriffene oder geplante eher organisatorische Maßnahmen bei der Versorgung von Flüchtlingen**





Eine Schulung der Mitarbeiter in kulturspezifischen Aspekten, die gezielte Bildung multinationaler Teams sowie die Einrichtung einer speziellen Personalstelle für migrationsspezifische Aspekte, sind in psychiatrischen Fachkliniken häufiger umgesetzt als in Abteilungspsychiatrien, für die dies häufig ein Zukunftsthema ist. Spezielle Sprechstunden für Flüchtlinge, Geflüchtete und Asylbewerber sind in Abteilungspsychiatrien häufiger etabliert als in psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Ebenso stehen spezialisierte Ambulanzen und eine Betroffenen-Peer-Beratung eher auf der Zukunftsagenda von Abteilungspsychiatrien.

#### 7.4 Finanzierung von Dolmetschern

Ein Großteil der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien greift auf Dolmetscherdienste in Form von Video-Dolmetschern oder professionellen Büros zurück, um sprachliche Barrieren bei der Versorgung von Flüchtlingen zu überwinden (vgl. Kap. 7.2). Der Einsatz von professionellen externen bzw. Video-Dolmetschern ist für die Krankenhäuser in der Regel mit Kosten verbunden. Bisher liegen wenige Informationen zur Finanzierung von Dolmetscherdiensten vor, so dass im PSYCHIATRIE Barometer dazu konkrete Fragen gestellt wurden.

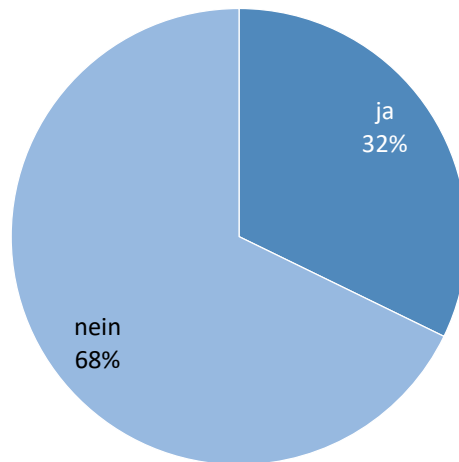
In einem geringen Teil der Einrichtungen (8 %) sind keine Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen entstanden. Abteilungspsychiatrien gaben überproportional häufig an, dass keine Kosten für die Tätigkeiten von Übersetzern entstanden sind (15 %, psychiatrische Fachkrankenhäuser: 2 %).

21 % der Befragten war nicht bekannt, ob eine vollständige Refinanzierung von Kosten für Dolmetscherdienste erfolgte. Betrachtet man die Einrichtungen, aus denen Angaben vorlagen bzw. denen Kosten entstanden sind, so wurden diese nur in knapp einem Drittel refinanziert. Dabei erfolgte eine Refinanzierung der Dolmetscherkosten in Abteilungspsychiatrien (17 %) deutlich seltener als in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (43 %). Kostenträger waren hier in der Regel die Kommunen bzw. das Land.

Gut zwei Drittel der Häuser gaben an, dass die Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen, die durch externe professionelle Übersetzer oder Video-

Dolmetscher entstanden sind, im Jahr 2016 nicht vollständig refinanziert wurden (Abb. 32). Als Grund der unvollständigen Finanzierung der Dolmetscherkosten wurde im Rahmen einer offenen Frage vor allem eine fehlende Refinanzierung durch die Kostenträger, hier vor allem die Krankenkassen, teilweise durch das Land und Sozialämter, genannt. Begründet wird dies nach Angaben der Häuser von Seiten der Kostenträger unter Hinweis auf eine vermeintliche Kostendeckung durch die bestehende Finanzierung. Auch eine fehlende Verantwortungsübernahme der Kostenträger und unklare Zuständigkeiten werden von den Einrichtungen als Begründung angeführt.

**Waren die Kosten für Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen (externe professionelle Dolmetscher und / oder Videodolmetscher) im Jahr 2016 vollständig refinanziert?**  
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 32: Refinanzierung von Dolmetschertätigkeiten bei Flüchtlingen**

## 7.5 Finanzierung allgemein

Asylsuchende sind in den ersten 15 Monaten (Wartezeit) ihres Aufenthalts in der Regel nicht krankenversichert. Im Krankheitsfall haben sie Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, §§ 2 und 6)<sup>15</sup>. Für die Umsetzung dieses Leistungsanspruchs sind grundsätzlich die Länder bzw. die von ihnen durch Landesgesetze bestimmten Behörden zuständig, wobei die gesetzlichen

<sup>15</sup> Das AsylbLG definiert in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status unterschiedliche Sozialleistungen, zu denen auch Leistungen der gesundheitlichen Versorgung zählen.



Vorgaben auslegungsbedürftig sind. Die Leistungsgewährung liegt somit im Ermessen der jeweiligen kommunalen Leistungsträger. In der Regel ist es vor Inanspruchnahme der medizinischen, ärztlichen Leistungen notwendig, sich einen speziellen Behandlungsschein beim Sozialamt ausstellen zu lassen. Dies kann gerade im psychiatrisch-psychosomatischen Sektor die Zugänge für Flüchtlinge erschweren.

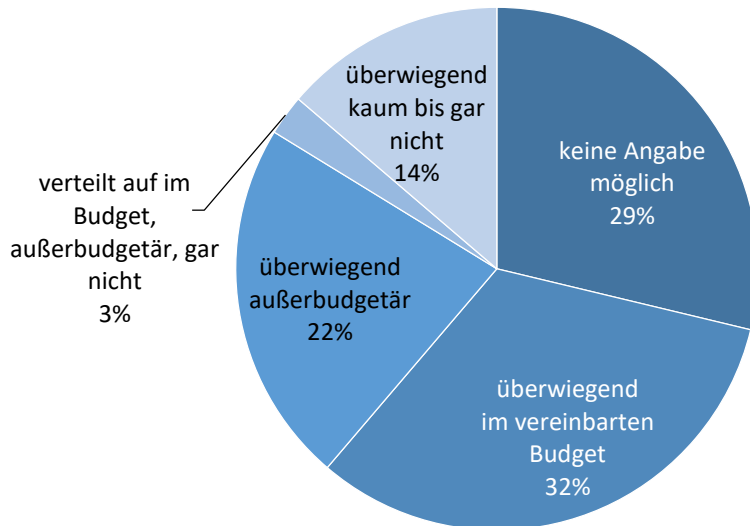
Nach den ersten 15 Monaten erhalten die Asylsuchenden eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Sie werden ab diesem Zeitpunkt auftragsweise durch die gesetzliche Krankenversicherung betreut (§ 264, Abs. 2 SGB V) und erhalten nahezu die gleichen Leistungen wie gesetzlich Krankenversicherte.

Die Einrichtungen wurden gefragt, wie im Jahr 2016 in der Regel die Vergütung von Flüchtlingen erfolgte, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten. Knapp ein Drittel der Häuser konnte keine Angabe dazu machen, wie die Vergütung realisiert wurde.

Ungefähr ein Drittel der Einrichtungen gab an, dass die Vergütung der Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, überwiegend im Rahmen des vereinbarten Budgets erfolgte. In 22 % der Einrichtungen erfolgte eine Vergütung der Flüchtlinge überwiegend außerbudgetär. 14 % der Einrichtungen gaben an, dass ein geringer Anteil bis gar keine Asylsuchenden vergütet wurden (Abb. 33).

In Abteilungspsychiatrien wurde bei dem Großteil der behandelten Flüchtlinge eine Vergütung im vereinbarten Budget realisiert, während psychiatrische Fachkrankenhäuser häufiger außerbudgetäre Vereinbarungen trafen.

