

# Psychiatrie Barometer

Umfrage 2012

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT**



**PSYCHIATRIE BAROMETER 2012**

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211 / 47 051 – 17  
Fax.: 0211 / 47 051 – 19  
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, Juni 2013



## Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>1 EINFÜHRUNG DES NEUEN ENTGELTSYSTEMS</b> .....	<b>5</b>
1.1 ANWENDUNG DES OPTIONSMODELLS .....	5
1.2 GRÜNDE FÜR UND GEGEN DEN VORZEITIGEN UMSTIEG .....	6
1.3 AUSWIRKUNGEN DES NEUEN ENTGELTSYSTEMS .....	9
1.4 ERWARTUNGEN AN DAS NEUE ENTGELTSYSTEM.....	10
<b>2 WAHLEISTUNGEN</b> .....	<b>13</b>
2.1 WAHLEISTUNG UNTERKUNFT.....	13
2.2 WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN .....	15
2.3 ERLÖSSTRUKTUR BEI WAHLEISTUNGEN INSGESAMT.....	17
<b>3 MODELLVORHABEN NACH § 64B SGB V</b> .....	<b>20</b>
3.1 DURCHFÜHRUNG VON MODELLVORHABEN GEMÄß § 64B SGB V.....	20
3.2 ARGUMENTE GEGEN DIE DURCHFÜHRUNG VON MODELLVORHABEN.....	21
3.3 BETROFFENE BEREICHE UND PATIENTENGRUPPEN .....	23
<b>4 PERSONAL</b> .....	<b>26</b>
4.1 STELLENBESETZUNGSPROBLEME .....	26
4.2 PERSONALAKQUISE.....	29
4.3 PERSONALPLANUNG .....	33
4.4 PERSONALENTWICKLUNG .....	37
4.5 ORGANISATION DER KRANKENHAUSLEITUNG.....	44
<b>5 BEHANDLUNG VON VOLL- ODER TEILSTATIONÄREN PATIENTEN MIT „DEPRESSIVER EPISODE“ ODER „REZIDIVIERENDER DEPRESSIVER STÖRUNG“ (ICD-10: F32/F33)</b> .....	<b>48</b>
5.1 EINGESETZTE DIAGNOSEVERFAHREN BEI PATIENTEN MIT DEPRESSIONEN. .....	50
5.2 GENUTZTE MEDIZINISCH-MEDIKAMENTÖSE ANGEBOTE BEI PATIENTEN MIT DEPRESSIONEN.....	54
5.3 ANGEWANDTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN BEI PATIENTEN MIT DEPRESSIONEN.....	56

5.4	EINGESETZTE VERFAHREN BEI PATIENTEN MIT DEPRESSIONEN.....	60
5.5	BEGLEITENDE BEHANDLUNGSANGEBOTE BEI PATIENTEN MIT DEPRESSIONEN.....	65
5.6	WEITERE LEISTUNGSANGEBOTE BEI PATIENTEN MIT DEPRESSIONEN .....	74
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>77</b>





## Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2012 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 bewährte Konzept des DKI-Krankenhaus Barometers (DKI, 2000ff.) für den somatischen Bereich wird damit auf die Psychiatrie übertragen.

Das PSYCHIATRIE Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VIK). 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 2012 beruhen auf einer Vollerhebung in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von September bis November 2012 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 126 Einrichtungen.

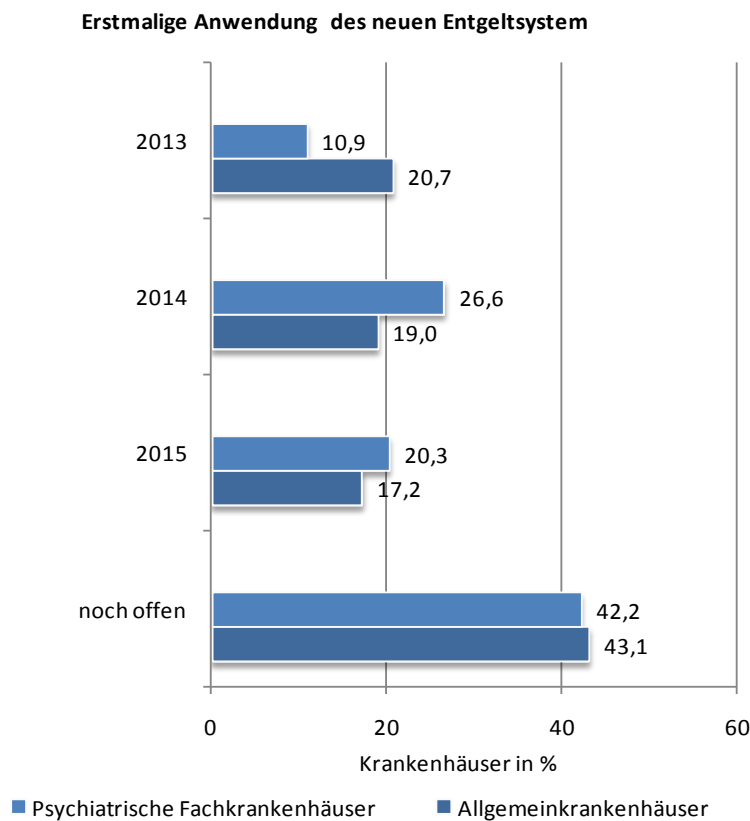
Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

Die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten werden nachfolgend als „*Psychiatrische Fachkrankenhäuser*“ oder „*Einrichtungspychiatrien*“ bezeichnet. Ihnen werden die „*Allgemeinkrankenhäuser*“ gegenüber gestellt, die neben den somatischen Bereichen auch psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachabteilungen vorhalten (nachfolgend auch: „*Abteilungspsychiatrien*“).

# 1 Einführung des neuen Entgeltsystems

## 1.1 Anwendung des Optionsmodells

Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz wurde analog zu den somatischen Krankenhäusern auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt. Verbindlich gilt das neue Entgeltsystem für alle entsprechenden Einrichtungen ab dem Jahr 2015. Für die Jahre 2013 und 2014 (Optionsjahre) erfolgt die Einführung auf Verlangen des Krankenhauses. Im PSYCHIATRIE Barometer sollten die Krankenhäuser angeben, wann sie zum Erhebungsstand im Herbst 2012 das neue Entgeltsystem erstmalig anwenden würden. Abb. 1 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrischen Fachkliniken.



© Deutsches Krankenhausinstitut

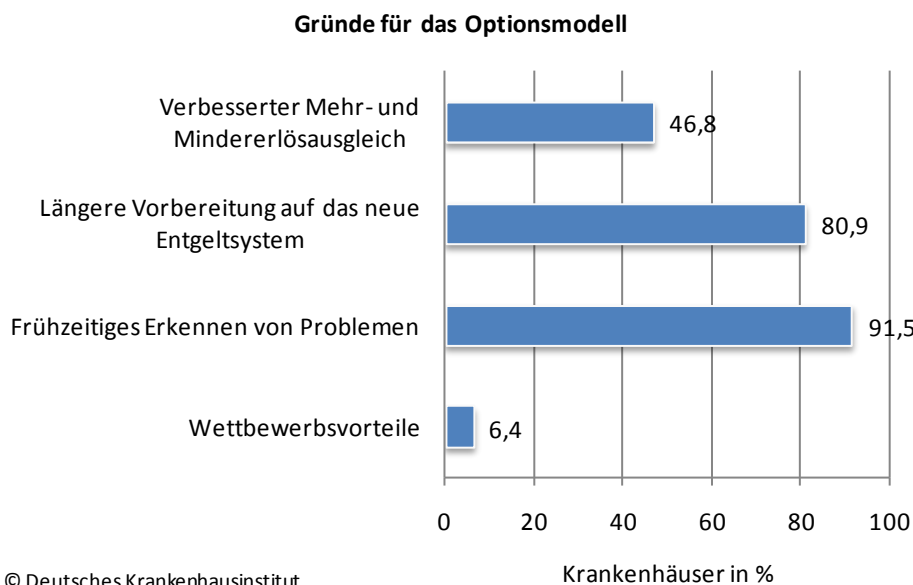
**Abb. 1: Erstmalige Anwendung des neuen Entgeltsystems**

Demnach gaben jeweils knapp 40% der Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrischen Fachkliniken an, schon vor der verbindlichen Einführung im Jahr 2015 für das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie zu optieren. Der Anteil der Abteilungspsychiatrien, die bereits 2013 das neue Entgeltsystem erstmalig anwenden wollten, fiel dabei mit gut 20% etwa doppelt so hoch aus wie bei den Einrichtungspsychiatrien.

Rund 17% (Abteilungspsychiatrien) bzw. gut 20% (Einrichtungspsychiatrien) der psychiatrischen Einrichtungen wollen nicht optieren. Jeweils mehr als 40% der Befragungsteilnehmer waren zum Erhebungszeitpunkt jedoch noch unentschieden, wann sie das neue Entgeltsystem erstmalig anwenden würden.

### 1.2 Gründe für und gegen den vorzeitigen Umstieg

Diejenigen Krankenhäuser, welche bereits 2013 und 2014 das neue Entgeltsystem erstmalig anwenden wollen, sollten die Gründe für die Wahl des Optionsmodells benennen. Da es in dieser Hinsicht kaum Unterschiede zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrischen Fachkliniken gab, fasst Abb. 2 die Ergebnisse für beide Krankenhaustypen zusammen.



**Abb. 2: Gründe für das Optionsmodell**



Wesentliche Gründe für den vorzeitigen Umstieg auf das neue Entgeltsystem sind demnach Lerneffekte bzw. das Sammeln von Erfahrungen: Knapp 92% der Optionshäuser steigen um, um frühzeitig Probleme zu erkennen; rund 81% dieser Einrichtungen wollen eine längere Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem unter echten Anwendungsbedingungen. Etwaige Wettbewerbsvorteile spielen dagegen bei der Wahl für das Optionsmodell kaum eine Rolle.

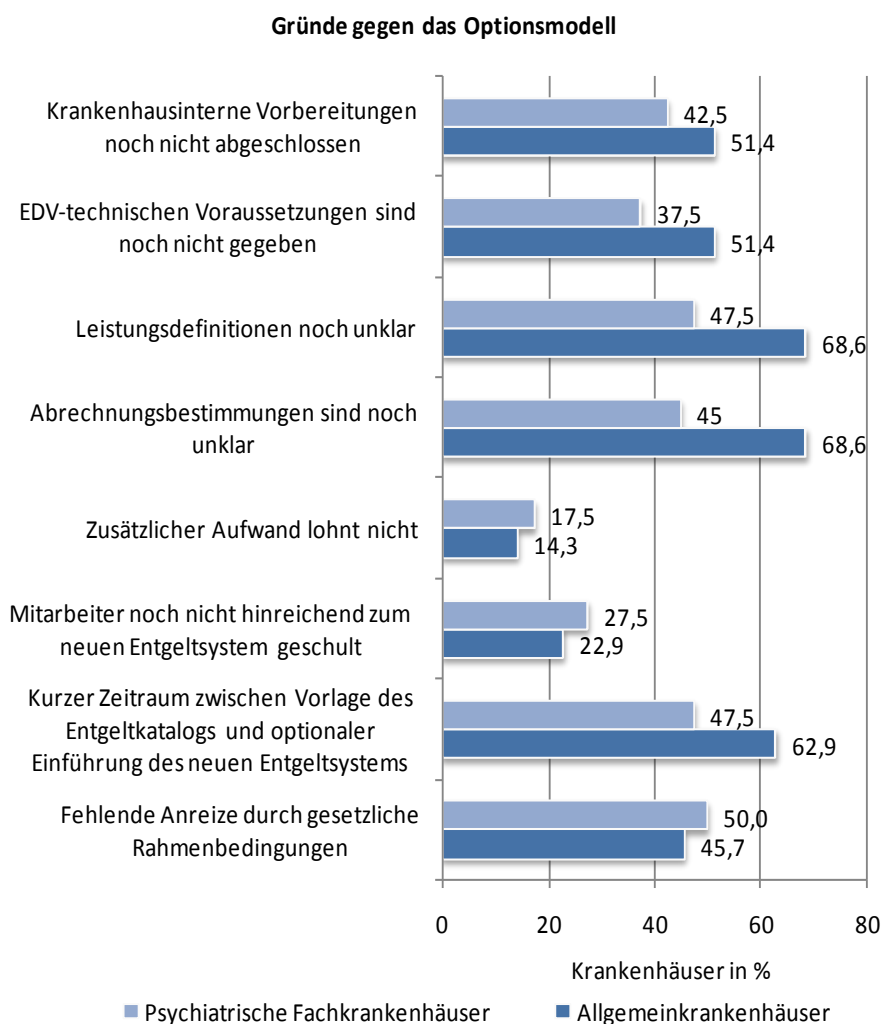
Nach dem Psychiatrie-Entgeltgesetz haben Optionshäuser gemäß dem novellierten § 3 Abs. 5 BpflV verbesserte Mehr- und Mindererlösausgleiche bei Abweichungen vom Gesamtbudget. So werden insbesondere Mindererlöse für die Jahre 2013 und 2014 zu 95% ausgeglichen (statt zu 20% wie bei nicht optierenden Häusern). Mehrerlöse, die nicht infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden 2013 und 2014 zu 65% ausgeglichen (statt zu 85% bzw. 90% bei nicht optierenden Häusern). Knapp die Hälfte der Optionshäuser (47%) gab an, auch auf Grund der verbesserten Erlösausgleiche frühzeitig auf das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie umgestiegen zu sein oder umsteigen zu wollen.

Analog zu den Optionshäusern sollten auch die nicht optierenden Häuser bzw. die noch ungeschlossenen Befragungsteilnehmer angeben, welche Gründe (einstweilen) in ihren Häusern für die Nicht-Anwendung des Optionsmodells maßgeblich waren. Da in dieser Hinsicht teilweise größere Unterschiede nach dem Krankentyp resultierten, weist Abb. 2 die Ergebnisse nach Einrichtungstyp und Abteilungspsychiatrien getrennt aus.

Gerade für die Allgemeinkrankenhäuser mit langjähriger Erfahrung mit dem Fallpauschalensystem im somatischen Bereich sind die Leistungsdefinitionen und Abrechnungsbestimmungen des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie noch unklar. Jeweils gut zwei Drittel der nicht optierenden Allgemeinkrankenhäuser äußerten sich in diesem Sinne, verglichen mit jeweils rund 45% der Psychiatrischen Fachkliniken.

Knapp zwei Drittel der Allgemeinkrankenhäuser hielten den Zeitraum zwischen der Vorlage des Entgeltkataloges und der optionalen Einführung des neuen Entgeltsystems für zu kurz. In den Einrichtungspsychiatrien war es weniger als die Hälfte.





© Deutsches Krankenhausinstitut

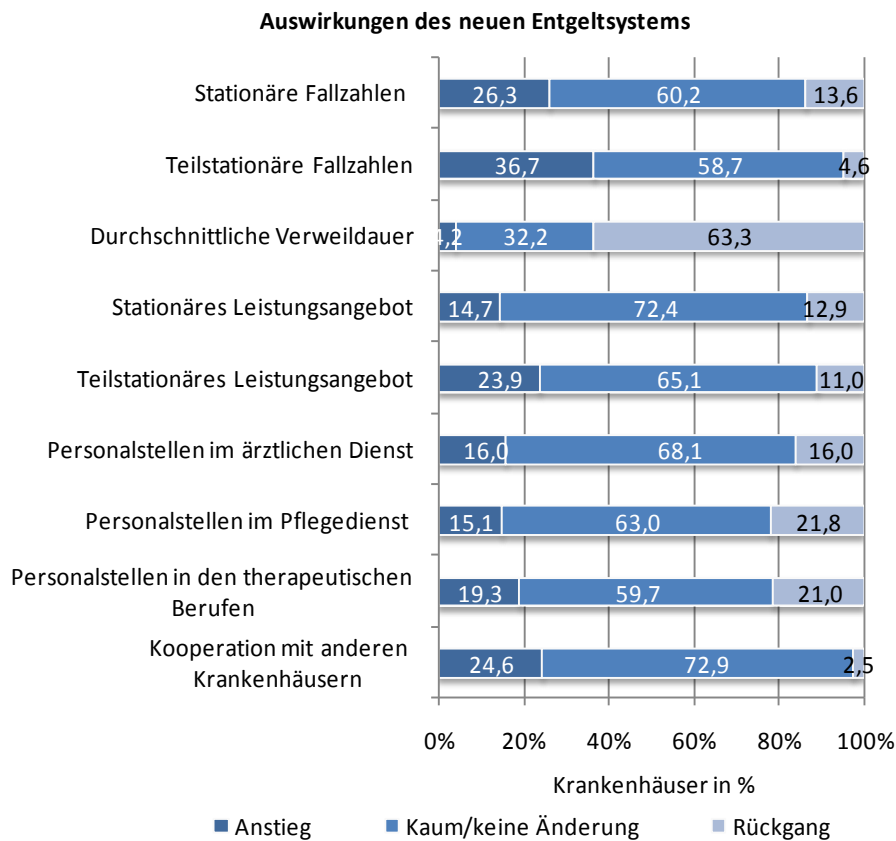
**Abb. 3: Gründe gegen das Optionsmodell**

Jeweils gut die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser führte an, dass die krankenhausinternen Vorbereitungen noch nicht abgeschlossen bzw. die EDV-technischen Voraussetzungen für das neue Entgeltsystem bei ihnen noch nicht gegeben seien. In den Einrichtungspsychiatrien waren es jeweils rund 40%.

Insgesamt wurden Bedenken gegen das Optionsmodell seitens der nicht optierenden Allgemeinkrankenhäuser häufiger angeführt als seitens der Psychiatrischen Fachkliniken.