Wie erfolgte im Jahr 2016 in Ihrer Einrichtung in der Regel die Vergütung von Flüchtlingen/ Asylbewerbern, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten?  
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

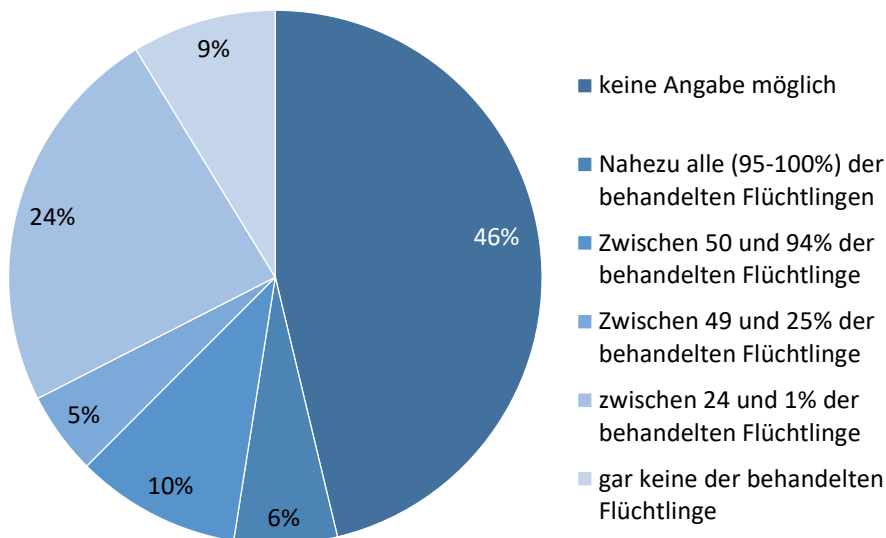
**Abb. 33: Gruppierung der Vergütung von Flüchtlingen/Asylbewerbern im Jahr 2016, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten**

Auch innerhalb der ersten 15 Monate (Wartezeit) ist es möglich, dass die Flüchtlinge bereits auftragsweise von den Krankenkassen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, obwohl sie eigentlich noch Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hätten. Voraussetzung ist, dass in den Bundesländern eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde, wie dies erstmal im Jahr 2005 in Bremen mit der AOK Bremen/Bremerhaven erfolgte. Derzeit liegen auch in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen entsprechende Vereinbarungen vor. Die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge ist jedoch auch in den genannten Bundesländern nicht (immer) flächendeckend umgesetzt. So war es beispielsweise 2017 in Niedersachsen eine Kommune, während in NRW 23 Städte die elektronische Gesundheitskarte an Flüchtlinge ausgegeben haben. Der Vorteil der Gesundheitskarten ist, dass Asylsuchende Gesundheitsleistungen nicht mehr vorab bei den Sozialämtern beantragen müssen.

Die Krankenhäuser und Abteilungen wurden gefragt, wie groß der Anteil der Flüchtlinge war, der im Jahr 2016 bereits eine elektronische Gesundheitskarte hatte, obwohl eigentlich noch Ansprüche nach dem AsylbLG bestanden. Knapp die Hälfte der Befragten war dies nicht bekannt und sie haben die Antwortkategorie „keine Angabe möglich“ gewählt (46 %).

Bei den Einrichtungen, die eine Angabe gemacht hatten, verfügte im Jahr 2016 mehrheitlich lediglich ein geringer Teil der behandelten Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem AsylbLG hatten, bereits über eine Gesundheitskarte. In knapp einem Viertel der Einrichtungen lag der Anteil der Patienten mit Gesundheitskarte zwischen 1 und 24 % der behandelten Flüchtlinge. 10 % der Häuser gaben an, dass keiner der versorgten Asylbewerber über eine entsprechende Karte verfügte (Abb. 34).

**Inwieweit verfügten die im Jahr 2016 in Ihrer Einrichtung behandelten Flüchtlinge, die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) hatten, über eine Gesundheitskarte?**  
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandelt haben, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 34: Anteile von Flüchtlingen, die Ansprüche nach dem AsylbLG und eine Gesundheitskarte haben**



## 7.6 Kooperationen

Zur besseren Versorgung von Flüchtlingen kann eine Zusammenarbeit der Einrichtungen mit bestimmten Organisationen sowie Diensten, z. B. Erstaufnahmeeinrichtungen oder Migrationslotsen, sinnvoll sein. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, mit welchen der zwölf vorgegebenen Personen oder Institutionen sie regelmäßig bei der Behandlung von Flüchtlingen zusammenarbeiten. Im Mittel kooperieren die Häuser mit fünf verschiedenen Personen oder Institutionen (Median: 4).

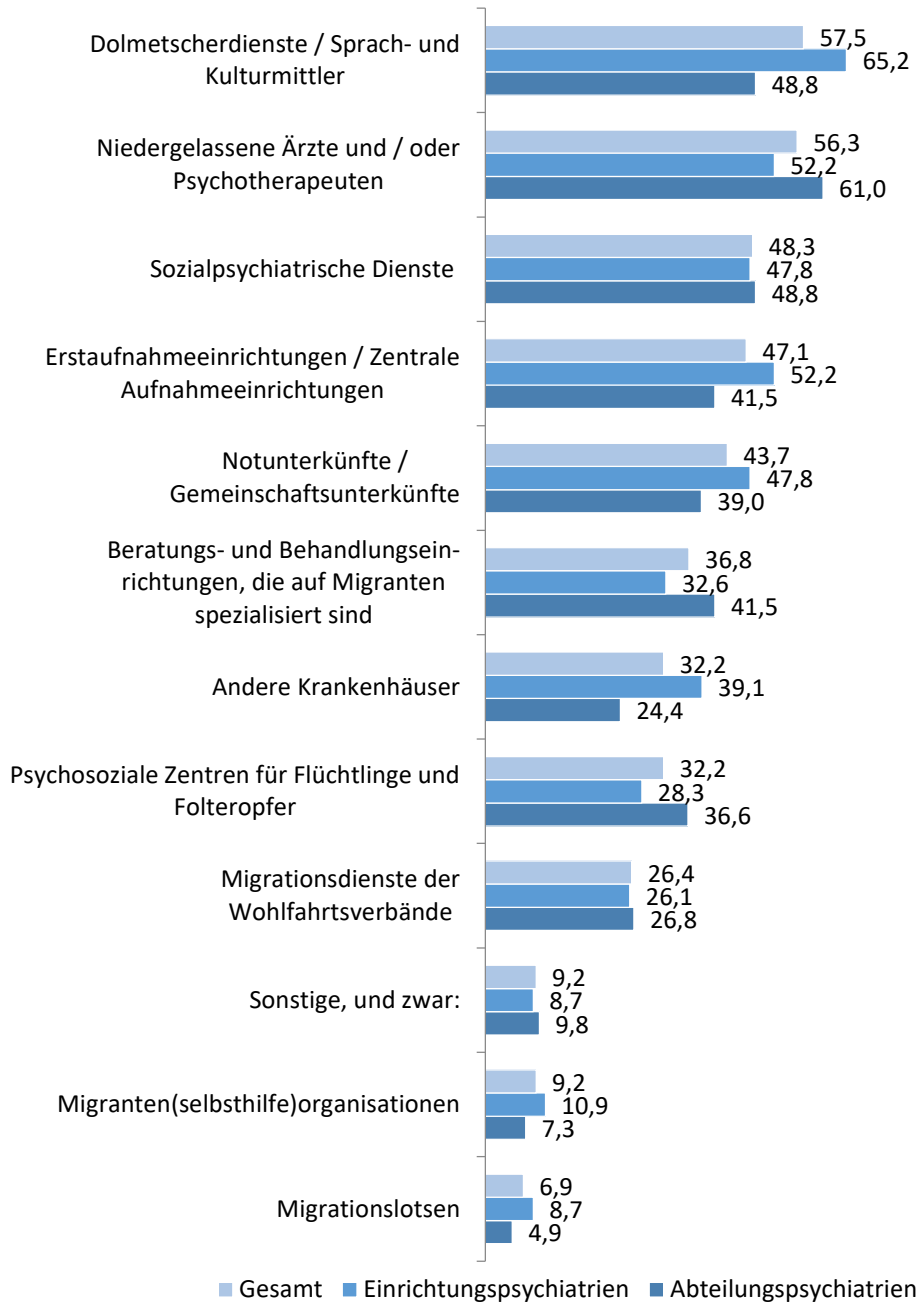
Über die Hälfte der Einrichtungen arbeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen jeweils regelmäßig mit Dolmetscherdiensten, Sprach- oder Kulturmittlern sowie niedergelassenen Ärzten und/oder Psychotherapeuten zusammen. Einrichtungspsychiatrien kooperieren überproportional häufig mit Übersetzern bzw. Sprach- und Kulturmittlern, Abteilungspsychiatrien arbeiten deutlich öfter mit niedergelassenen Ärzten und/oder Psychotherapeuten zusammen.

Etwas weniger als die Hälfte der Krankenhäuser pflegen bei der Versorgung von Flüchtlingen jeweils enge Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Diensten, Erst- bzw. zentralen Aufnahmeeinrichtungen sowie Not- bzw. Gemeindeunterkünften. Einrichtungspsychiatrien arbeiten stärker mit Not- und Gemeindeunterkünften sowie Erst- bzw. zentralen Aufnahmeeinrichtungen zusammen als Abteilungspsychiatrien.

Rund ein Drittel der Kliniken kooperiert jeweils mit Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die auf Migranten spezialisiert sind, mit anderen Krankenhäusern sowie psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Die Zusammenarbeit mit anderen Häusern erfolgt überproportional häufig in Einrichtungspsychiatrien. Mit den Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände arbeitet gut ein Viertel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien regelmäßig eng zusammen.

Vergleichsweise selten werden Kooperationen mit Migrationslotsen, Migranten(selbsthilfe)organisationen sowie „sonstigen“ Personen oder Institutionen realisiert (7 – 9 %). Bei der Zusammenarbeit mit „sonstigen“ werden vor allem Jugendämter und (Sozial)Ministerien angeführt (Abb. 35).

**Mit welchen der folgenden Personen oder Institutionen kooperiert Ihre psychiatrische/ psychosomatische Einrichtung regelmäßig im Rahmen der Versorgung von Flüchtlingen?**  
(Krankenhäuser, die Flüchtlinge behandeln, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 35: Kooperationen im Rahmen der Versorgung von Flüchtlingen**

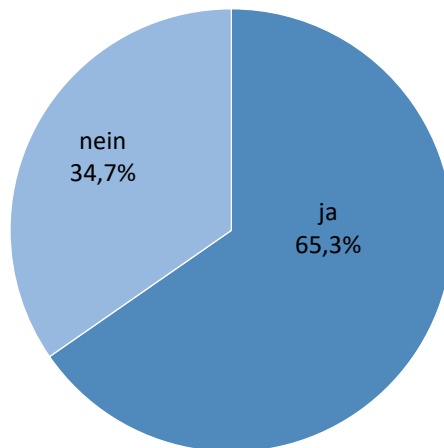
## 8 MDK-Prüfungen

Die Form, der Gegenstand sowie die Konsequenzen der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hängen bei den Krankenhäusern im hohen Maße davon ab, welches Entgeltsystem sie anwenden. Dies war der Grund, weshalb den Krankenhäusern zunächst einige wenige Fragen zum von ihnen angewendeten Entgeltsystem gestellt wurden. Im Anschluss wird auf die MDK-Prüfungen und deren Konsequenzen eingegangen.

### 8.1 Anwendung der pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Seit Januar 2013 können Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien das neue pauschalierende Entgeltsystem für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP) anwenden. Im Jahr 2017 wurde von fast zwei Dritteln der Einrichtungen das PEPP-Entgeltsystem eingesetzt (vgl. Abb. 36).

**Wendet Ihr Krankenhaus die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) an?**  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 36: Anteil Krankenhäuser, die PEPP anwenden**

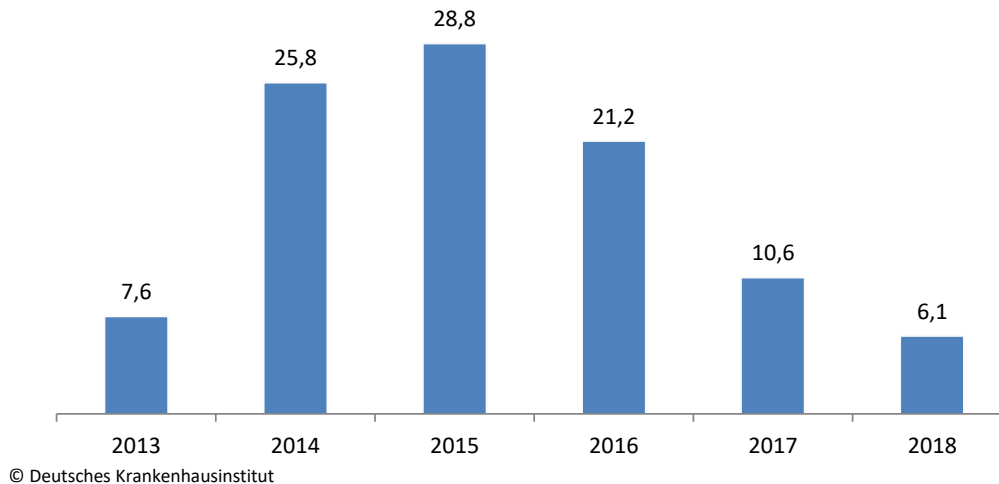
Von den Einrichtungen, die 2017 das neue Entgeltsystem anwendeten, waren 8 % schon 2013 im ersten Jahr dabei. In den beiden Folgejahren stiegen 26 %



(2014) bis 29 % (2015) auf das PEPP-Entgeltsystem um (vgl. Abb. 37). Ihre Bereitschaft, 2018 umzusteigen, gaben 8 % der Krankenhäuser an.

**Seit wann wendet Ihr Krankenhaus die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) an?**

(Krankenhäuser, die das PEPP-System anwenden, in %)



**Abb. 37: Zeitpunkt des Umstiegs auf PEPP**

## 8.2 Überblick über die Prüfverfahrensvereinbarung

Die Selbstverwaltung auf der Bundesebene wurde 2013 gesetzlich dazu verpflichtet, Vereinbarungen zu Fragen der Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern zu treffen. Ziel sollte es sein, Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Das Ergebnis dieser Verpflichtung stellt die „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG“ dar. Die Prüfverfahrensvereinbarung trat erstmalig im September 2014 in Kraft. Diese Fassung galt bis Ende Dezember 2016, ehe sie zum 01.01.2017 durch eine überarbeitete Fassung ersetzt wurde.

Geregelt wird in der PrüfV das MDK-Prüfverfahren, dem optional ein Vorverfahren vorangehen kann. Jedem Prüfverfahren geht in der Regel eine Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen voraus, die bei Auffälligkeiten das MDK-Prüfverfahren in Gang setzen.

Das Vorverfahren stellt ein optionales Verfahren da. Sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, vor Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ein Vorverfahren vorzuschlagen. Ist die jeweils andere Seite dazu bereit, beginnt das Vorverfahren, das entweder als Datensatzkorrektur und/oder als Falldialog durchgeführt werden kann.

Die nachfolgende Abb. 38 zeigt in vereinfachter Form und ohne die zugehörigen Fristen die Regelungen des Vorverfahrens.