### 1.3 Auswirkungen des neuen Entgeltsystems

Optierende wie nicht optierende Häuser sollten angeben, welche Auswirkungen sie grundsätzlich für ihre Einrichtung infolge des neuen Entgeltsystems erwarten. Da es in dieser Hinsicht kaum Unterschiede nach dem Krankenhaustyp gab, werden die Ergebnisse zusammengefasst für Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien dargestellt (Abb. 4).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 4: Auswirkungen des neuen Entgeltsystems**



Am ehesten erwarten die psychiatrischen Einrichtungen durch die Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie einen Verweildauerrückgang. Fast zwei Drittel (63%) der Befragten gehen davon aus, dass die durchschnittlichen Verweildauern in der Psychiatrie sinken werden.

Hinsichtlich der stationären und teilstationären Fallzahlen erwarten die psychiatrischen Einrichtungen mehrheitlich (jeweils ca. 60%) keine oder kaum Änderungen. Eine Minderheit von Einrichtungen geht von einem Anstieg der stationären Fallzahlen (26%) bzw. vor allem der teilstationären Fallzahlen (37%) aus. Auch Änderungen des stationären und teilstationären Leistungsangebots werden infolge des neuen Entgeltsystems nur begrenzt erwartet.

Einstweilen glaubt auch die Mehrzahl der psychiatrischen Einrichtungen, ihre aktuellen Stellenzahlen halten zu können. Das gilt, wenngleich mit abnehmender Häufigkeit, gleichermaßen für den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und die therapeutischen Berufe.

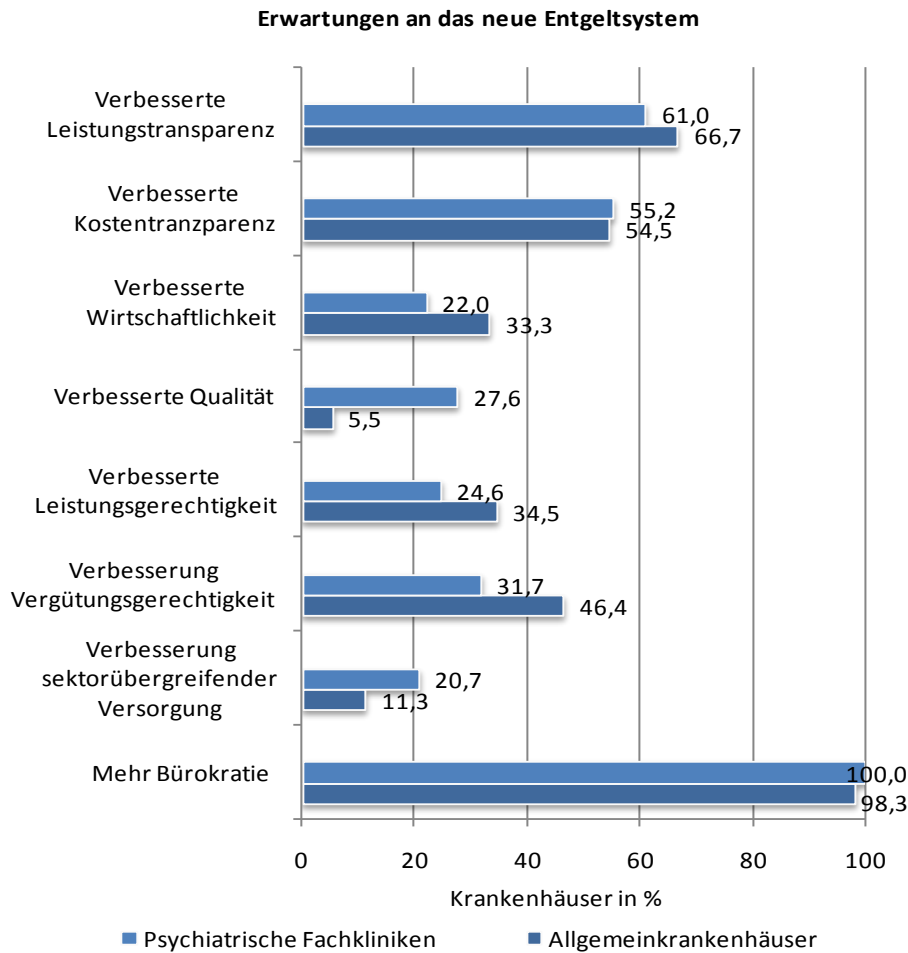
#### 1.4 Erwartungen an das neue Entgeltsystem

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten sich die Befragungsteilnehmer zu ihren Erwartungen infolge des neuen Entgeltsystems für ihr eigenes Haus äußern (Abb. 5). Die Auswahl der entsprechenden Fragestellungen orientierte sich maßgeblich an den Zielsetzungen des Psychiatrie-Entgeltgesetzes gemäß der Amtlichen Begründung (Deutscher Bundestag 2012).

Einig waren sich die Allgemeinkrankenhäuser und die Psychiatrischen Fachkliniken dahingehend, dass das neue Entgeltsystem zu mehr Bürokratie führen wird. Fast ausnahmslos alle Befragungsteilnehmer teilen diese Erwartung.

Unabhängig vom Krankentyp verspricht sich die Mehrheit der psychiatrischen Einrichtungen vor allem eine verbesserte Leistungstransparenz sowie darüber hinaus auch eine verbesserte Kostentransparenz.

Deutlich skeptischer fallen hingegen die Erwartungen mit Blick auf die anderen erhobenen Aspekte aus: Ein Drittel der Abteilungspsychiatrien geht von einer verbesserten Wirtschaftlichkeit infolge des neuen Entgeltsystems aus, bei den Einrichtungspsychiatrien sind es nur 22%. Qualitätsverbesserungen infolge des neuen Entgeltsystems werden lediglich von 28% der Psychiatrischen Fachkliniken und von gut 5% der Allgemeinkrankenhäuser erwartet.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 5: Erwartungen an das neue Entgeltsystem**

Unter den Allgemeinkrankenhäusern versprechen sich 46% eine verbesserte Vergütungsgerechtigkeit und 35% eine verbesserte Leistungsgerechtigkeit durch das neue Entgeltsystem, bei den Psychiatrischen Fachkliniken fallen die entsprechenden Anteilswerte noch niedriger aus.

Insgesamt lässt sich mit Blick auf die Zielsetzungen nach dem Psychiatrie-Entgeltgesetz festhalten, dass sich die Mehrzahl der psychiatrischen Einrichtungen vor allem eine verbesserte Leistungs- und Kostentransparenz verspricht, mit Blick auf die Zielerreichung bei anderen Zielen des neuen Entgeltsystems aber einstweilen Skepsis vorherrscht. Des Weiteren fallen die Erwartungen bei den Allgemeinkrankenhäusern tendenziell etwas positiver aus als unter den Psychiatrischen Fachkliniken.





## 2 Wahlleistungen

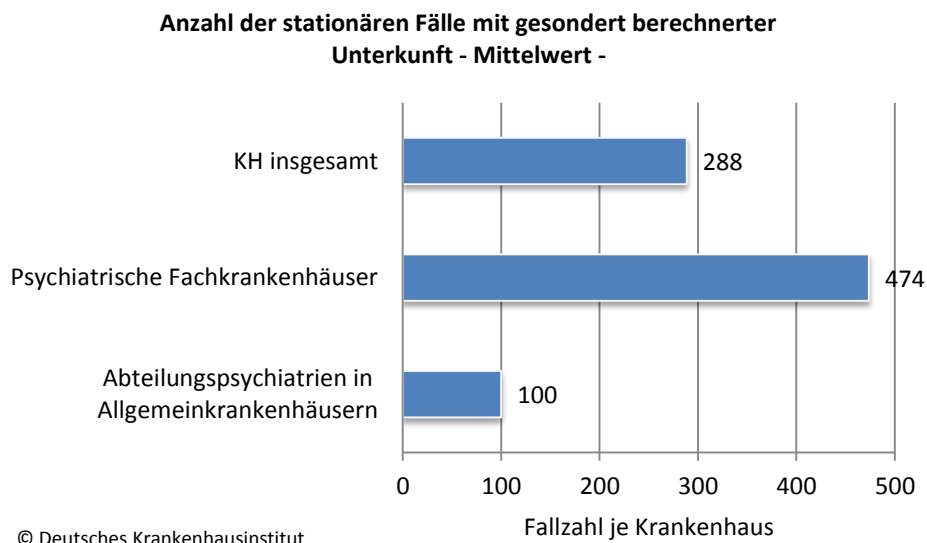
Den Krankenhäusern ist es gemäß § 17 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz erlaubt, neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnen zu dürfen. Voraussetzungen sind, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist.

Die Wahlleistungen können unterteilt werden in nichtärztliche und ärztliche Wahlleistungen. Zu den nichtärztlichen Wahlleistungen zählt u.a. die gesondert berechenbare Unterkunft in Ein- oder Zweibettzimmern.

### 2.1 Wahlleistung Unterkunft

Gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen in Form von Ein- und Zweibettzimmern können auch von Krankenhäusern mit psychiatrischen Betten als Wahlleistungen angeboten werden.

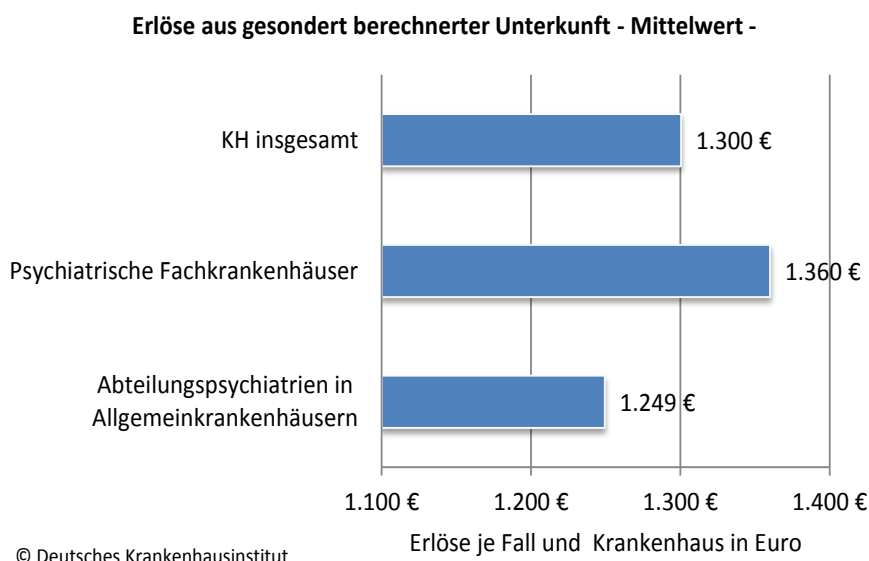
Im Jahr 2011 wurden im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) 288 stationäre psychiatrische Fälle pro Krankenhaus mit gesondert berechneter Unterkunft abgerechnet.



**Abb. 6: Mittlere Anzahl der stationären Fälle mit gesondert berechneter Unterkunft im Jahr 2011 nach Krankenhaustyp**

Allerdings unterscheiden sich hier die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser sehr deutlich von den Abteilungspsychiatrien in den Allgemeinkrankenhäusern. In den Abteilungspsychiatrien wurden 2011 im Mittel 100 Fälle mit gesondert berechneter Unterkunft berechnet. Dagegen lag die Fallzahl mit im Mittel 474 bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern deutlich höher (Abb. 6). Bei der Interpretation muss berücksichtigt werden, dass die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser deutlich größer sind als die Abteilungspsychiatrien. Insofern kommt dem Größeneffekt eine wichtige Rolle zu. Aus den Mittelwerten kann daher nicht abgeleitet werden, dass die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser stärker privat liquidieren als die Abteilungspsychiatrien.

Bei den Erlösen je Fall aus gesondert berechneter Unterkunft bestätigt sich dies. Im Mittel wurden im Jahr 2011 je Fall 1.300 Euro erzielt.



**Abb. 7: Durchschnittliche Erlöse je Fall für gesondert berechnete Unterkunft im Jahr 2011 nach Krankenhaustyp**

Auch hier lagen die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit 1.360 Euro je Fall über dem Durchschnitt, während die Abteilungspsychiatrien in Allgemeinkrankenhäusern auf 1.249 Euro im Mittel kamen (Abb. 7).

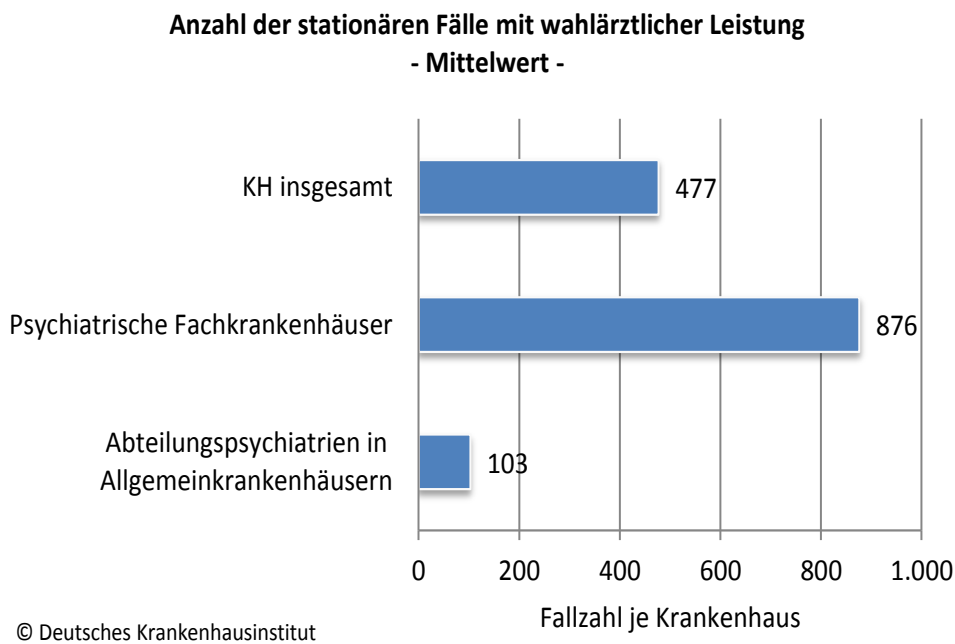
Im Krankenhaus Barometer 2011 wurden für die somatischen Krankenhäuser ebenfalls die durchschnittlichen Erlöse aus gesondert berechneter Unterkunft ermittelt. Dort lagen die mittleren Erlöse je somatischem Fall bei 340 Euro. Die deutlich höheren Erlöse je Fall bei den Krankenhäusern mit psychiatrischen Betten sind vor allem auf die längeren Verweildauern in diesen Häusern zurückzuführen.

## 2.2 Wahlärztliche Leistungen

Neben der gesondert berechneten Unterkunft gibt es den großen Bereich der wahlärztlichen Behandlung. Auch hier sollten die Krankenhäuser Angaben zur Anzahl der stationären Fälle machen, welche die wahlärztliche Behandlung im Jahr 2011 in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus sollte die Höhe der



Erlöse angegeben werden, die dem Krankenhaus aus der wahlärztlichen Behandlung von stationären Patienten verbleiben. Es sollten somit nur die Erlöse angegeben werden, die dem Krankenhaus aus wahlärztlicher Leistung verbleiben (so genannte Nettoerlöse), wie die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung / Vorteilsausgleich gem. Konto 430 KHBV) bei Liquidationsrecht bzw. Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung gemäß Konto 410 KHBV, die das Krankenhaus in Rechnung stellt abzüglich der gezahlten Arzthonorare.

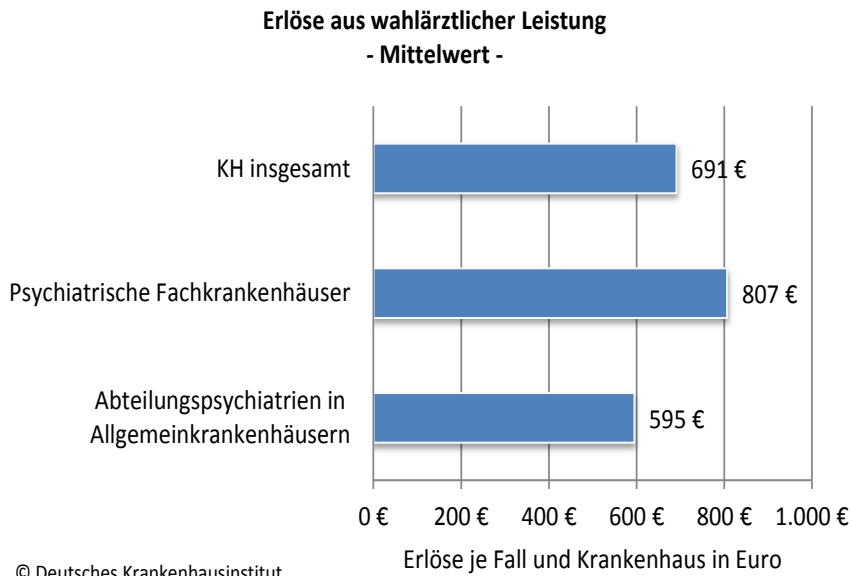


**Abb. 8: Mittlere Anzahl der stationären Fälle mit wahlärztlichen Leistungen im Jahr 2011 nach Krankenhaustyp**

Im Jahr 2011 wurden im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) in jedem Krankenhaus 477 Patienten behandelt, die wahlärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben.

Wiederum liegen die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit einer mittleren Fallzahl von 876 über dem Durchschnitt. In den Abteilungspsychiatrien der Allgemeinkrankenhäuser kamen 103 Fälle mit wahlärztlichen Leistungen zustande (Abb. 8).

Ermittelt man den durchschnittlichen Fallerlös aus der wahlärztlichen Behandlung, so erhält man einen Durchschnittswert von 691 Euro.



**Abb. 9: Durchschnittliche Erlöse je Fall mit wahlärztlicher Behandlung im Jahr 2011 nach Krankenhaustyp**

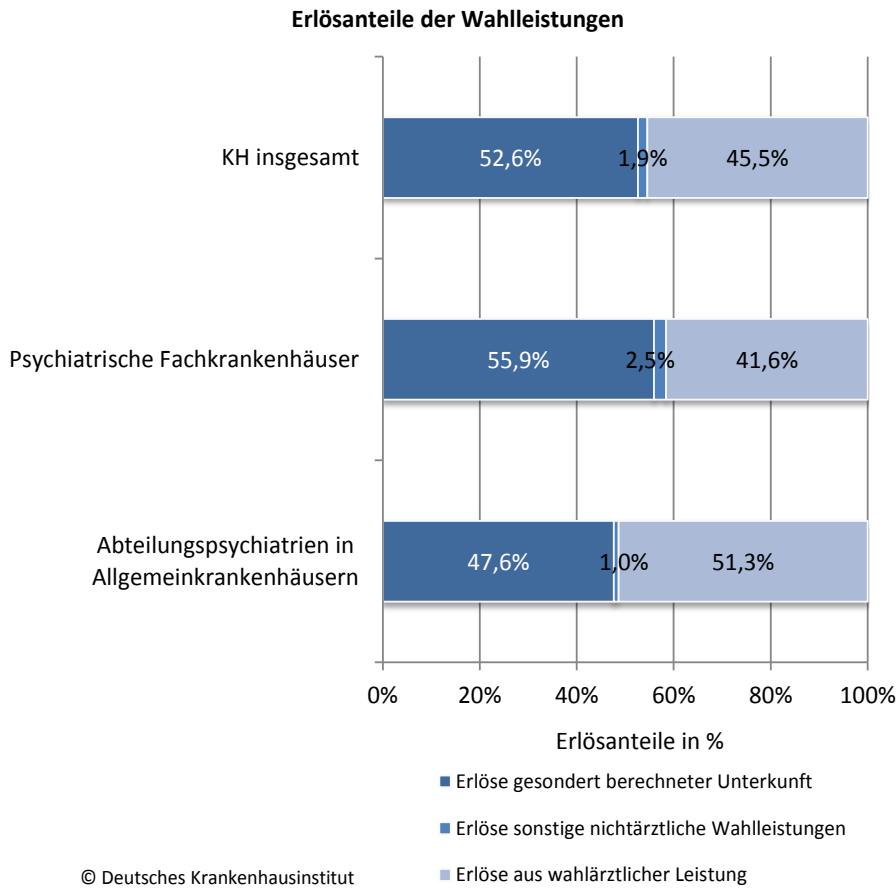
In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern lagen die Erlöse je Fall mit wahlärztlicher Behandlung bei 807 Euro und in den Abteilungspsychiatrien bei 595 Euro (Abb. 9).

### 2.3 Erlösstruktur bei Wahlleistungen insgesamt

Die Wahlleistungen der Krankenhäuser setzen sich insgesamt aus drei unterschiedlichen Bestandteilen zusammen, nämlich

- der gesondert berechneten Unterkunft,
- Erlösen aus sonstigen nichtärztlichen Wahlleistungen wie z.B. Fernseher oder die Unterkunft von Begleitpersonen und
- den wahlärztlichen Leistungen.

Die Erlösstruktur dieser drei Wahlleistungen kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.



**Abb. 10: Erlösstruktur der Wahlleistungen 2011 nach Krankenhaustyp**

Die Erlöse aus gesondert berechneter Unterkunft machen gut die Hälfte der Erlöse aus Wahlleistungen aus. In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern lag dieser Anteil bei rd. 56%, während in den Abteilungspsychiatrien der Allgemeinkrankenhäuser der Anteilswert bei rd. 48% lag.

Dort sind dafür die Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung mit 51% überdurchschnittlich. In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern liegt der entsprechende Anteilswert bei rd. 42%.

Die Erlöse aus sonstigen nichtärztlichen Wahlleistungen liegen im Mittel bei zwei Prozent.

Im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern, bei denen die wahlärztlichen Leistungen mit rd. 70% der gesamten Wahlleistungserlöse den Hauptbestandteil dieser Erlöse darstellen, sind die wahlärztlichen Leistungen in den Krankenhäusern mit psychiatrischen Betten deutlich unterrepräsentiert.





### 3 Modellvorhaben nach § 64b SGB V

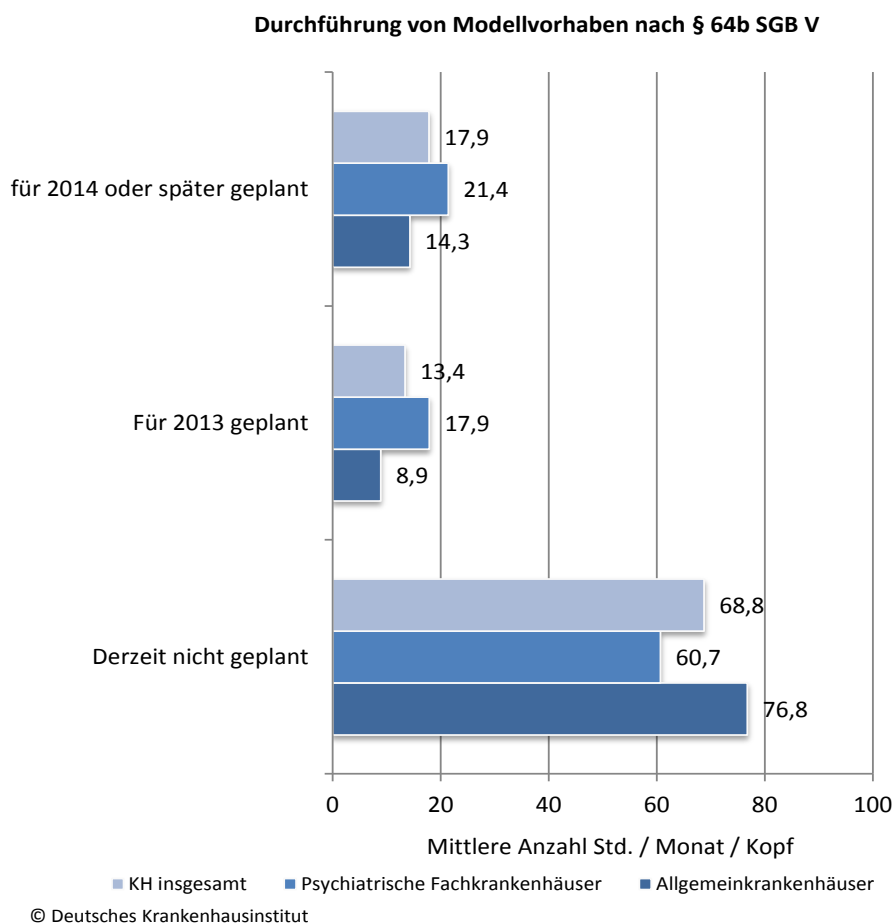
Durch den im zum 1. August 2012 in Kraft getretenen § 64b SGB V ist es den Krankenhäusern erlaubt, Modellvorhaben durchzuführen. Gegenstand dieser Modellvorhaben ist die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld.

Gemäß den Vorgaben soll in jedem Bundesland - unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie - mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden.

#### 3.1 Durchführung von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V

Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser mit psychiatrischen Betten haben derzeit keine Planungen hinsichtlich der Durchführung von solchen Modellvorhaben. Vor allem die Allgemeinkrankenhäuser, die über psychiatrische Betten verfügen, sind hier sehr reserviert. Mehr als drei Viertel dieser Häuser geben an, dass sie derzeit Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V nicht planen.

Bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern liegt der Anteil bei rd. 61%.



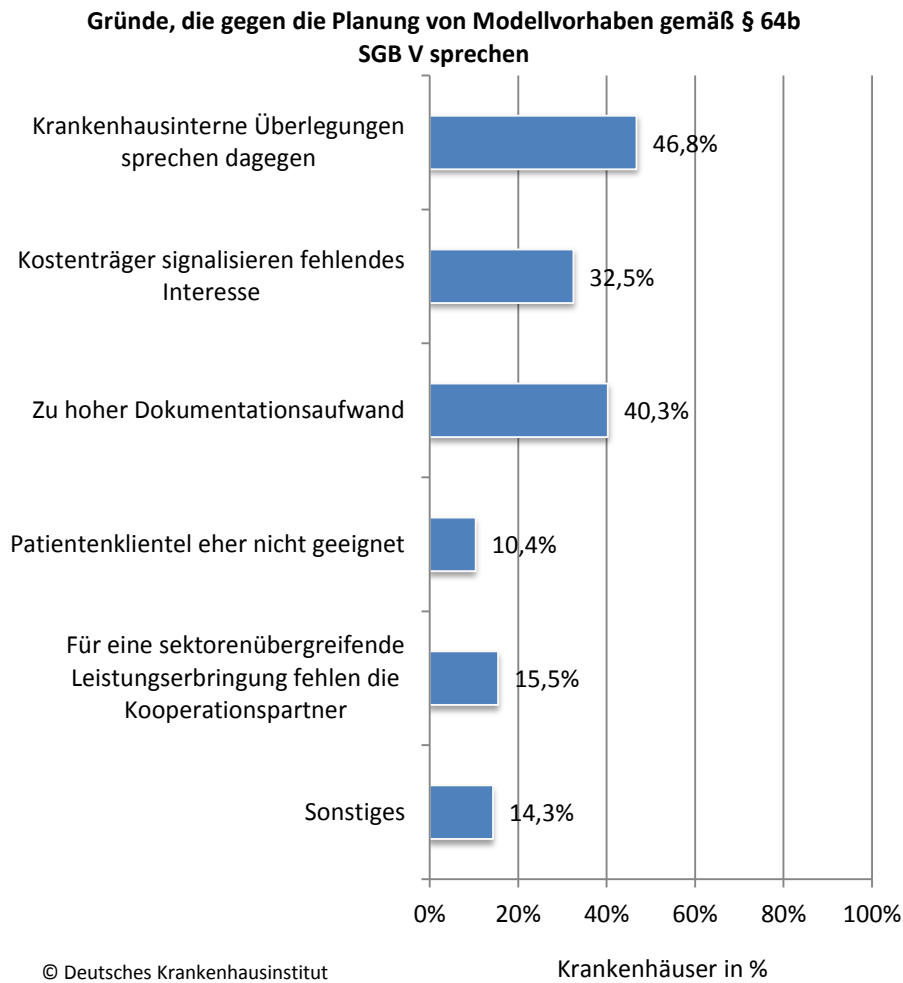
**Abb. 11: Durchführung von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V**

Geplant sind die Modellvorhaben für 2013 von rd. 13% der Häuser. Bei weiteren 18% ist die Durchführung ab 2014 oder später beabsichtigt.

In beiden Fällen ist der Anteil der psychiatrischen Fachkrankenhäuser deutlich höher als der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Betten.

### 3.2 Argumente gegen die Durchführung von Modellvorhaben

Diejenigen Krankenhäuser, die weder derzeit noch später Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V planen, sollten die Gründe angeben, die gegen die Durchführung sprechen.



**Abb. 12: Gründe, warum keine Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V durchgeführt werden**

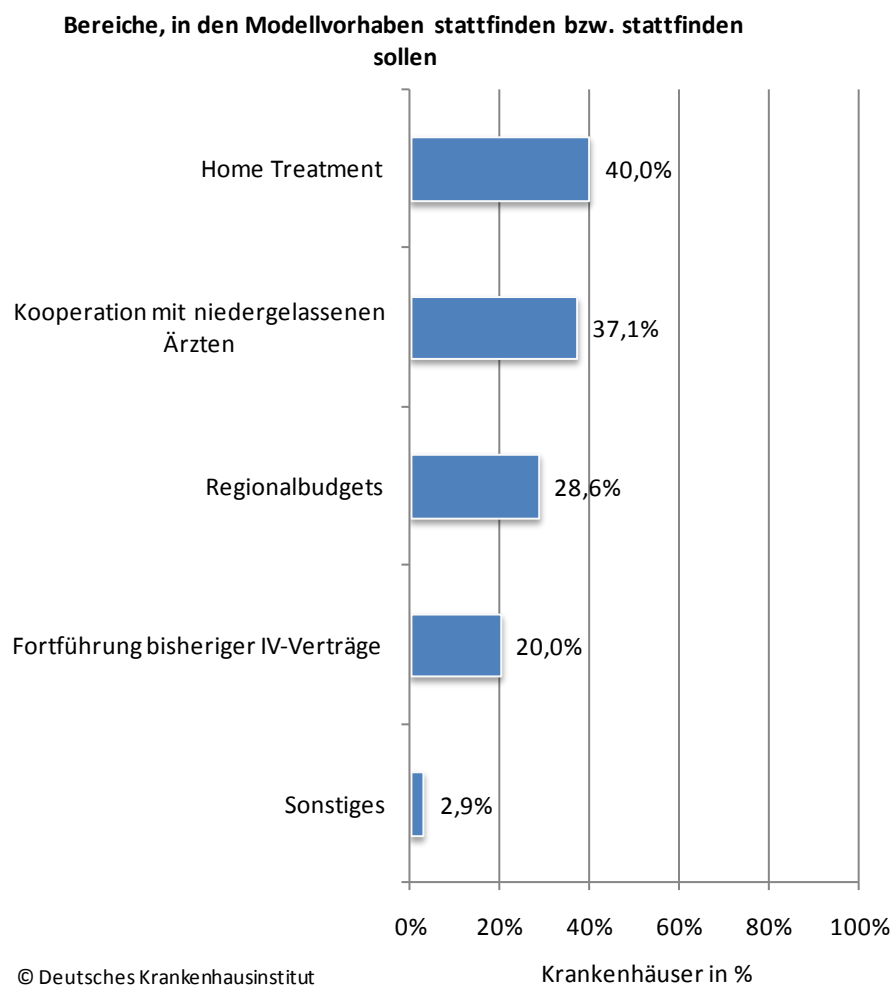
Der häufigste Grund waren krankenhauserne Gründe, die von rd. 47% der Krankenhäuser angegeben wurden. Als weiterer wichtiger Grund wurde der zu hohe Dokumentationsaufwand von rd. 40% der Häuser genannt, die keine Modellvorhaben durchführen wollen. Der Hintergrund hierfür ist, dass die Ergebnisse der Modellprojekte für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems in der Psychiatrie genutzt werden sollen. Dazu sollen umfangreiche Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geliefert werden.

Immerhin rd. ein Drittel dieser Krankenhäuser gab an, dass die Kostenträger fehlendes Interesse signalisiert hätten.

Andere Gründe wurden weitaus weniger häufig genannt.

### 3.3 Betroffene Bereiche und Patientengruppen

Krankenhäuser, die Modellvorhaben planen, sollten angeben, in welchen Bereichen sie Modellvorhaben umzusetzen gedenken (Abb .13).



**Abb. 13: Bereiche, in denen Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V stattfinden bzw. stattfinden sollen**

Am häufigsten wurde hier ein Home Treatment, also stationersetzende Maßnahmen im Haushalt des Patienten, genannt. Modellvorhaben dieses Inhalts

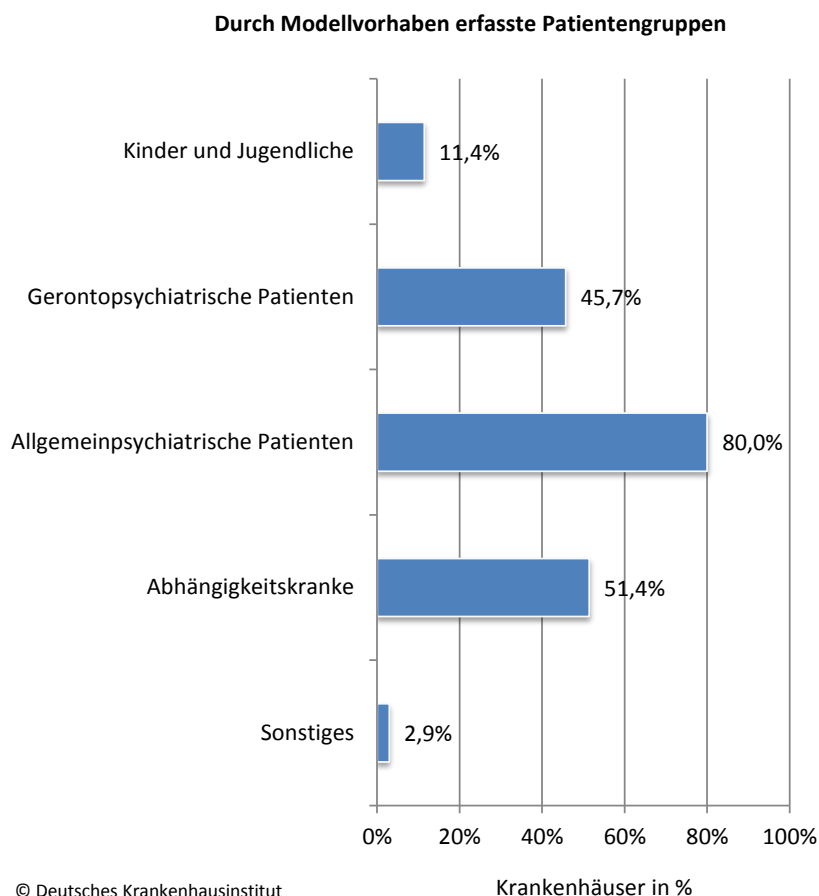


würden 40% der Krankenhäuser umsetzen, die über Modellvorhaben nachdenken.

Eine weitergehende Kooperation mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V kommt für rd. 37% dieser Häuser in Frage.

Regionalbudgets (rd. 29% der Krankenhäuser) und eine Fortführung bisheriger IV-Verträge im Rahmen von Modellvorhaben (ein Fünftel der betreffenden Krankenhäuser) folgenden an dritter und vierter Stelle.