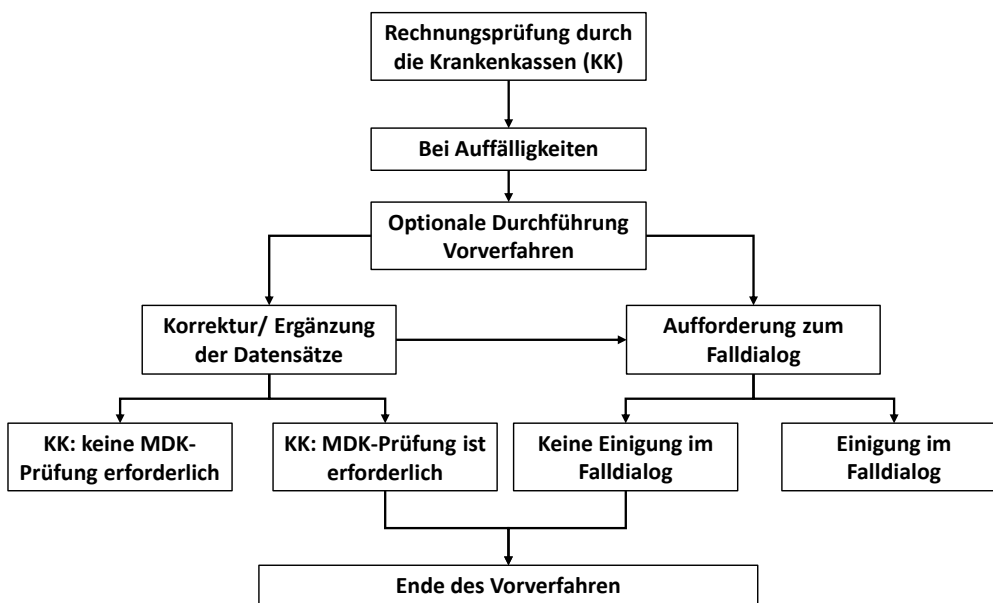


Abb. 38: Das Vorverfahren bei der MDK-Prüfung

Das Vorverfahren endet ohne eine MDK-Prüfung, sofern die Krankenkasse mit der Korrektur oder Ergänzung der Datensätze einverstanden ist bzw. bei einer Einigung im Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Die Beauftragung des MDK kann in den folgenden Fällen erfolgen:

- Im Vorverfahren erfolgt keine Datenkorrektur oder -ergänzung.
- Es erfolgt im Vorverfahren zwar eine Datenkorrektur oder -ergänzung, die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK ist dadurch jedoch aus Sicht der Krankenkasse nicht entfallen.

- Es wird trotz Aufforderung kein Falldialog durchgeführt.
- Es wird ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt.
- Aus Sicht der Krankenkasse bedarf es der direkten Beauftragung des MDK.

Wiederum in vereinfachter Form zeigt die nachstehende Abb. 39 den Ablauf der MDK-Prüfung.

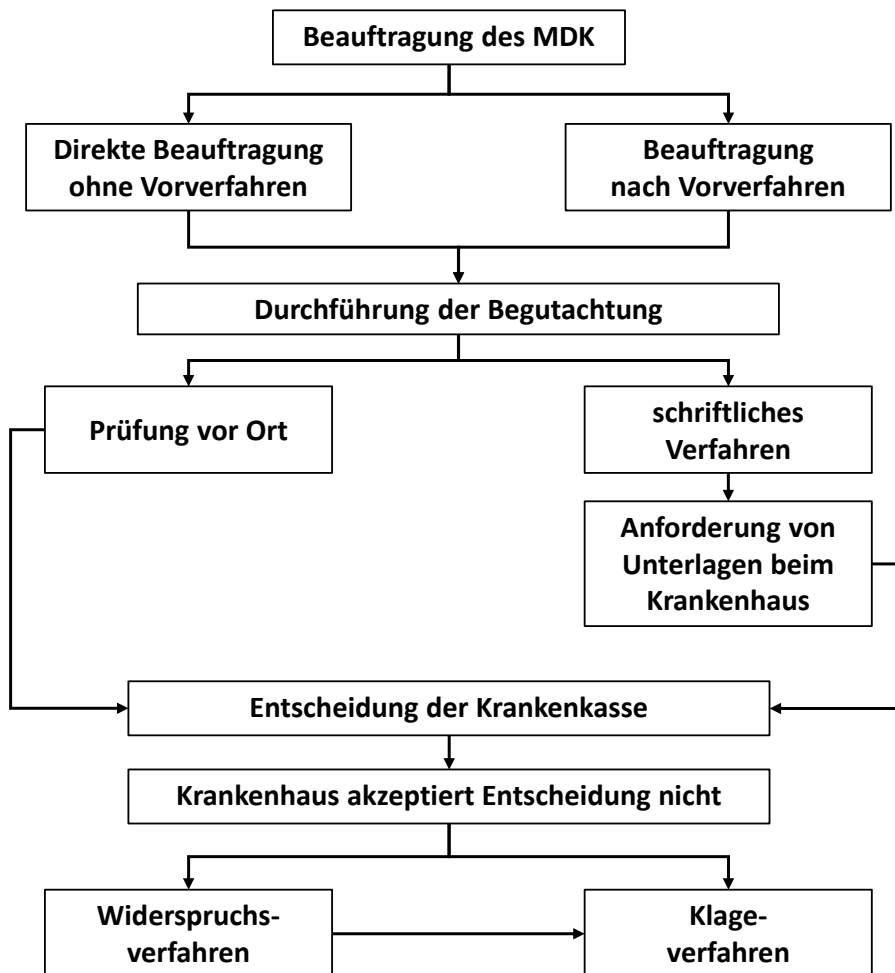


Abb. 39: Die Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen

Die Durchführung der Begutachtung kann als Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgen. MDK und das Krankenhaus sollen sich auf eines der beiden Verfahren verständigen. Sofern keine Verständigung erfolgt, entscheidet der MDK über das Verfahren.



Im Rahmen des schriftlichen Verfahrens fordert der MDK Unterlagen vom Krankenhaus an, die der MDK „zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt“ (§ 7 Abs. 2 PrüfvV). Bei der Prüfung vor Ort sind diese Unterlagen vom Krankenhaus vorzulegen.

Im Nachgang zur MDK-Prüfung entscheidet die Krankenkasse über die Wirtschaftlichkeit der Leistung bzw. der Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch.

### 8.3 Entwicklung der MDK-Prüfungen zwischen 2014 und 2016

Die Krankenhäuser sollten zunächst angeben, ob es in den Jahren 2014 bis 2016 MDK-Prüfungen gegeben hat.

Zwischen 2014 und 2016 ist der Anteil der Krankenhäuser, bei denen es zu MDK-Prüfungen gekommen ist, deutlich gestiegen. Waren im Jahr 2014 mehr als drei Viertel der Häuser von mindestens einer MDK-Prüfung betroffen, stieg der Anteil auf 90 % im Jahr 2016 an.