In Modellvorhaben würden vor allem allgemeinspsychiatrische Patienten einbezogen werden. Vier Fünftel der Krankenhäuser, die Modellvorhaben umsetzen möchten, nannten diese Patientengruppe, die in entsprechende Vorhaben eingebunden werden sollten (Abb. 14).



**Abb. 14: Durch Modellvorhaben erfasste Patientengruppen**

Abhängigkeitskranke (51% der Krankenhäuser) sowie gerontopsychiatrische Patienten (rd. 46% der Krankenhäuser) wurden außerdem noch häufiger genannt.

Kinder und Jugendliche würden lediglich von elf Prozent der Krankenhäuser in Modellvorhaben eingebunden.





## 4 Personal

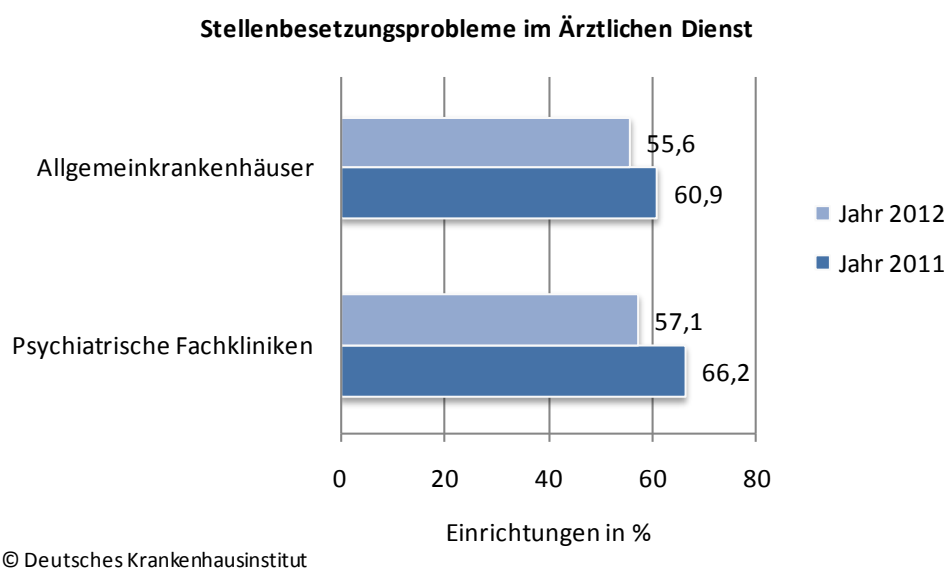
### 4.1 Stellenbesetzungsprobleme

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

Der Fachkräftemangel wird im PSYCHIATRIE BAROMETER so definiert, 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.

Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst in psychiatrischen Einrichtungen vorgestellt. Die Fragestellung lautete, inwieweit die Einrichtungen zum Erhebungszeitpunkt im Sommer 2012 Probleme hatten, offene Stellen in der Einrichtungspsychiatrie respektive in psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu besetzen. Daneben sollten die Teilnehmer angeben, wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

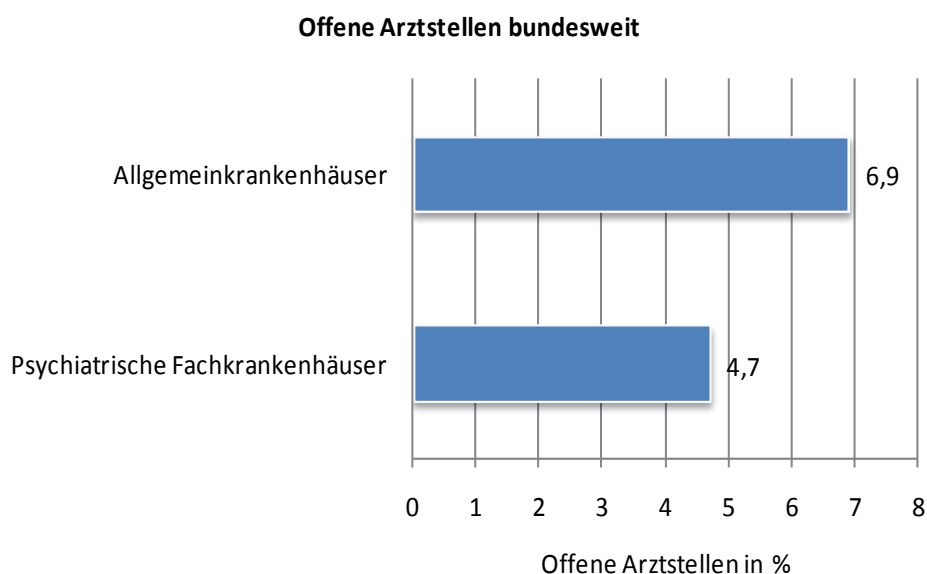
Demnach haben 57% aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. In den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser fällt der entsprechende Anteilswert mit 56% etwas niedriger aus. In beiden Gruppen sind die Werte im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (Abb. 15).



**Abb. 15: Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst**

In den psychiatrischen Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen sind im Mittel 2,5 Vollkraftstellen unbesetzt. Dabei gibt es faktisch kaum Unterschiede zwischen Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien.

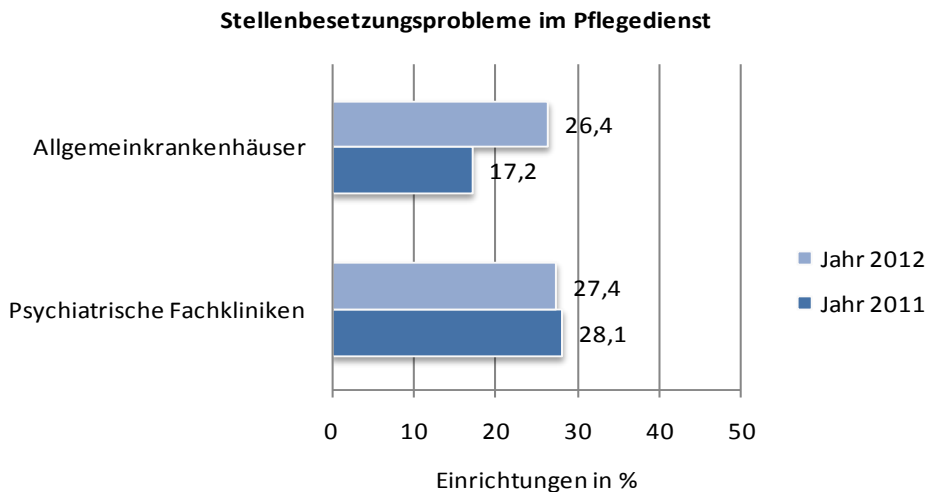
Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland (also inklusive der Häuser ohne Stellenbesetzungsprobleme) blieben bundesweit mehr als 5% der Arztstellen in der Psychiatrie unbesetzt. Im Vergleich zu 2010, als das DKI den Ärztemangel im Krankenhaus in einer separaten Studie thematisiert hat (Blum/Löffert, 2010), hat sich der Wert auf hohem Niveau stabilisiert. Die Psychiatrie gehört damit zu den Fachgebieten mit dem größten Ärztemangel im Krankenhaus. Relativ gesehen fällt der Ärztemangel in den einschlägigen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern mit 7% höher aus als in den Einrichtungspsychiatrien mit 5% (Abb. 16).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 16: Offene Arztstellen bundesweit**

Verglichen mit dem Ärztlichen Dienst fällt der Fachkräftemangel im Pflegedienst deutlich geringer aus. 27% aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. In den psychiatrischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser fällt der entsprechende Anteilswert mit 26% ähnlich aus. Hier ist jedoch im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme von Stellenbesetzungsproblemen zu verzeichnen (Abb. 17).



**Abb. 17: Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst**

In Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen waren durchschnittlich 2,8 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Das entspricht etwa 3% der Pflegedienststellen der betroffenen Einrichtungen.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit ist im Pflegedienst psychiatrischer Einrichtungen derzeit rund 1% der Pflegestellen vakant. Der Pflegedienst ist somit vom Fachkräftemangel einstweilen weniger betroffen als andere Berufsgruppen und Dienste im Krankenhaus.

#### 4.2 Personalakquise

Für die Personalakquise stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung, welche gerade in Zeiten des Fachkräftemangels zusehends an Bedeutung gewinnen. Die Befragungsteilnehmer sollten anhand einer standardisierten Liste angeben, welche Instrumente der Personalakquise in ihren Einrichtungen standardmäßig zum Einsatz kommen. Dabei wurde zwischen drei Diensten oder Berufsgruppen unterschieden: Ärzten, Pflegekräften und therapeutischen Berufen.

Ein Standardinstrument der Personalakquise bilden nach wie vor Stellenanzeigen. Abbildung 18 zeigt, dass die psychiatrischen Einrichtungen hier sehr breit aufgestellt sind und in unterschiedlichen Medien inserieren. Auch ange-

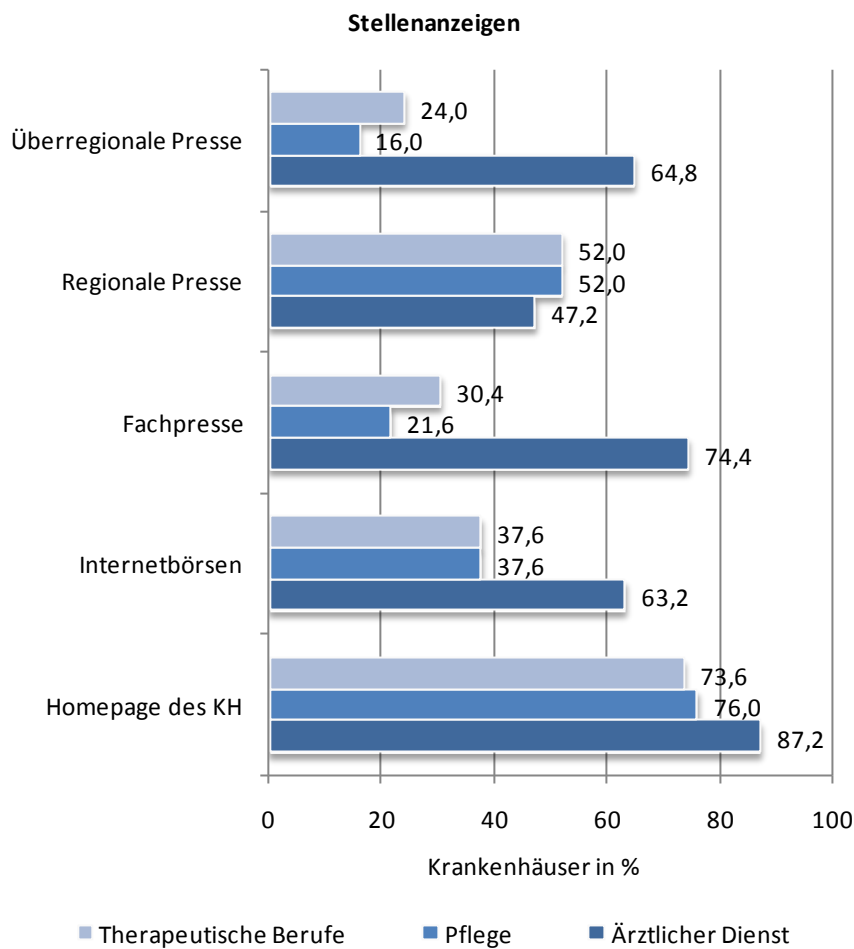


sichts des Ärztemangels in der Psychiatrie fokussieren Stellenanzeigen überproportional den ärztlichen Dienst:

So werden Stellenanzeigen für Ärzte, verglichen mit den anderen Berufsgruppen, deutlich überproportional in der überregionalen Presse (65%), der Fachpresse (74%), auf Internetbörsen (63%) und auf den krankenhauseigenen Webseiten (87%) geschaltet.

Pflegestellen werden in erster Linie auf der Homepage des Krankenhauses (76%) und in der regionalen Presse (52%) inseriert. Internetbörsen (38%), die Fachpresse (22%) sowie die überregionale Presse (16%) werden dagegen selten für Stellenanzeigen im Pflegedienst genutzt.

Die Verteilung der Stellenanzeigen für die therapeutischen Berufe nach den verschiedenen Medien ist im Großen und Ganzen mit dem Pflegedienst vergleichbar. Schwerpunkte bilden auch hier vor allem die krankenhauseigenen Webseiten (74%) und die regionale Presse (52%).



© Deutsches Krankenhausinstitut

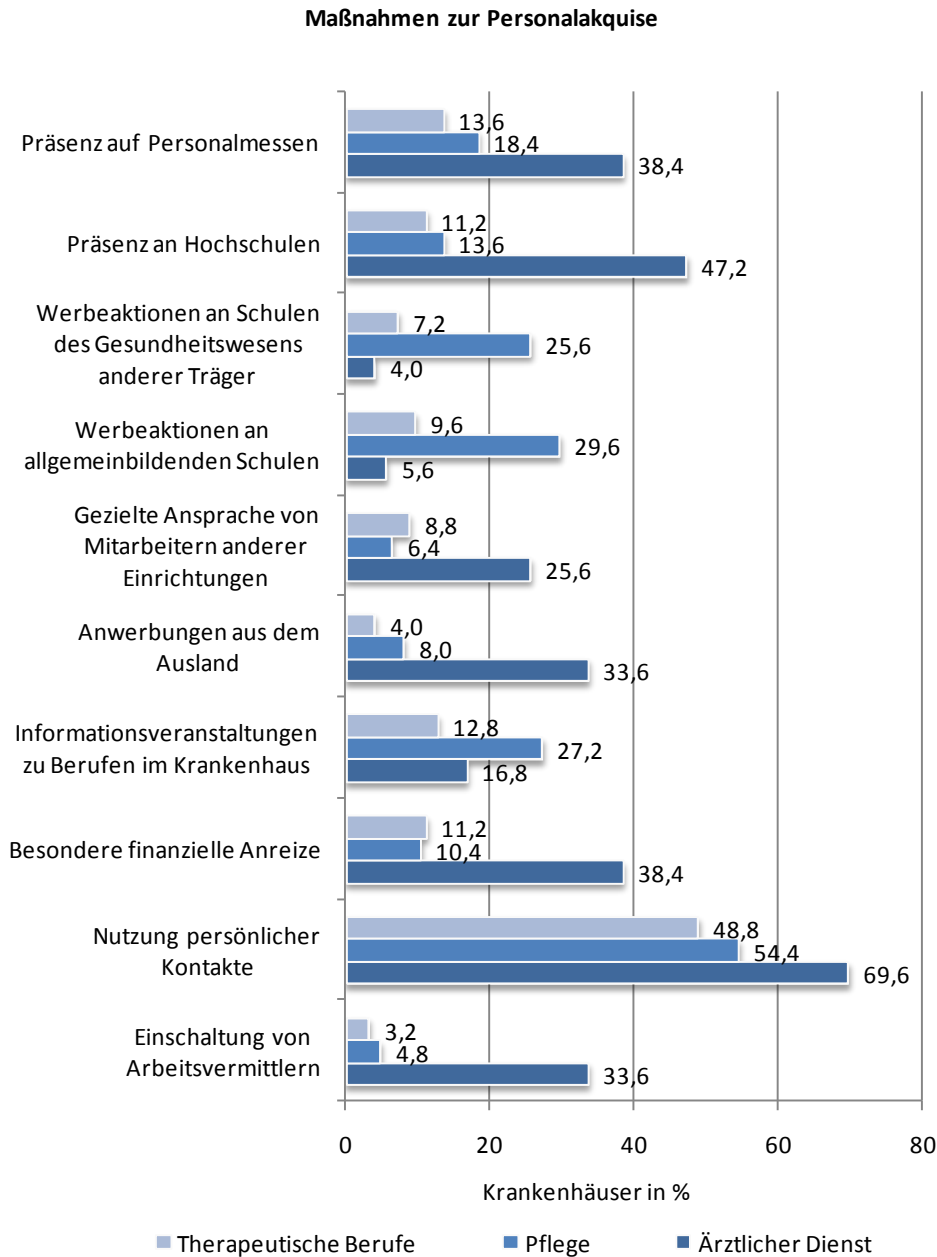
**Abb. 18: Stellenanzeigen**

Auch viele andere Akquise-Instrumente werden überproportional im ärztlichen Dienst eingesetzt (Abb. 19). So sind etwa 47% der psychiatrischen Einrichtungen an Hochschulen und 38% auf Personalmessen oder Jobbörsen präsent. Ein Viertel der Befragungsteilnehmer spricht gezielt Ärzte anderer Einrichtungen an und jeweils ein Drittel wirbt ausländische Ärzte an oder schaltet Arbeitsvermittler ein.

Finanzielle Anreize, wie Umzugshilfen und außer- oder übertarifliche Zahlungen werden, wenn überhaupt, in erster Linie im Ärztlichen Dienst eingesetzt (38%).



Im Pflegedienst kommen Werbeaktionen an allgemeinbildenden Schulen (30%) oder Schulen des Gesundheitswesens anderer Träger (26%) sowie Informationsveranstaltungen zu Berufen im Krankenhaus (27%) noch vergleichsweise häufig zum Einsatz.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 19: Weitere Maßnahmen zur Personalakquise**



Bei den therapeutischen Berufen lassen sich keine besonderen Schwerpunkte identifizieren.

Berufsgruppenübergreifend werden in allen Diensten persönliche Kontakte vielfach für die Personalakquise genutzt.

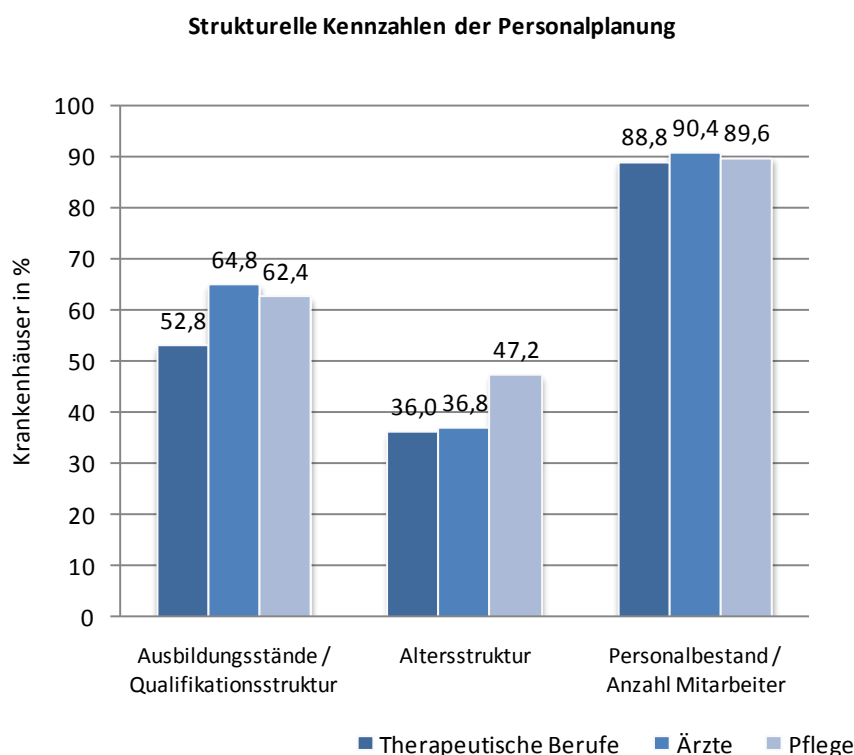
Von den 15 erfragten Instrumenten zur Personalakquise nutzen die psychiatrischen Einrichtungen im ärztlichen Dienst standardmäßig durchschnittlich 6,5 Instrumente, im Pflegedienst 4 Instrumente und bei den therapeutischen Berufen 3,5 Instrumente.

### 4.3 Personalplanung

Ziel der Personalplanung ist es, vorausschauend alle Maßnahmen zu berücksichtigen, die erforderlich sind, damit dem Krankenhaus zukünftig zur Erreichung seiner Ziele die dazu erforderlichen Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Eine wirkungsvolle Personalplanung sollte zum einen aus der Personalstrategie abgeleitet werden und zum anderen mehrdimensional über die Berücksichtigung verschiedener Perspektiven und Aspekte erfolgen. Dabei können u.a. Struktur-, Leistungs- oder Kostenaspekte herangezogen werden. „Weiche“ Faktoren wie z.B. die Mitarbeiterzufriedenheit können bei der Personalplanung oder dem Personalcontrolling ebenfalls genutzt werden (Frieling et al. 2010; Naegler, 2008; Havighorst, 2006). Die psychiatrischen Einrichtungen wurden gefragt, welche Kennzahlen sie im Rahmen der Personalplanung standardmäßig in ihrem Krankenhaus für die jeweilige Berufsgruppe nutzen.

Strukturelle Personalkennzahlen beschreiben in erster Linie die Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft. Der Personalbestand wird berufsübergreifend in fast allen Krankenhäusern (jeweils ca. 90%) bei der Personalplanung berücksichtigt. Die Mehrzahl der Krankenhäuser zieht die „Ausbildungsstände / Qualifikationsstruktur“ der Mitarbeiter zur Personalplanung heran. Dabei werden die „Ausbildungsstände / Qualifikationsstrukturen“ vor allem im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst zur Personalplanung genutzt (jeweils knapp zwei Drittel), während nur gut die Hälfte der Krankenhäuser diese bei den therapeutischen Berufen standardmäßig anwendet. (Abb. 20).

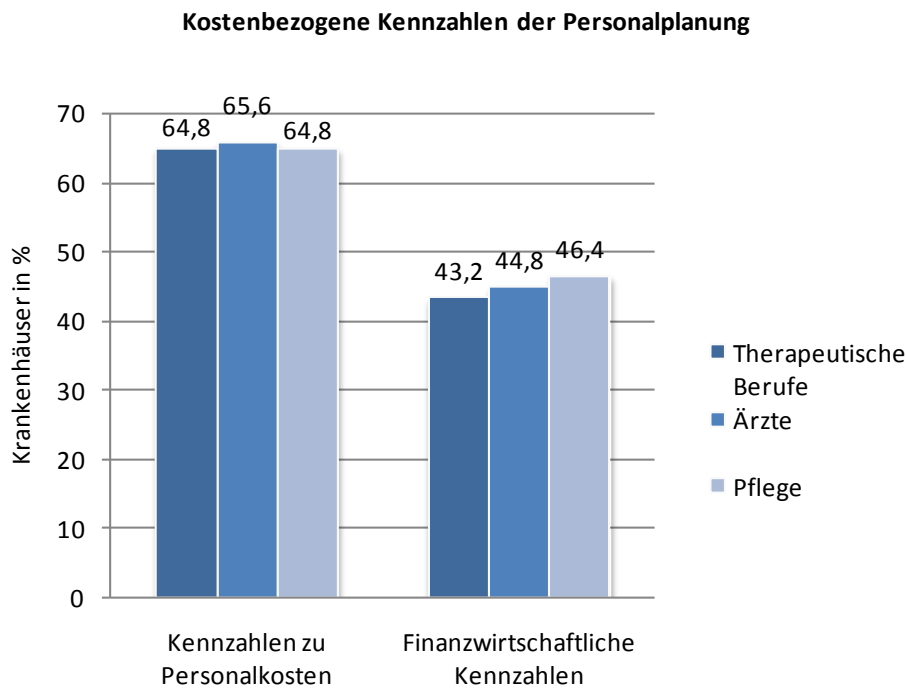
Eine systematische Analyse der Altersstruktur ermöglicht es, demografisch bedingte Probleme, wie z.B. pensionsbedingte Engpässe, frühzeitig zu erkennen und so bei der Personalplanung zu berücksichtigen. Die Kennzahl „Altersstruktur“ wird in den Krankenhäusern bei der Personalplanung derzeit noch eher selektiv eingesetzt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 20: Standardmäßig genutzte strukturelle Kennzahlen der Personalplanung**

Ein zentraler Bereich der Personalplanung sind kostenbezogene Kennzahlen, die in der Regel Aussagen über den Personalaufwand und über die Effizienz der Behandlungs- und Supportprozesse liefern (Abb. 21). Kennzahlen zu Personalkosten, wie z.B. Personalkosten je Mitarbeiter, werden in jeweils rund zwei Dritteln der Krankenhäuser zur Personalplanung eingesetzt, wobei sie in nahezu gleicher Weise bei allen Berufsgruppen zur Anwendung kommen. Auch finanzwirtschaftliche Kennzahlen, wie z.B. Personalkosten in Relation zu Krankenhauserlösen, werden berufsgruppenübergreifend von knapp der Hälfte aller Krankenhäuser zur Personalplanung herangezogen.

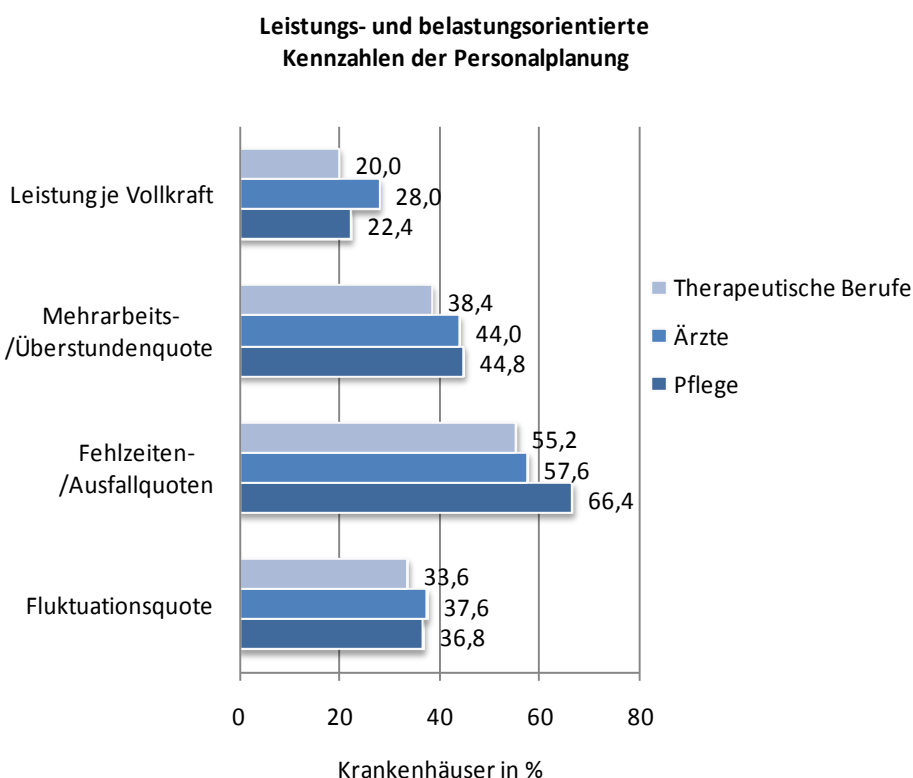


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 21: Standardmäßig genutzte kostenbezogene Kennzahlen der Personalplanung**

Die Leistungsfähigkeit oder Produktivität des Krankenhauses kann z.B. über die Kennzahl „Leistung je Vollkraft“ ermittelt werden. Diese Kennzahl wird jeweils in rund einem Viertel der psychiatrischen Einrichtungen bei insgesamt geringen Unterschieden zwischen den Berufsgruppen herangezogen.

Die Kennzahl „Mehrarbeitsquote/ Überstundenquote“ zeigt die Überschreitung der Kapazitätsgrenze und damit implizit auch die durchschnittliche Belastung der Mitarbeiter mit Mehrarbeit an. Jeweils rund 44% der Einrichtungen wenden diese Kennzahl im Ärztlichen und Pflegedienst an. Auch die „Fehlzeitenquoten/ Ausfallquoten“ oder die „Fluktuationsquoten“ können mit einer zusätzlichen Belastung der Mitarbeiter einhergehen (Frieling et al., 2010). Während die „Fehlzeitenquoten / Ausfallquoten“ bei der Personalplanung der Krankenhäuser schon mehrheitlich Berücksichtigung finden, zieht erst gut ein Drittel der psychiatrischen Einrichtungen die „Fluktuationsquote“ zur Personalplanung heran (Abb. 22).

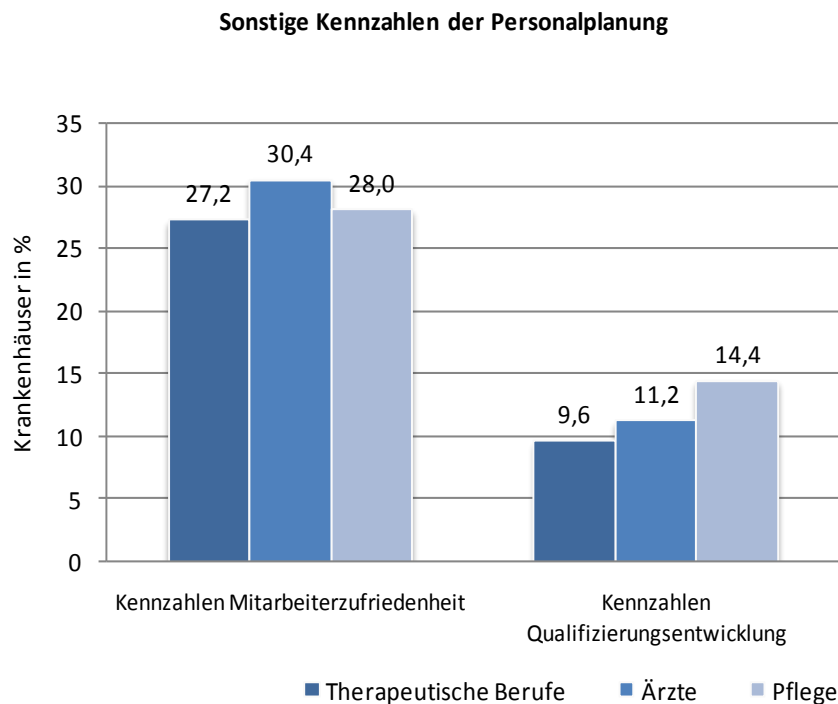


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 22: Standardmäßig genutzte leistungs- und belastungsorientierte Kennzahlen der Personalplanung**

Jeweils rund 30% der psychiatrischen Einrichtungen wenden „Kennzahlen zur Mitarbeiterzufriedenheit“ zur Personalplanung im Ärztlichen Dienst, im Pflegedienst und in den therapeutischen Berufen an.

„Kennzahlen zur Qualifizierungsentwicklung“ können genutzt werden, um die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen oder notwendige Qualifizierungsmaßnahmen einzuleiten. Diese Kennzahlen werden bislang noch eher selten genutzt. Auch hier zeigen sich keine berufsgruppenspezifischen Unterschiede (Abb. 23).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 23: Standardmäßig genutzte sonstige Kennzahlen der Personalplanung**

Die Krankenhäuser setzen im Ärztlichen Dienst, im Pflegedienst und in den therapeutischen Berufen im Durchschnitt jeweils rund fünf der zwölf erfragten Kennzahlen standardmäßig zur Personalplanung ein.

#### 4.4 Personalentwicklung

Unter Personalentwicklung wird die systematische Planung der Maßnahmen verstanden, welche die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Krankenhausmitarbeiter im Hinblick auf aktuelle oder zukünftige Anforderungen verbessern sollen. Zur Personalentwicklung gehören nicht nur Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, sondern auch beispielsweise die Karriereplanung oder die Beurteilung der Mitarbeiter. Die Maßnahmen müssen nicht ausschließlich auf den einzelnen Mitarbeiter ausgerichtet sein, sondern können auch das Team oder das gesamte Krankenhaus umfassen (Naegler, 2008; Ringshausen, 2008). Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, welche In-



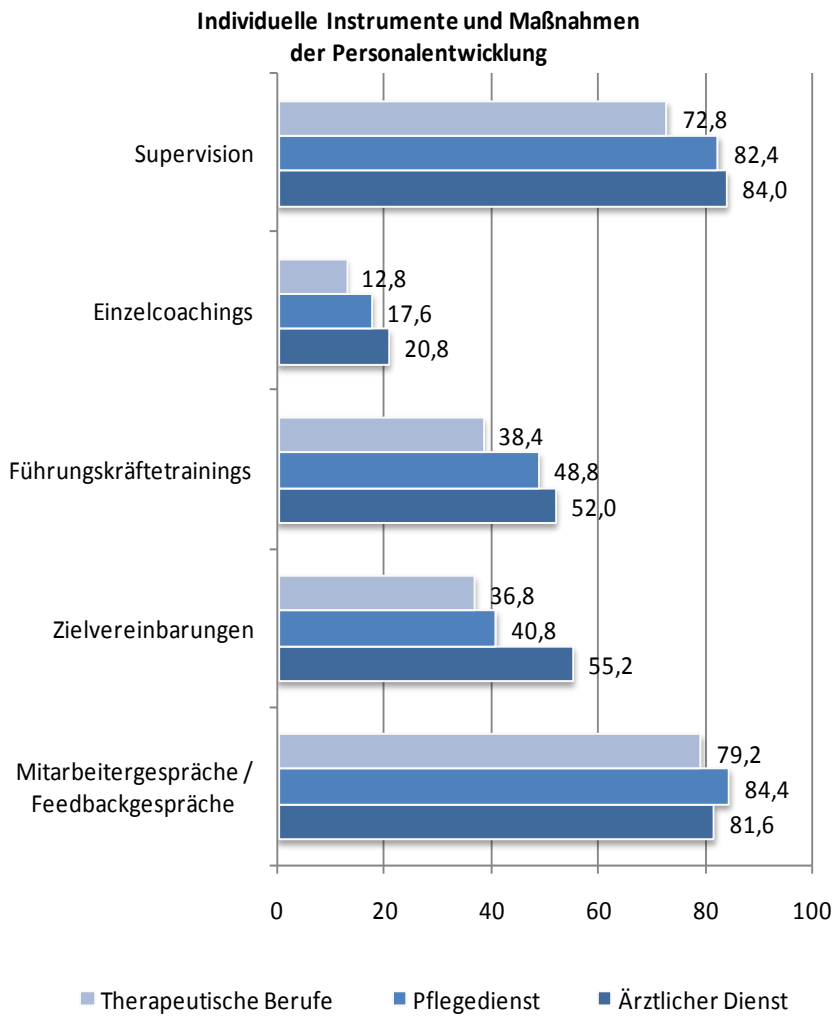
strumente und Maßnahmen der Personalentwicklung oder -führung sie in ihrem Krankenhaus standardmäßig für die jeweilige Berufsgruppe nutzen.

Mitarbeitergespräche sind das zentrale individuelle Personalentwicklungsinstrument (Wandschneider et al., 2009). Sie dienen in erster Linie dazu, Potenziale zu erfassen sowie Zielvereinbarungen und Entwicklungsplanungen festzulegen. Jeweils rund 80% aller psychiatrischen Einrichtungen setzen Mitarbeitergespräche in den verschiedenen Berufsgruppen ein.

Mitarbeitergespräche können dazu genutzt werden, um Ziele mit den Mitarbeitern zu erarbeiten und zu vereinbaren (von Eiff & Stachel, 2006). Mittlerweile werden Zielvereinbarungen in allen Berufsgruppen eingesetzt, wobei der Einsatz der Maßnahme deutlich zwischen den Berufsgruppen variiert und im Ärztlichen Dienst am höchsten ist: 55% der psychiatrischen Einrichtungen vereinbaren Ziele mit den Ärzten (Abb. 24).