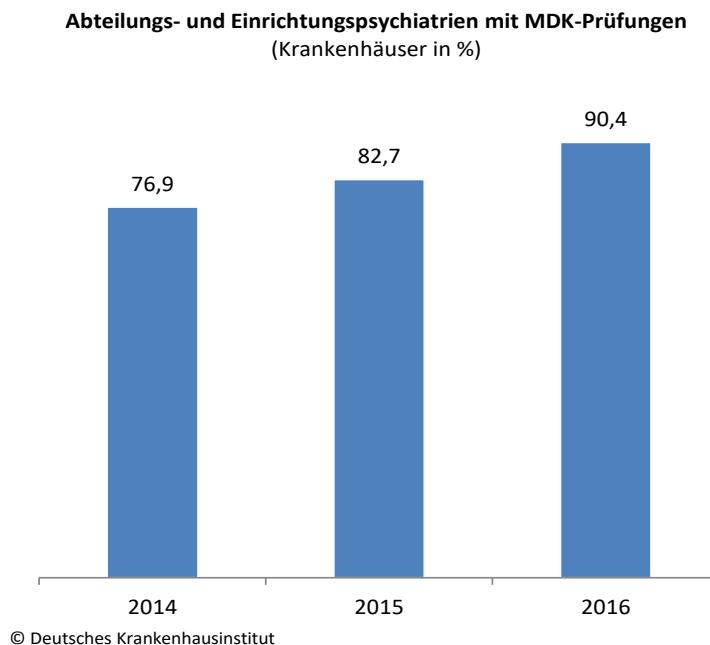
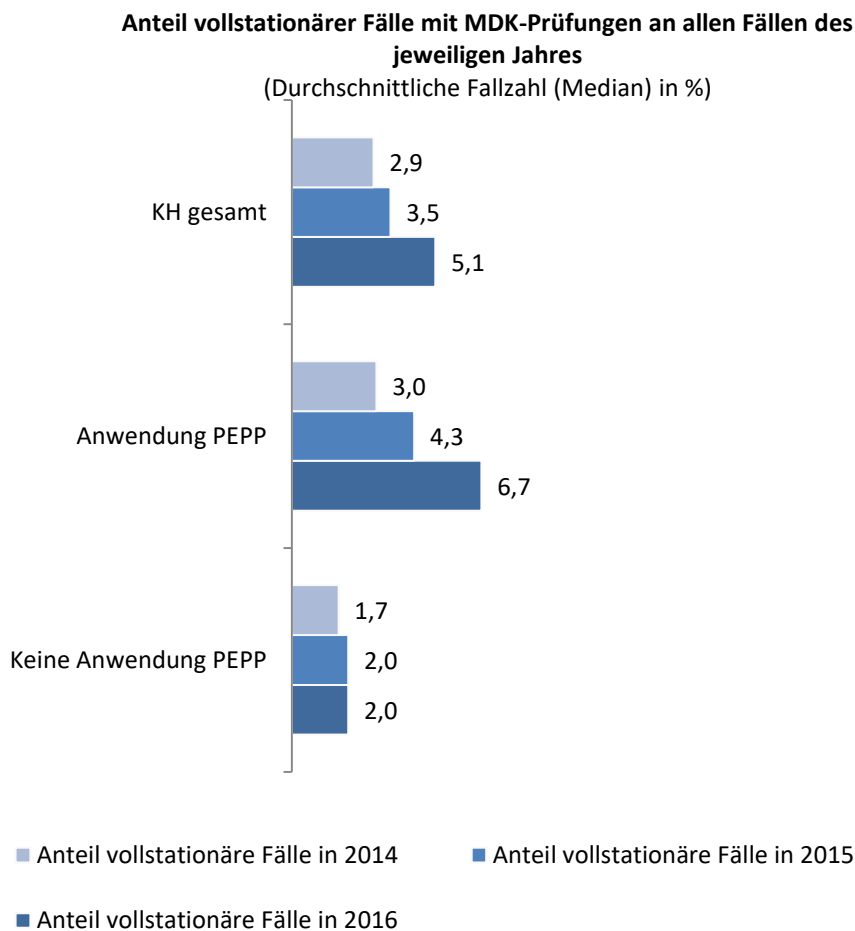


Abb. 40: Anteil der Krankenhäuser mit MDK-Prüfungen in den Jahren 2014 bis 2016

Es stieg nicht nur der Anteil der Krankenhäuser, die von einer MDK-Prüfung betroffen waren, sondern auch der Anteil der geprüften Fälle in den betroffenen Einrichtungen (vgl. Abb. 41).

Der Anteil der geprüften Fälle nahm von durchschnittlich 2,9 % im Jahr 2014 auf durchschnittlich 5,1 % im Jahr 2016 zu. Das entspricht einer Steigerung um drei Viertel.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 41: Anteil vollstationärer Fälle mit MDK-Prüfungen an allen Fällen in den Jahren 2014 bis 2016**

Wenn man das in den Einrichtungen angewendete Finanzierungssystem zugrunde legt, zeigen sich Unterschiede. Bei den Krankenhäusern, die das PEPP-System anwenden, nahm der Anteil der geprüften Fälle von 3,0 % im Jahr 2014



auf 6,7 % im Jahr 2016 zu. Der Anteil der geprüften Fälle hat sich somit mehr als verdoppelt.

In den Einrichtungen, die das PEPP-System nicht anwenden war der Anteil der geprüften Fälle zwischen 2014 und 2016 weitgehend konstant.

### 8.4 Prüfanlässe der MDK-Prüfungen

Bei den Prüfanlässen dominiert die Prüfung der Dauer der stationären Behandlung. Geprüft wird hier, ob die Verweildauer ohne ausreichende medizinische Begründung nach oben abweicht.

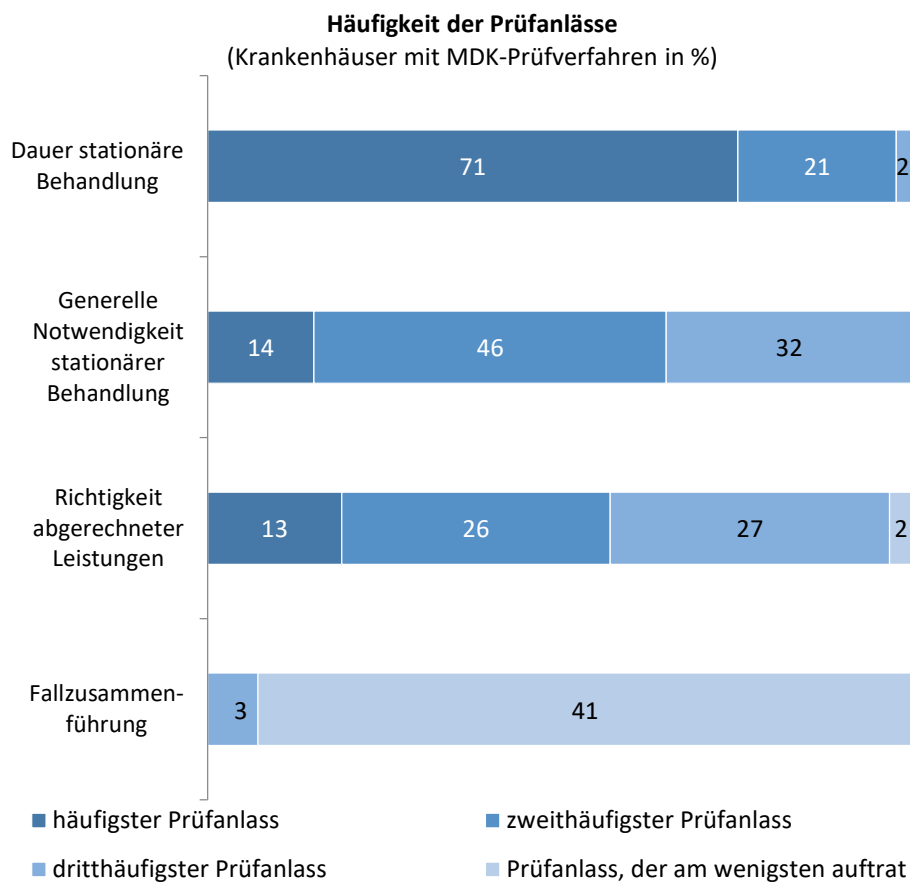


Abb. 42: Die häufigsten Prüfanlässe im Jahr 2016

71 % der Einrichtungen mit einem MDK-Prüfverfahren im Jahr 2016 nannten diesen Prüfanlass als den am häufigsten vorkommenden Grund für die MDK-



Prüfung. Weitere 21 % der Krankenhäuser nannten die Prüfung der Dauer der stationären Behandlung als zweithäufigsten Prüfanlass.