Führungskräftetrainings sind ein probates Mittel, um die Führungskräfte gezielt auf ihre Aufgaben vorzubereiten und zu fördern (Sleziona, 2009). Die psychiatrischen Einrichtungen haben den Nutzen der Maßnahme erkannt und setzen diese ein. Dabei bestehen zum Teil deutliche Unterschiede in der Förderung der Berufsgruppen. Während etwa die Hälfte der Einrichtungen Führungskräftetrainings im Ärztlichen und Pflegedienst einsetzt, liegt der entsprechende Anteilswert in den therapeutischen Berufen bei 38% (Abb. 21).

Die persönliche Entwicklung der Mitarbeiter kann zudem mit Hilfe von Coachings oder Supervisionen gefördert werden. Zwischen 84% (Ärztlicher Dienst) und knapp 73% (therapeutische Berufe) der Psychiatrien setzen im Rahmen der Personalentwicklung Supervisionen zur Unterstützung der Mitarbeiter bei der Reflexion und Verbesserung ihres Handelns ein. Mit dem Einzel-Coaching soll, unter Berücksichtigung der Ressourcen des Mitarbeiters, in der Regel insbesondere eine Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit erzielt werden. Das Einzel-Coaching wird in den Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien insgesamt weniger häufig eingesetzt als die bisherigen Instrumente.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 24: Individuelle Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung**

Neben den individuellen Instrumenten können für die verschiedenen Berufsgruppen auch Maßnahmen auf der Ebene der „Organisation Krankenhaus“ ergriffen werden. So stellen Mitarbeiterbefragungen eine Möglichkeit dar, die Ansichten, Einstellungen und Wünsche der Mitarbeiter über sich sowie über das Krankenhaus als Arbeitgeber kennenzulernen (von Eiff & Stachel, 2006). Rund 70% der Befragungsteilnehmer nutzen dieses Instrument, um Hinweise auf die Weiterentwicklung der Organisation, des Betriebsklimas oder der Personalentwicklungsmaßnahmen aus Sicht der Mitarbeiter zu erhalten. Mitarbei-

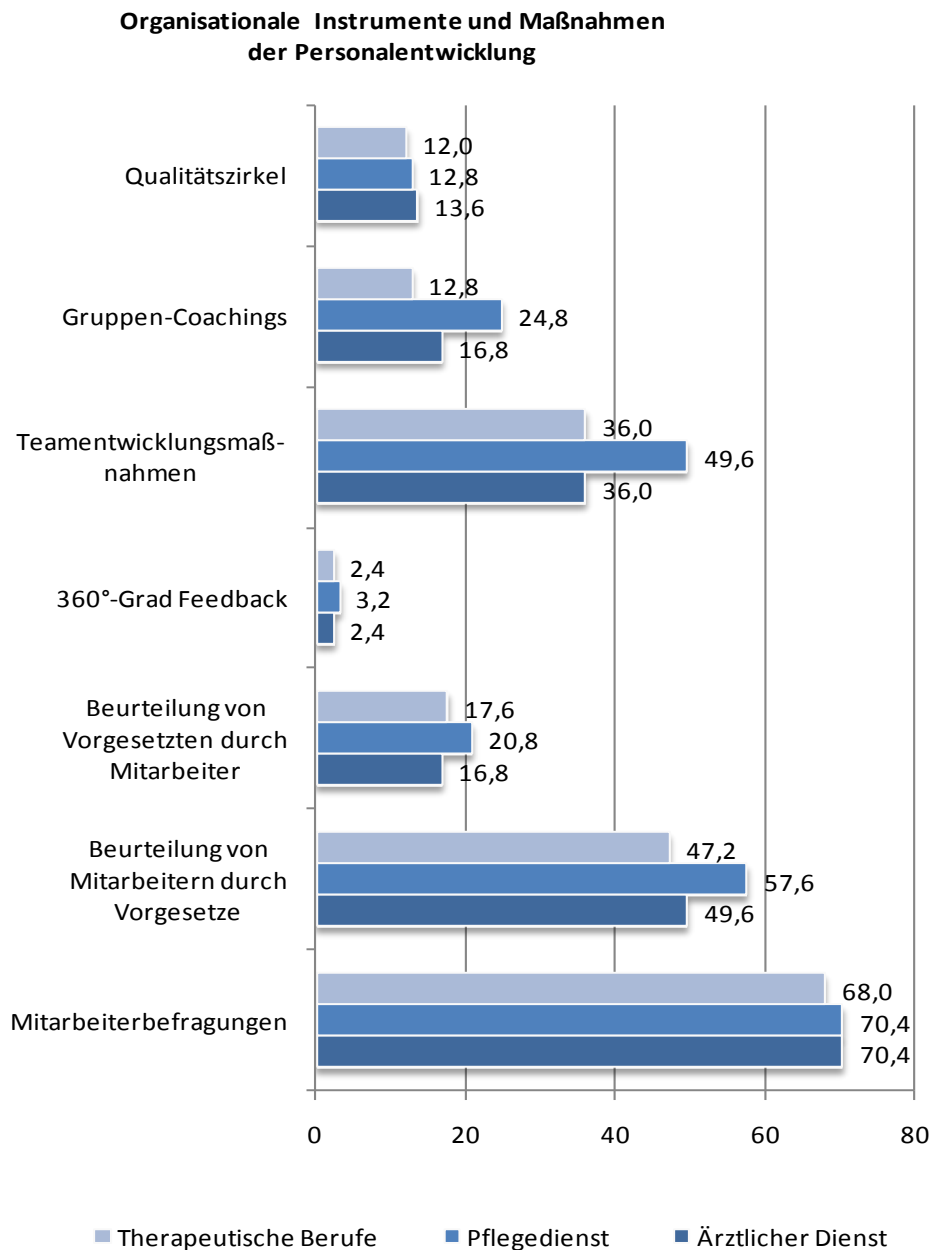




terbefragungen werden bei allen Berufsgruppen erwartungsgemäß annähernd gleich häufig eingesetzt (Abb. 22).

Die Beurteilung der Vorgesetzten durch ihre Mitarbeiter ermöglicht es, ein aussagekräftiges Stärken- und Entwicklungsprofil von den Führungskräften aus Sicht der Mitarbeiter zu zeichnen (von Eiff & Stachel, 2006). Vorgesetztenbeurteilungen werden insgesamt eher selten eingesetzt. Bis zu einem Fünftel aller Krankenhäuser nutzt diese Möglichkeit, wobei die verschiedenen Berufsgruppen in ähnlicher Weise aufgefordert werden, ihre Vorgesetzten zu beurteilen (Abb. 25).

Eine effiziente Zusammenarbeit im Team ist eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Arbeitsklima sowie die erfolgreiche Erledigung von Tätigkeiten. Teamentwicklungsmaßnahmen können ebenso wie Qualitätszirkel oder Gruppen-Coachings das „Wir-Gefühl“ stärken und damit einhergehend die Leistungspotenziale der Mitarbeiter und das Betriebsklima verbessern (Sleziona, 2009). Knapp die Hälfte aller psychiatrischen Einrichtungen setzt Teamentwicklungsmaßnahmen im Pflegedienst ein, während 36% diese Maßnahme bei den Ärzten und therapeutischen Berufen anwenden (Abb. 22). Qualitätszirkel spielen zumindest als Personalentwicklungsmaßnahme in den Psychiatrien berufsgruppenübergreifend eine eher untergeordnete Rolle. Das Gleiche gilt für Gruppen-Coachings, die überproportional im Pflegedienst zum Einsatz kommen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 25: Organisationale Maßnahmen der Personalentwicklung**

Eine systematische Personalentwicklung sollte schon beim Einstieg der Mitarbeiter ins Unternehmen mit Hilfe von Einarbeitungskonzepten und Mentorenprogrammen bzw. Patenschaften beginnen. Auf diese Weise werden die Mitarbeiter schon frühzeitig systematisch auf die neuen Aufgaben vorbereitet



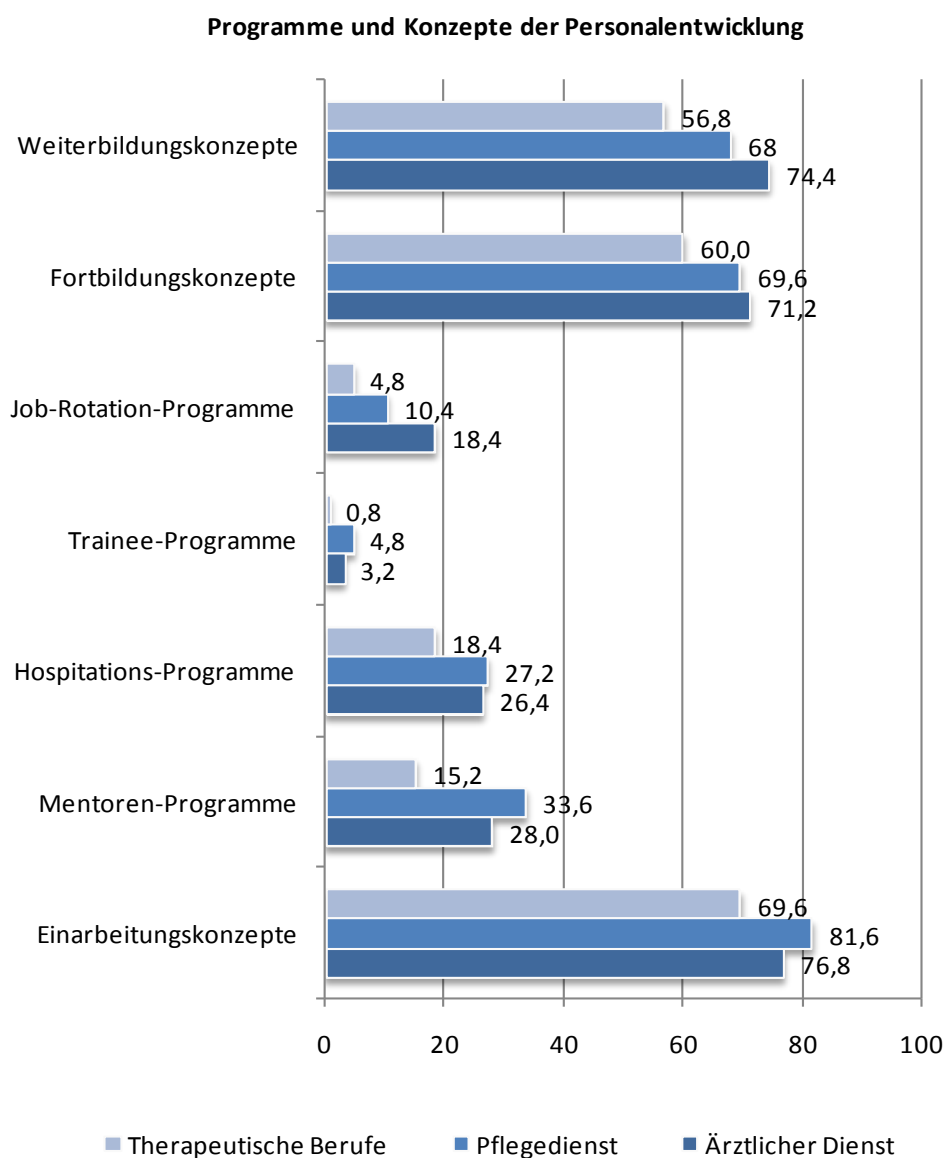
und bestmöglich bei der Integration am neuen Arbeitsplatz unterstützt (Hahn & Hessel, 2010; Wandschneider et al., 2009). Der Großteil der psychiatrischen Einrichtungen setzt dies in Form von Einarbeitungskonzepten bereits um, während Mentorenprogramme bzw. Patenschaften seltener anzutreffen sind.

Sowohl Einarbeitungskonzepte als auch Mentorenprogramme werden von den Krankenhäusern im Berufsgruppenvergleich überproportional häufig zur Einarbeitung von Pflegekräften genutzt.

Hospitationsprogramme ermöglichen es potenziellen Mitarbeitern, sowohl das Krankenhaus als auch die Region und das Patienten Klientel vorab kennen zu lernen (Wandschneider et al., 2009). Bis zu gut einem Viertel der psychiatrischen Einrichtungen nutzt diese Möglichkeit, wobei sich leichte Berufsgruppenunterschiede zeigen (Abb. 26).

Trainee-Programme werden in den Krankenhäusern bisher kaum durchgeführt. Vor dem Hintergrund der im Krankenhaus klar geregelten Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen ist dieses Ergebnis nachvollziehbar.

Fort- und Weiterbildungskonzepte sind etablierte Personalentwicklungsinstrumente und ermöglichen eine gezielte Weiterqualifizierung der Mitarbeiter (Wandschneider et al., 2009). Für beide Maßnahmen liegen in der Mehrheit der psychiatrischen Einrichtungen Konzepte vor, wobei sich deutliche Unterschiede je nach Berufsgruppe zeigen (Abb. 23).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 26: Programme und Konzepte der Personalentwicklung**

Von den insgesamt 19 erfragten Personalentwicklungsmaßnahmen kommen im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst im Schnitt acht, in den Therapieberufen durchschnittlich 6,6 Maßnahmen standardmäßig zum Einsatz.



#### 4.5 Organisation der Krankenhausleitung

Der abschließende Fragenkomplex im Personalbereich befasst sich mit der Struktur und Organisation der Krankenhausleitung in den Psychiatrien. Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich dabei auf die Einrichtungspsychiatrien bzw. die psychiatrischen Fachkliniken (Abb. 27).

Bei den Einrichtungspsychiatrien haben 61% einen Geschäftsführer; darunter haben 44% zusätzlich zum Geschäftsführer noch einen Kaufmännischen Leiter bzw. einen Verwaltungsleiter, welcher der Geschäftsführung unterstellt ist. Rund 35% der Psychiatrischen Fachkliniken haben einen Kaufmännischen Leiter oder einen Verwaltungsleiter ohne einen zusätzlichen Geschäftsführer. Die übrigen Befragungsteilnehmer machten hierzu keine Angaben.

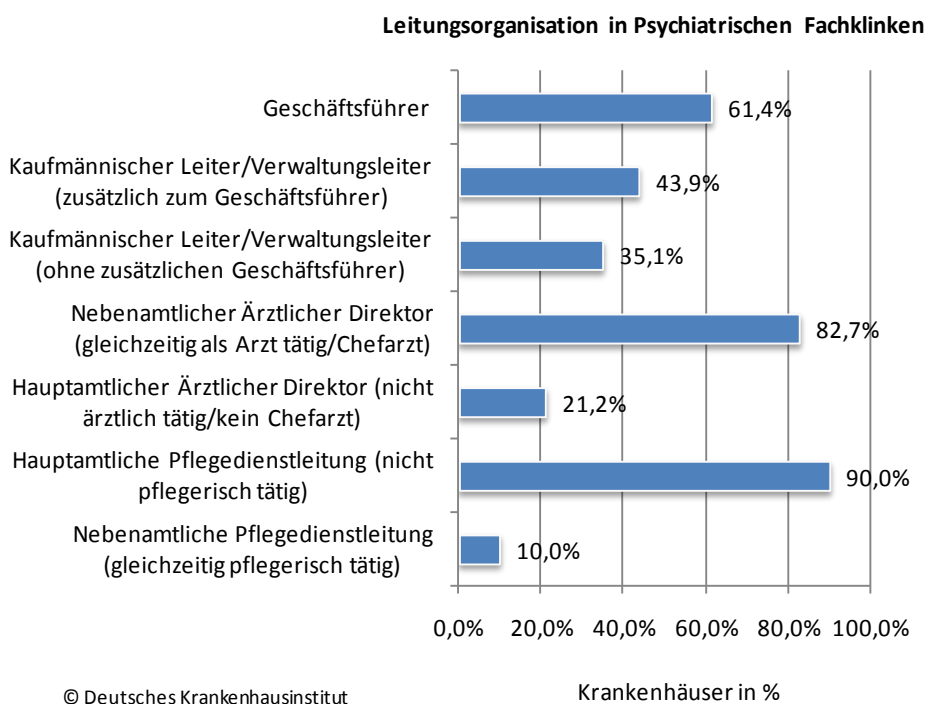
Mit Blick auf die ärztliche und pflegerische Leitung von Psychiatrischen Kliniken war die Frage, inwieweit sie ihre jeweilige Funktion haupt- oder nebenamtlich ausüben. Je nach Berufsgruppe resultieren dabei deutlich unterschiedliche Ergebnisse:

In der Pflege sind 90% der Pflegedienstleitungen hauptamtlich in ihrer Leitungsfunktion und somit nicht mehr pflegerisch tätig. Bei den übrigen 10% handelt es sich um nebenamtliche Pflegedirektoren, die zusätzlich zu ihrer Leitungsfunktion noch pflegerisch arbeiten.

Umgekehrt verhält es sich im Ärztlichen Dienst: Hier übt die Mehrzahl der Ärztlichen Direktoren (83%) ihr Amt nebenamtlich aus, d. h. sie sind gleichzeitig als Arzt oder Chefarzt einer Abteilung tätig. Immerhin rund 21% der ärztlichen Direktoren in Psychiatrischen Fachkliniken sind, den Angaben der Befragungsteilnehmer zufolge, hauptamtlich und damit nicht mehr ärztlich tätig.<sup>1</sup>

---

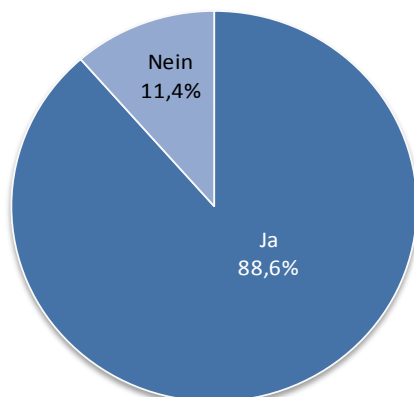
<sup>1</sup> Mehrfachnennungen waren hier möglich, so dass es hier zusätzlich zum hauptamtlichen Ärztlichen Direktor im Einzelfall ggf. noch einen nebenamtlichen Ärztlichen Direktor gibt



**Abb. 27: Leistungsorganisation in Psychiatrischen Fachkliniken**

Für den Fall, dass es in einer psychiatrischen Fachklinik einen Geschäftsführer gibt, sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob er den übrigen Mitgliedern der Krankenhaus- oder Betriebsleitung übergeordnet ist. Dies ist überwiegend der Fall, konkret in 89% der entsprechenden Einrichtungen (Abb. 28). In den übrigen Häusern gab es unter anderem eine Doppelspitze in Form eines Geschäftsführers und eines hauptamtlichen Ärztlichen Direktors.

Ist der Geschäftsführer den übrigen Mitgliedern der Krankenhausleitung / Betriebsleitung übergeordnet?

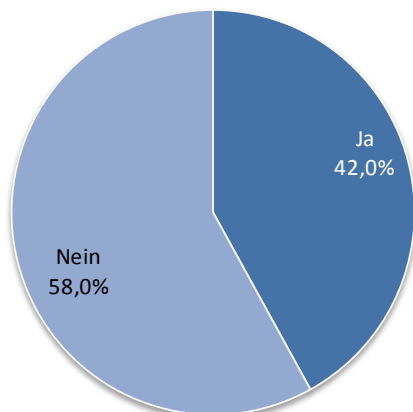


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Überordnung des Geschäftsführers

Des Weiteren sollten die Krankenhäuser angeben, ob der Geschäftsführer oder, falls nicht vorhanden, der Kaufmännische Leiter oder der Verwaltungsleiter (teilweise) eine erfolgsabhängige Vergütung erhalten. Dies ist in 42% der Einrichtungspsychiatrien der Fall (Abb. 29).

Erfolgsabhängige Vergütung für Geschäftsführer oder Kaufmännischer Leiter / Verwaltungsleiter

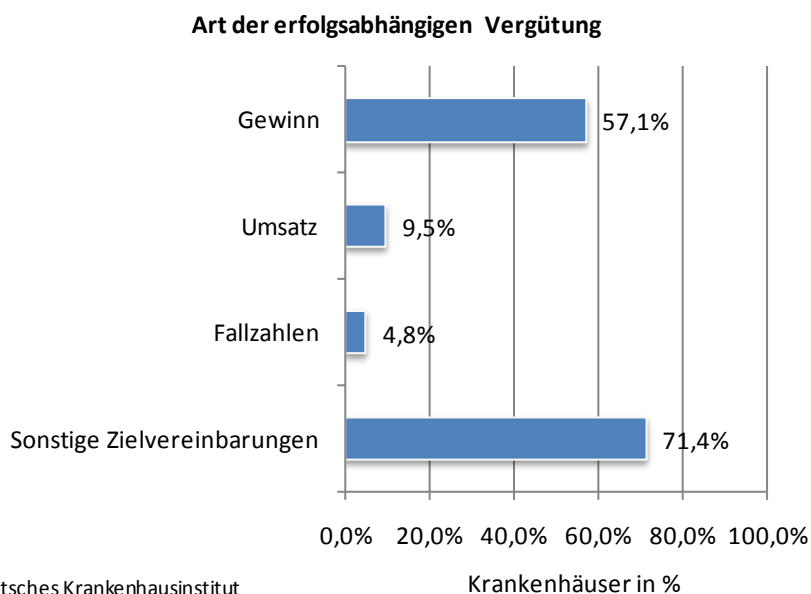


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Erfolgsabhängige Vergütung

Die erfolgsabhängige Vergütung der entsprechenden Führungskräfte bemisst sich bei 57% am Gewinn. Umsatz (10%) und vor allem die Fallzahlen (5%) spielen dagegen mit Blick auf die erfolgsabhängige Vergütung in den Psy-

chiatrien eine untergeordnete Rolle (Abb. 30). Am häufigsten gibt es (sonstige) individuelle Zielvereinbarungen, die sich, so die Antworten auf eine offene Frage, etwa an den strategischen Zielen einer Einrichtung, einer Balanced Scorecard oder der erfolgreichen Realisierung bestimmter Projekte oder Maßnahmen orientieren.



**Abb. 30: Art der erfolgsabhängigen Vergütung**





## 5 Behandlung von voll- oder teilstationären Patienten mit „Depressiver Episode“ oder „Rezidivierender depressiver Störung“ (ICD-10: F32/F33)

*Im nachfolgenden Kapitel werden die Patienten mit depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung aus Gründen der besseren Lesbarkeit als „Patienten mit Depressionen“ bezeichnet.*

Depressive Störungen gehören zu den häufigen und besonders folgenschweren Erkrankungen. In Deutschland sind derzeit ungefähr 5 bis 6 Millionen Erwachsene pro Jahr von einer Depression betroffen (König H et al., 2010). Die Tendenz ist steigend: Man geht davon aus, dass bis zum Jahr 2020 die Depressionen neben den koronaren Herzerkrankungen die weltweit führende Ursache für beeinträchtigte Lebensjahre durch Behinderung und vorzeitigen Tod sein werden (Murray CJI, Lopez AD, 1996).

Menschen mit depressiven Störungen gehören zudem durch ihre Erkrankung zu den häufigen Nutzern des Gesundheitssystems. So zeigen beispielsweise die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik im Jahr 2011<sup>2</sup>, dass 245.442 Fälle aufgrund von depressiven Erkrankungen (ICD-10: F32/F33) behandelt wurden. Dies bedeutet gegenüber dem Jahr 2000 mit 109.538 Behandlungsfällen eine Zunahme an Krankenhauspatienten mit Depressionen von 124%. Demgegenüber verzeichneten alle Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen im selben Zeitraum (2000: 17.110.006 Fälle / 2011: 18.691.225 Fälle) lediglich einen Anstieg von 30%. Infolge dessen stieg der prozentuale Anteil der Depressionsdiagnosen an den Gesamtdiagnosen mit psychischen und Verhaltensstörungen ebenfalls erheblich an: Während im Jahr 2000 noch 12% aller Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen eine Depressionserkrankung (ICD-10: F32/F33) darstellte, ist im Jahr 2011 jede

---

<sup>2</sup> Quelle: Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Die Tabelle wurde am 20.02.2013 unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) erstellt.)



fünfte (22%) psychische und Verhaltensstörung auf eine Depressionserkrankung (ICD-10: F32/F33) zurückzuführen.

Die Diagnostik sowie die Behandlung von depressiven Erkrankungen können aufgrund der Vielzahl der möglichen Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Persönlichkeit des Patienten, soziale und familiäre Faktoren, Traumata oder Komorbiditäten, sehr komplex sein. Als Hilfestellung für die behandelnden Berufsgruppen sowie Patienten wurde daher die Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ (DGPPN, 2012) entwickelt. Die Leitlinie „Unipolare Depression“ enthält Empfehlungen zur Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland nach bestem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der Evidenzbasierten Medizin. Bei dieser Leitlinie handelt es sich jedoch explizit nicht um eine Richtlinie, im Sinne von einer Handlungsanweisung, die (rechtlich) verbindlich ist. Vielmehr muss die Verwendung der Leitlinie bei jedem individuellen Behandlungsfall auf ihre Anwendbarkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (DGPPN, 2012). Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss stets unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des individuellen Patienten getroffen werden (DGPPN, 2012).

Folglich existieren keine bestimmten Behandlungsmethoden, die bei jedem Depressionspatienten anwendbar oder anzuwenden sind. Deswegen können Varianzen in der Anwendung dieser Methoden in oder zwischen den psychiatrischen Einrichtungen *ausdrücklich nicht* als therapeutische Qualitätsunterschiede oder eine ggf. unzureichende Anwendung der Leitlinie interpretiert werden. Das Gleiche gilt analog für etwaige Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Ggf. auftretende Unterschiede in der Behandlungsweise depressiver Patienten zwischen den Einrichtungsarten können beispielsweise unterschiedliche Patientenzahlen, eine abweichende Patientenstruktur und daraus resultierende Anpassungen in der Anwendung der Leitlinie zur Ursache haben.

Für einen konzisen Überblick über die generelle Arbeitsweise und -möglichkeiten der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Allgemeinkran-



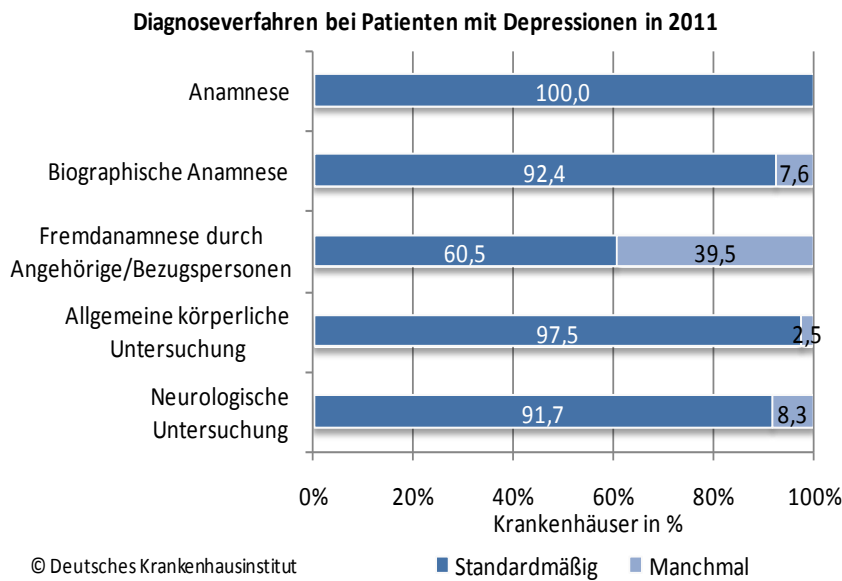
kenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen im Bereich Depressionserkrankungen, wurden die teilnehmenden Einrichtungen im Folgenden zu ihren eingesetzten Diagnose- und Behandlungsverfahren sowie begleitenden Behandlungsangeboten im Jahr 2011 befragt.

### 5.1 Eingesetzte Diagnoseverfahren bei Patienten mit Depressionen

Für die Diagnose einer Depression müssen zum einen die depressiven Symptome des Patienten identifiziert werden. Zum anderen müssen alternative Ursachen für die depressiven Symptome ausgeschlossen werden. Daher steht den behandelnden Ärzten und/oder Psychotherapeuten eine Vielzahl von Diagnoseverfahren zur Verfügung.

Im Folgenden ist dargestellt, inwieweit unterschiedliche Diagnoseverfahren, und psychologische/psychiatrische Verfahren in den deutschen Krankenhäusern bei Depressionserkrankungen zum Einsatz kamen.

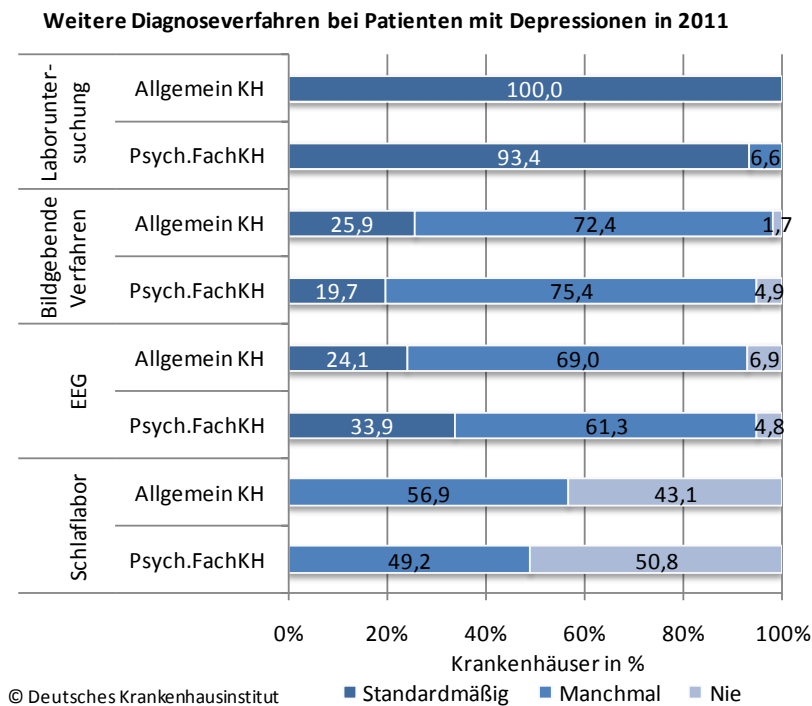
Sämtliche psychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien erklärten, dass sie zur Diagnose von Depressionen bei ihren Patienten standardmäßig eine Anamnese aufnahmen. Fast alle Einrichtungen führten dazu standardmäßig auch eine biographische Anamnese (92%) und allgemeine körperliche (98%) sowie neurologische Untersuchungen (92%) durch. Lediglich eine Fremdanamnese durch Angehörige oder Bezugspersonen wurde in 61% der Häuser standardmäßig und in 40% der Einrichtungen manchmal zu Rate gezogen (Abb. 31).



**Abb. 31: Eingesetzte Diagnoseverfahren bei Patienten mit Depressionen im Jahr 2011**

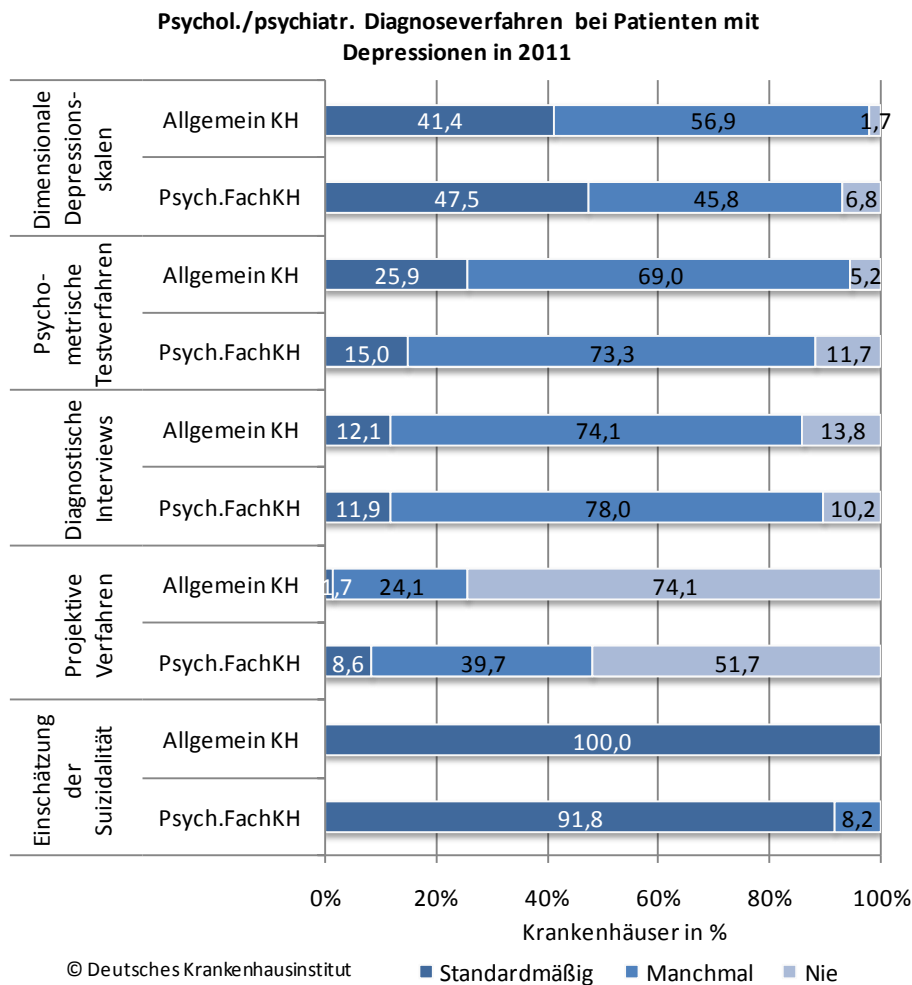
Im Gegensatz zu den Anamnese-Verfahren und Methoden der körperlichen Untersuchung, bei denen kein Unterschied zwischen den Fachkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrien zu verzeichnen ist, findet man geringe Differenzen bei den weiteren Diagnoseverfahren:

Standardmäßige Laboruntersuchungen bei Patienten mit Depressionen wurden im Jahr 2011 in sämtlichen Allgemeinkrankenhäusern und fast allen Fachkrankenhäusern (93%) durchgeführt. Bildgebende Verfahren ordneten dagegen ein Viertel der Abteilungspsychiatrien und jedes fünfte Fachkrankenhaus standardmäßig an. Hirnstrommessungen (Elektroenzephalographie: EEG) wurden in knapp einem Viertel der Abteilungspsychiatrien und jedem dritten Fachkrankenhaus standardmäßig durchgeführt. Beobachtungen von Patienten mit Depressionen im Schlaflabor wurden manchmal zusätzlich von Allgemein- (57%) und Fachkrankenhäusern (49%) getätigt (Abb. 32).