Die primäre Fehlbelegung, also die Frage, ob ein Patient überhaupt stationär behandlungsbedürftig sei, wurde nicht ganz so häufig genannt. In 14 % der Einrichtungen war sie als häufigster Prüfanlass genannt. 46 % der Krankenhäuser nannten sie als zweithäufigsten Grund für eine MDK-Prüfung.

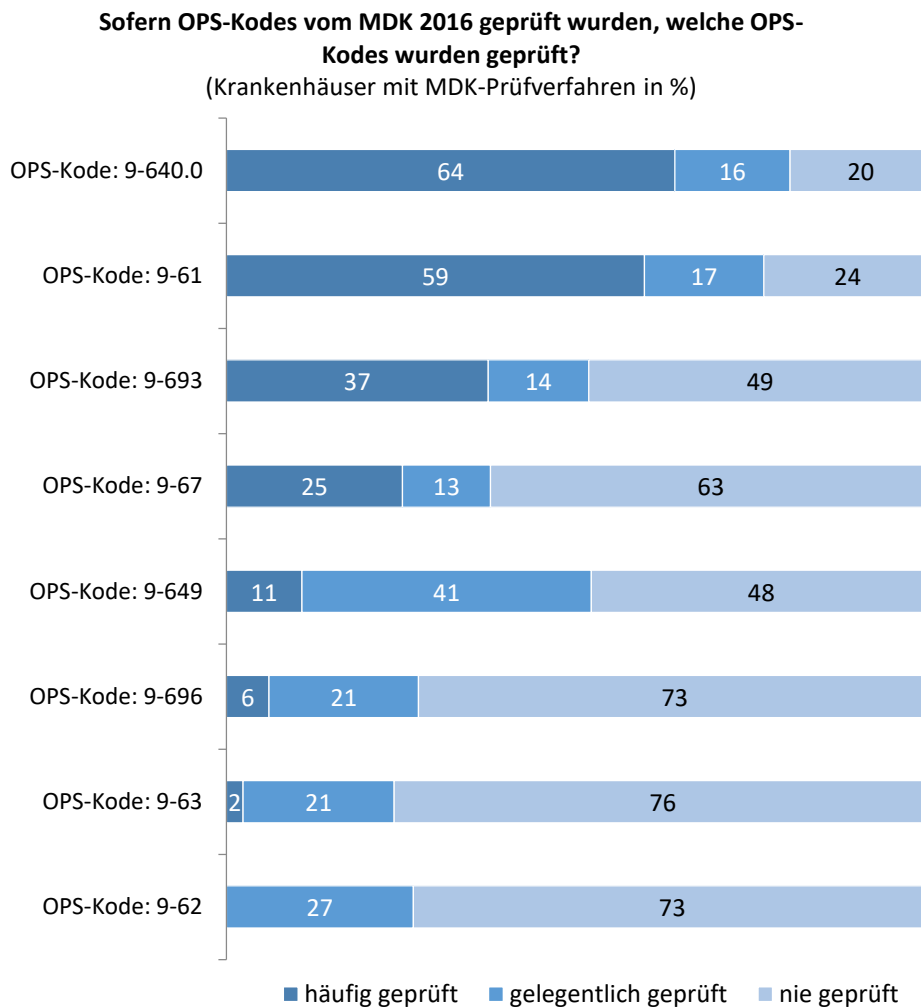
Die beiden Prüfanlässe „Dauer der stationären Behandlung“ und „Generelle Notwendigkeit stationärer Behandlung“ wurden jeweils von über 90 % der Krankenhäuser mit einer MDK-Prüfung als eine der drei häufigsten Prüfanlässe genannt.

Die Richtigkeit der abgerechneten Leistung, also z. B. die Überprüfung, ob die Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen oder der angegebene OPS-Kode nachvollziehbar und korrekt war, wurde von fast zwei Dritteln der Krankenhäuser als einer der drei häufigsten Gründe für eine MDK-Prüfung genannt.

Hinsichtlich der geprüften OPS-Kodes wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, welche Kodes von der Prüfung betroffen waren.

Im Wesentlichen konzentrierte sich die MDK-Prüfung auf vier Kodes.

Fast zwei Drittel der im Jahr 2016 geprüften Einrichtungen gaben an, dass der OPS-Kode „9-640.0 Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen. 1:1-Betreuung“ häufig geprüft worden sei. Weitere 16 % nannten eine gelegentliche Prüfung.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 43: Geprüfte OPS-Kodes**

Geringfügig weniger geprüft wurde der OPS-Kode „9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“: 59 % der Einrichtungen gaben an, dass dieser OPS-Kode häufig Gegenstand einer MDK-Prüfung gewesen sei. Weitere rund 17 % hatten 2016 eine gelegentliche Prüfung aufgrund dieses OPS-Kodes.

Etwas seltener, nämlich in insgesamt 51 % der Einrichtungen wurde der OPS-Kode „9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ häufig oder gelegentlich einer Prüfung unterzogen.

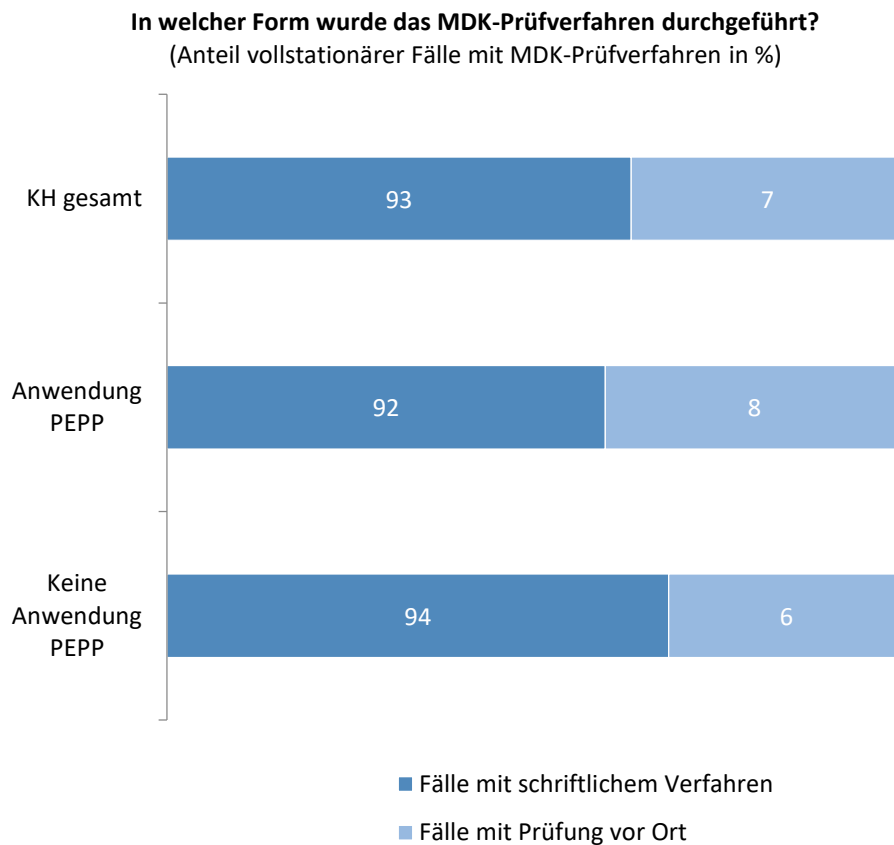


Gleichfalls 51 % der Einrichtungen gaben an, dass der OPS-Code „9-649 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen“ 2016 geprüft worden sei. Allerdings überwog hier der Anteil der Krankenhäuser, die eine gelegentliche Prüfung nannten.

In den meisten Einrichtungen kam es bei den anderen abgefragten OPS-Kodes zu keiner MDK-Prüfung im Jahr 2016.

### 8.5 Durchführung der MDK-Prüfungen

Das MDK-Prüfverfahren kann durch eine Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgen. MDK und Krankenhaus sollen sich auf das jeweilige Verfahren verständigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet der MDK, welches Prüfverfahren er anwendet.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 44: Durchführung der MDK-Prüfungen



Lediglich in 7 % der Häuser wurden Fälle vor Ort geprüft.

Zwischen den Krankenhäusern, die das PEPP-Verfahren anwenden und den Häusern, die 2016 noch nicht umgestiegen sind, besteht kaum ein Unterschied im Hinblick auf das angewendete Prüfverfahren.

### 8.6 Erlösverluste durch die MDK-Prüfungen

Die Krankenkassen leiten ein Prüfverfahren ein, wenn sie der Auffassung sind, Auffälligkeiten bei der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung oder der Korrektheit der Abrechnung erkannt zu haben. Das bedeutet nun nicht, dass die MDK-Prüfungen immer zugunsten der Krankenkassen und damit zulasten der Krankenhäuser ausfallen.

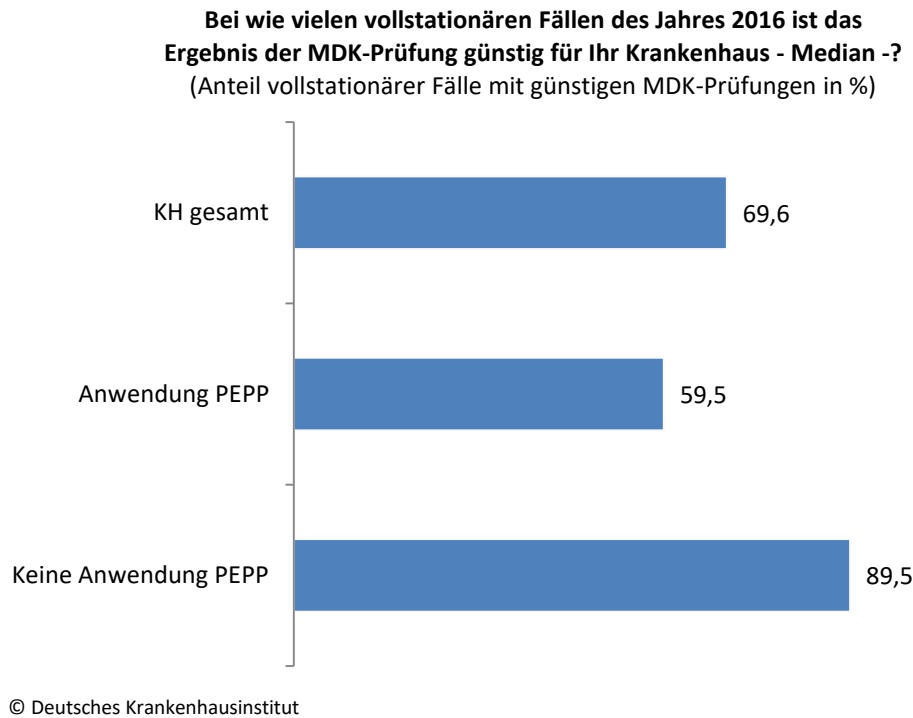


Abb. 45: Anteil vollstationärer Fälle mit günstigen Ergebnissen der MDK-Prüfung für das Krankenhaus

Dass mindestens eine MDK-Prüfung im Jahr 2016 günstig für das Krankenhaus ausgefallen ist, gaben 76,9 % der Krankenhäuser an.



Angeben sollten die Krankenhäuser, bei wie vielen vollstationären Fällen des Jahres 2016 das Ergebnis der MDK-Prüfung günstig für ihr Krankenhaus ausgefallen ist.

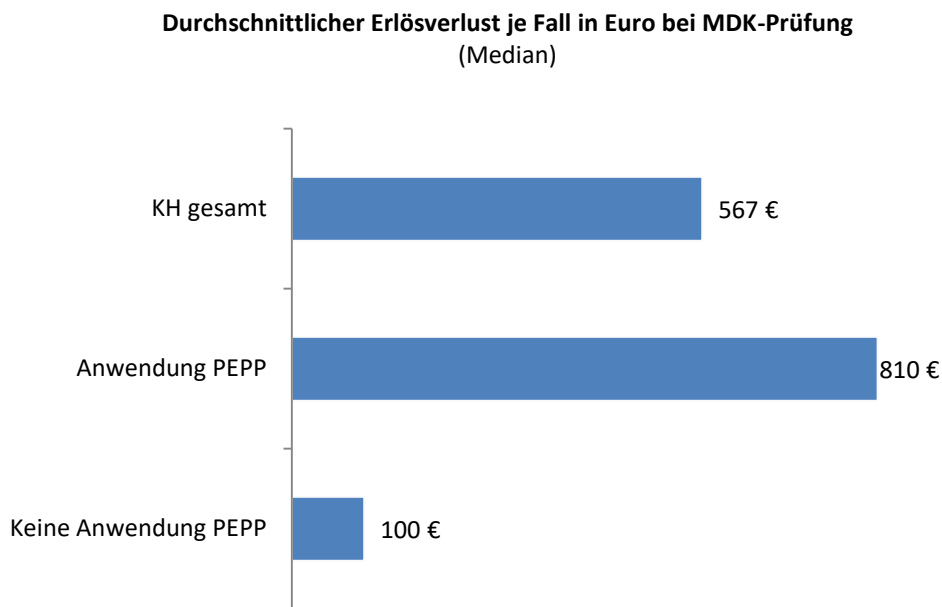
Über alle Krankenhäuser betrachtet, lag in fast 70 % der vollstationären Fälle ein für die Krankenhäuser günstiges Ergebnis der MDK-Prüfungen vor.

Ein deutlicher Unterschied besteht zwischen den Krankenhäusern, die die pauschalierenden Entgelte anwenden bzw. nicht anwenden.

Bei den Häusern, die das PEPP-System anwenden, lag der Anteil der vollstationären Fälle mit günstigem Ergebnis der MDK-Prüfung bei etwa 60 %. Dieser Anteil lag bei den Krankenhäusern, die 2016 das pauschalierende Entgelt nicht anwendeten, bei rund 90 %.

Dass es 2016 durch die MDK-Prüfungen zu einem Erlösverlust kam, gaben 80 % der Einrichtungen an.

Der durchschnittliche Erlösverlust (Median) je Fall lag hierbei bei 567 Euro.



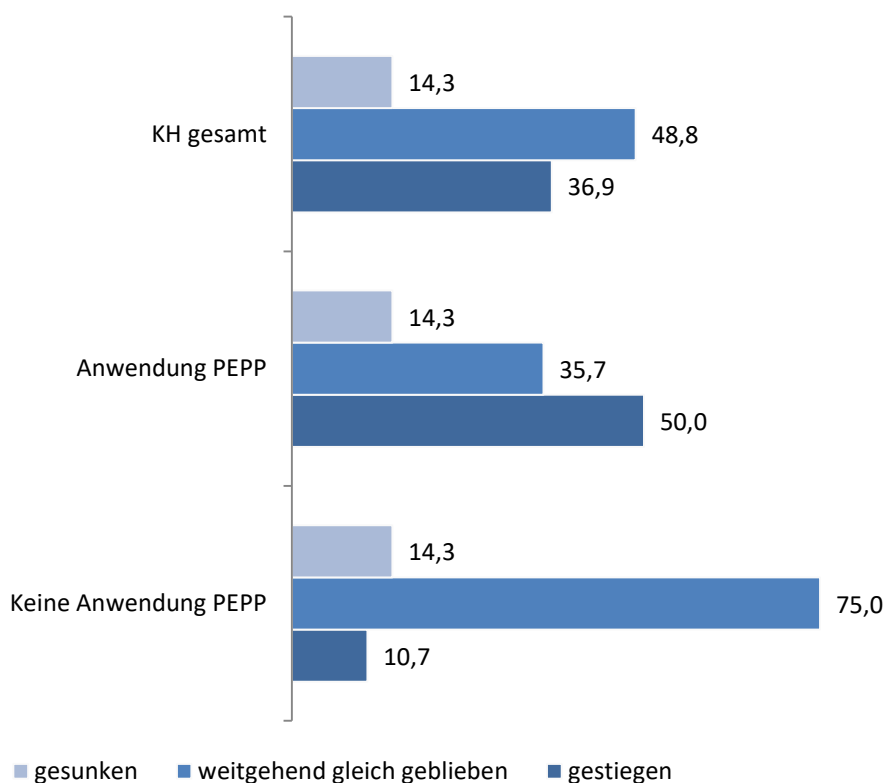
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Höhe des durchschnittlichen Erlösverlustes je geprüftem Fall bei MDK-Prüfungen

Es besteht auch hier ein deutlicher Unterschied im durchschnittlichen Erlösverlust je Fall in Abhängigkeit vom angewendeten Erlössystem.

Bei den Krankenhäusern, die 2016 die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik anwendeten, lag der Erlösverlust je Fall im Durchschnitt (Median) bei 810 Euro. Das ist deutlich höher als der durchschnittliche Erlösverlust von 100 Euro bei den Krankenhäusern, die im gleichen Zeitraum noch nicht das pauschalierende Entgeltsystem eingeführt hatten.

**Wie hat sich der Erlösverlust im Vergleich zum Vorjahr entwickelt?**  
(Krankenhäuser mit MDK-Prüfverfahren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 47: Entwicklung des durchschnittlichen Erlösverlustes je geprüftem Fall bei MDK-Prüfungen**

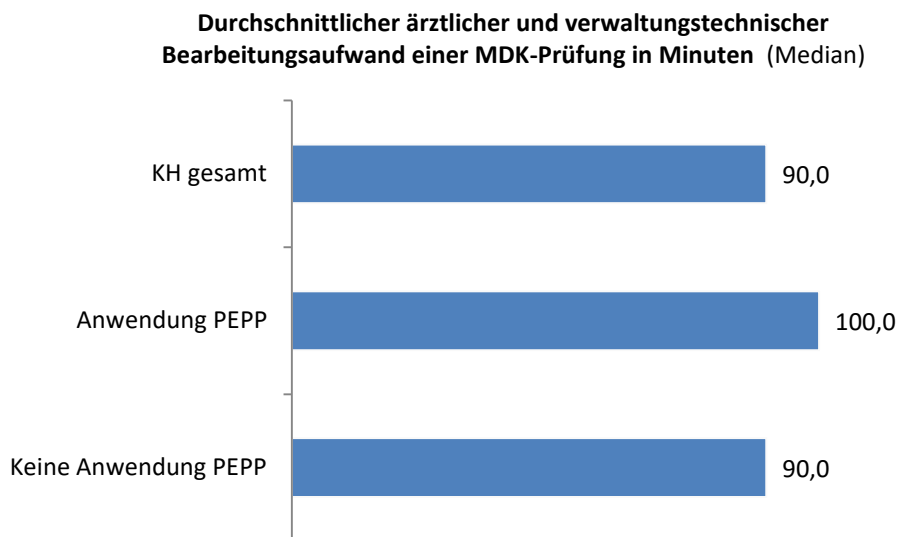
Die MDK-Prüfungen bei den Einrichtungen, die das PEPP-System anwenden, entfalten eine doppelte Dynamik: Auf der einen Seite steigt der Anteil der geprüften Fälle deutlich an, auf der anderen Seite steigt der durchschnittliche Erlösverlust je geprüftem Fall.

### 8.7 Bearbeitungsaufwand einer MDK-Prüfung

Durch MDK-Prüfungen kommt es nicht nur zu Erlösverlusten in den Krankenhäusern. Sie lösen auch Kosten in einem nicht unerheblichen Umfang aus. Das betrifft vor allem den durchschnittlichen Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer MDK-Anfrage im Ärztlichen Dienst und im Verwaltungsdienst.

Die Einrichtungen wurden gebeten, den durchschnittlichen Arbeitsaufwand je Fall in Minuten anzugeben.

Rund drei Viertel der an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäuser konnten Angaben hierzu machen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 48: Durchschnittlicher ärztlicher und verwaltungstechnischer Bearbeitungsaufwand einer MDK-Prüfung**

Im Mittel (Median) löst eine MDK-Prüfung bei den bearbeitenden Ärzten und Verwaltungsmitarbeitern einen Aufwand von insgesamt 90 Minuten aus. Hierbei lag der Aufwand der PEPP-Anwender mit durchschnittlich 100 Minuten etwas höher als derjenigen, die noch kein pauschalierendes Entgelt anwenden.



## 9 Literaturverzeichnis

- Adorjan, K., Kluge, U., Heinz, A., Stamm, T., Odenwald, M., Dohrmann, K., Mokhtari-Nejad, R., Hasan, A., Schulze, T.G., Falkai, P. & Pogarell, O. (2017). Versorgungsmodelle für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. *Nervenarzt*. 88: 989-994.
- BDO Branchencenter Gesundheitswirtschaft//Deutsches Krankenhausinstitut (2015) Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Köln: BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2015-11\\_investitionsfaehigkeit\\_der\\_deutschen\\_krankenhaeuser\\_-\\_finale\\_fassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2015-11_investitionsfaehigkeit_der_deutschen_krankenhaeuser_-_finale_fassung.pdf)
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Februar 2018. [www.bamf.de](http://www.bamf.de).
- Deutsches Krankenhausinstitut (2010) Krankenhaus Barometer. Düsseldorf: DKI. <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2010.pdf>
- Richter, K., Lehfeld, H. & Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Das Gesundheitswesen*. 77 (11): 834-838.
- Schellong, J. Epple, F., Weidner, K. & Möllering, A. (2017). Modelle zur regionalen Versorgung psychisch vulnerabler Flüchtlinge. *Psychother Psych Med*. 67 (03/04): 134-141.
- Schouler-Ocak, M. & Aichberger, M.C. (2015). Versorgung von Migranten. *Psychother Psych Med*. 65: 476-485.
- Statistisches Bundesamt (2007a). Bildung und Kultur. WS 2006/2007. Studierende an Hochschulen. Fachserie 11 Reihe 4.1. Wiesbaden 2007
- Statistisches Bundesamt (2007b). Bildung und Kultur. Schuljahr 2006/2007. Berufliche Schulen. Fachserie 11 Reihe 2. Wiesbaden 2007
- Statistisches Bundesamt (2017a). Bildung und Kultur. WS 2016/2017. Studierende an Hochschulen. Fachserie 11 Reihe 4.1. Wiesbaden 2017
- Statistisches Bundesamt (2017b). Bildung und Kultur. Schuljahr 2016/2017. Berufliche Schulen. Fachserie 11 Reihe 2. Wiesbaden 2017
- TarGroup Media (2016). Pflege-Studiengänge in Deutschland 2016. Aktuelle Daten und Statistiken. Köln: [www.pflegestudium.de](http://www.pflegestudium.de)
- Wöller, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 66 (09/10): 349-355-