**Abb. 32: Eingesetzte weitere Diagnoseverfahren bei Patienten mit Depressionen im Jahr 2011**

Im Bereich der psychologischen/psychiatrischen Diagnoseverfahren verwendeten 41% der Allgemeinen und 48% der Fachkrankenhäuser standardmäßig dimensionale Depressionsskalen wie beispielsweise das Beck-Depressionsinventar oder die Hamilton Depression Scale. Zusätzlich nutzten 26% der Abteilungspsychiatrien sowie 15% der Fachkliniken standardmäßig weitere psychometrische Testverfahren wie z.B. Angst- oder Persönlichkeitstests. Angewendet wurden z.B. Verfahren wie das State-Traite-Angst- (STAI) oder Ärgerausdrucksinventar (STAXI). Diagnostische Interviews wurden jeweils von 12% der Krankenhäuser standardmäßig durchgeführt. Weniger verbreitet ist die Nutzung von projektiven Verfahren (z.B. Rorschach-Test) bei depressiven Patienten: So hatten 2% der Abteilungspsychiatrien und 9% der Fachkrankenhäuser diese Methode standardmäßig in ihrem Repertoire. Eine Einschätzung der Suizidalität der betroffenen Patienten wurde dahingegen von sämtlichen Allgemeinen und fast allen (92%) Fachkliniken vorgenommen (Abb. 33).

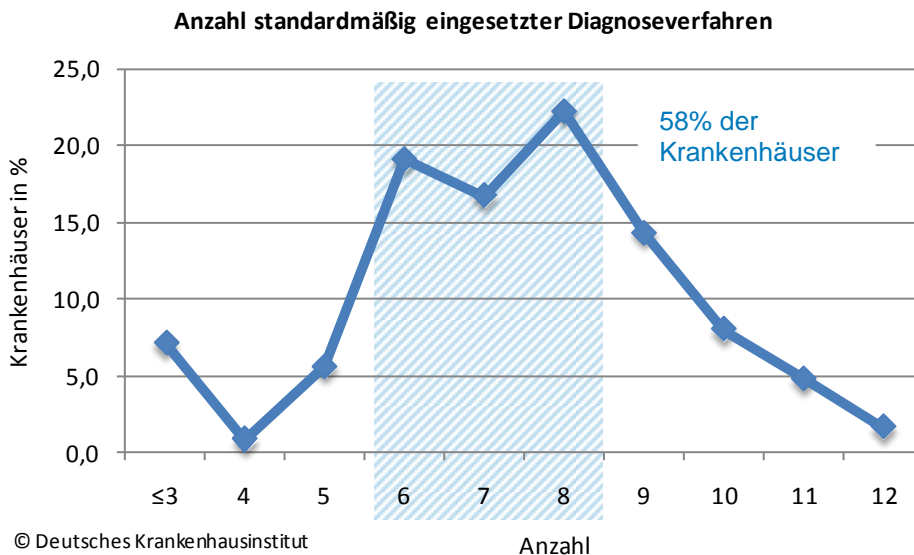


**Abb. 33: Eingesetzte psychologische/psychiatrische Diagnoseverfahren bei Patienten mit Depressionen im Jahr 2011**

Unter den vier Kliniken, die angaben, weitere sonstige Diagnoseverfahren bei Patienten mit Depressionen einzusetzen, teilte eine Einrichtung mit, dass sie manchmal Genogramme durchführe, um eine piktografische Darstellung von z.B. Beziehungen und besonderen Ereignissen zu ermöglichen.

Es gilt, dass die Diagnosestellung einer depressiven Störung eine zuverlässige und valide Erfassung der entsprechenden Symptome inklusive ihrer zeitlichen Auftretensmuster und Intensität erfordert. Für diese komplexen

Entscheidungen stehen unterschiedliche Hilfsmittel zur Verfügung, wie beispielsweise dimensionale Depressionsskalen oder diagnostische Interviews (Wittchen, Hoyer, 2006). Daher überrascht es auch nicht, dass die Klinikenangaben, stets mehrere Verfahren gleichzeitig zur Diagnose depressiver Erkrankungen standardmäßig einzusetzen. Dennoch ist nicht jedes Diagnoseverfahren für jeden Behandlungsfall gleichermaßen geeignet und wird daher auch nicht bei jedem Patienten Anwendung finden (siehe S. 49). Gleichwohl berichtete der Großteil der Allgemeinen und Fachkrankenhäuser (58%), dass er sechs bis acht unterschiedliche Verfahren standardmäßig verwende. 14% der Kliniken gaben an, neun verschiedene Verfahren einzusetzen und 5% der Einrichtungen wendeten sogar bis zu elf Methoden standardmäßig an (Abb. 34).

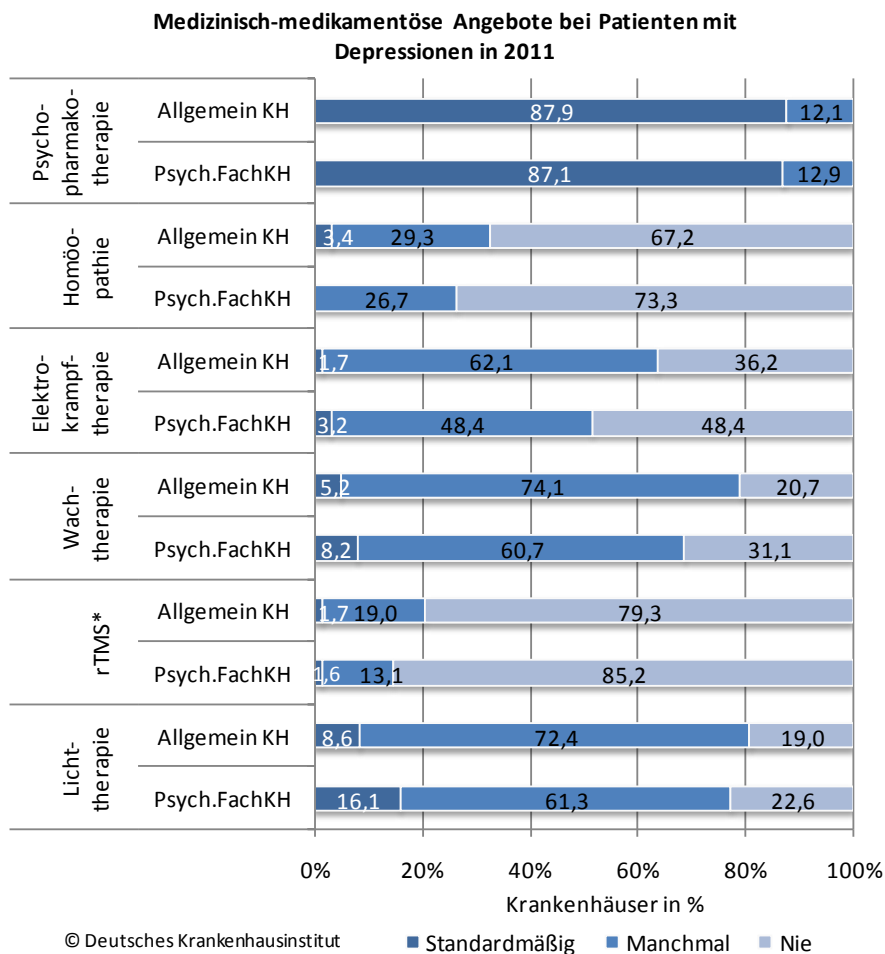


**Abb. 34:** Anzahl der standardmäßig eingesetzten Diagnoseverfahren bei depressiven Patienten in 2011 (Allgemein- und Fachkrankenhäuser)

## 5.2 Genutzte medizinisch-medikamentöse Angebote bei Patienten mit Depressionen

Die Behandlung einer depressiven Störung ist zuallererst auf die Linderung der depressiven Symptome ausgerichtet. Die Wahl der geeigneten Behand-

lungsalternative für einen Patienten richtet sich nach seinen klinischen Faktoren, wie der Symptomschwere und dem Erkrankungsverlauf sowie der Patientenpräferenz. Im Allgemeinen existieren vier wesentliche Behandlungsstrategien: eine aktiv-abwartende Begleitung, eine medikamentöse Behandlung, eine psychotherapeutische Behandlung sowie eine Kombinationstherapie aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung (DGPPN et al., 2012).



**Abb. 35: Medizinisch-medikamentöse Behandlungsangebote bei Patienten mit Depressionen in 2011 (\*Repetitive transkranielle Magnetstimulation)**

Der Großteil der Allgemeinen und Fachkrankenhäuser gab auf die Frage nach den verwendeten Behandlungsangeboten an, im Jahr 2011 für die Therapie





von Patienten mit depressiven Erkrankungen standardmäßig Psychopharmaka eingesetzt zu haben (88% bzw. 87%). Des Weiteren haben 3% der Abteilungspsychiatrien standardmäßig und 29% manchmal homöopathische Mittel verabreicht. In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern kam die Homöopathie bei 27% der Einrichtungen manchmal zum Einsatz.

Eine Wachtherapie, das bedeutet partieller Schlafentzug in der zweiten Nachthälfte oder auch vollständiger Schlafentzug, kann beispielsweise bei der Behandlung depressiver Patienten als Behandlungsform eingesetzt werden, falls eine rasche, wenn auch kurz anhaltende Response therapeutisch gewünscht wird. Die Befragungsteilnehmer berichteten zu 5% bzw. 8% (Allgemein- bzw. psychiatrische Fachkrankenhäuser), diese Therapieform in 2011 standardmäßig eingesetzt zu haben. Daneben berichteten 74% bzw. 61% (Allgemein- bzw. psychiatrische Fachkrankenhäuser) diese Therapieart manchmal anzuwenden.

Die Lichttherapie, für Patienten saisonal abhängiger Depression, wird dementsprechend von 72% bzw. 61% der allgemeinen bzw. psychiatrischen Fachkrankenhäuser manchmal eingesetzt. Die Elektrokrampftherapie, welche hauptsächlich bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht gezogen wird, wurde im Jahr 2011 von 62% der Abteilungspsychiatrien und 48% der Fachkrankenhäusern manchmal zur Therapie verwendet (Abb. 35).

Als sonstige medizinisch-medikamentös-genutzte Angebote für die Behandlung depressiver Patienten in 2011 wurde von den teilnehmenden Einrichtungen die Ohrakupunktur und Tiefenhirnstimulation genannt.

### 5.3 Angewandte psychotherapeutische Verfahren bei Patienten mit Depressionen

Für die Behandlung von Patienten mit Depressionen stehen die unterschiedlichsten psychotherapeutischen Verfahren zur Verfügung. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden daher gebeten, anzugeben, inwieweit sie spezielle Ver-



fahren als Einzel- oder Gruppentherapie zur Behandlung von depressiven Patienten im Jahr 2011 angeboten haben.

Bezogen auf die **Einzeltherapien** berichtete jeweils gut die Hälfte aller Einrichtungen, für die Behandlung von Depressionserkrankungen im Jahr 2011 standardmäßig Verhaltenstherapie eingesetzt zu haben. 26% (Allgemeinkrankenhäuser) bzw. 33% (Fachkliniken) der Kliniken führten standardmäßig tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durch. Eine Gesprächspsychotherapie als Einzeltherapie wurde in 14% der Abteilungspsychiatrien und 27% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser standardmäßig eingesetzt (Abb. 36).

Die Interpersonelle Psychotherapie, als spezifisch für depressive Erkrankungen entwickelte Kurzzeittherapiemethode, wurde standardmäßig als Einzeltherapie in 9% der Allgemein- und 5% der Fachkrankenhäuser sowie manchmal in 42% der Abteilungspsychiatrien und 59% der Fachkliniken durchgeführt.

Die analytische Psychotherapie, als Langzeittherapie, wurde jeweils in rund einem Viertel der allgemeinen Krankenhäuser und Fachkliniken standardmäßig oder manchmal angewendet.

Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011 - Einzeltherapie -

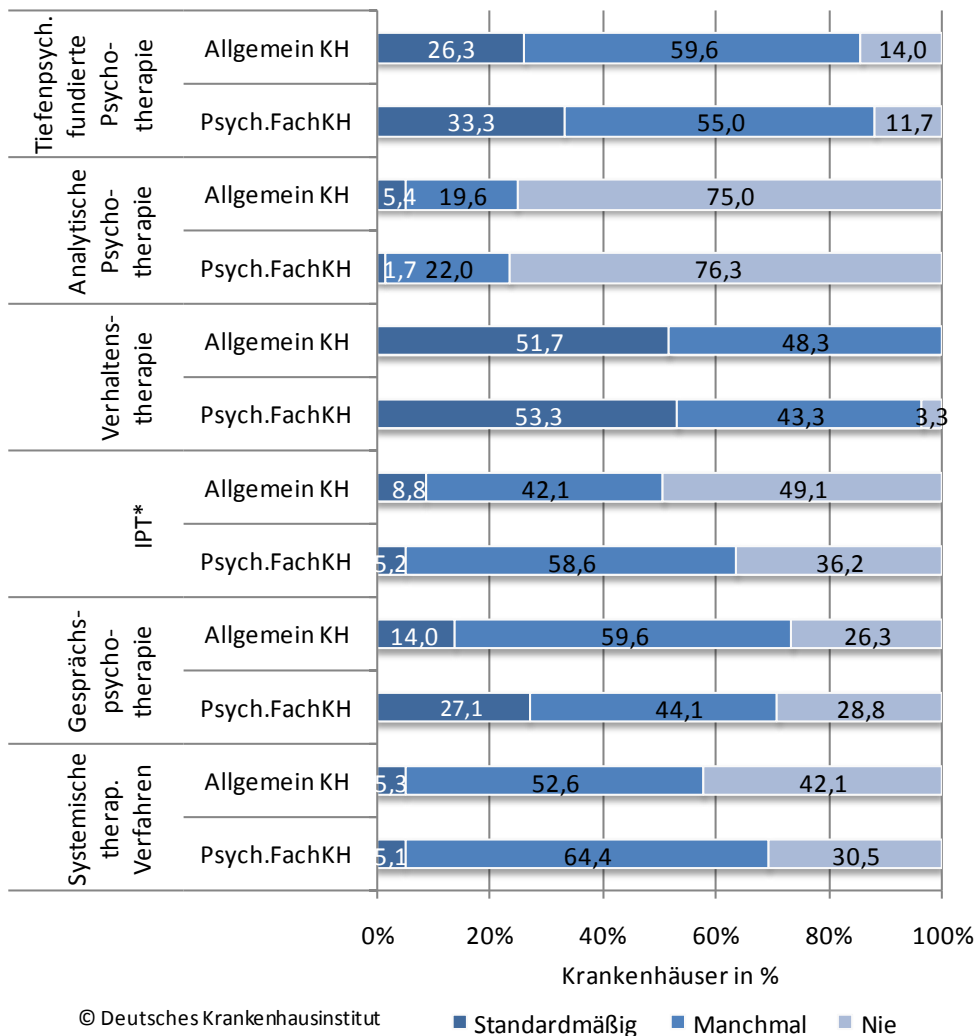
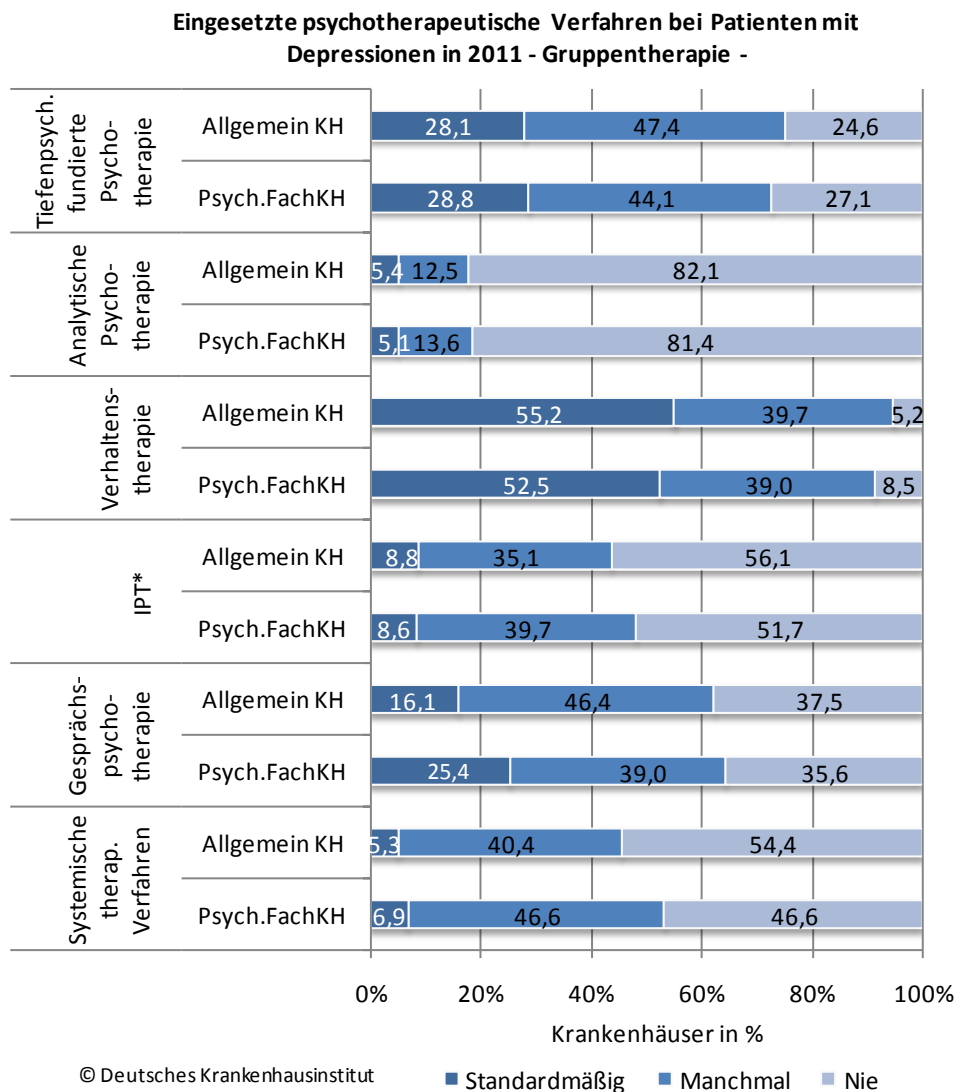


Abb. 36: Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011 – Einzeltherapie – (\*Interpersonelle Psychotherapie)

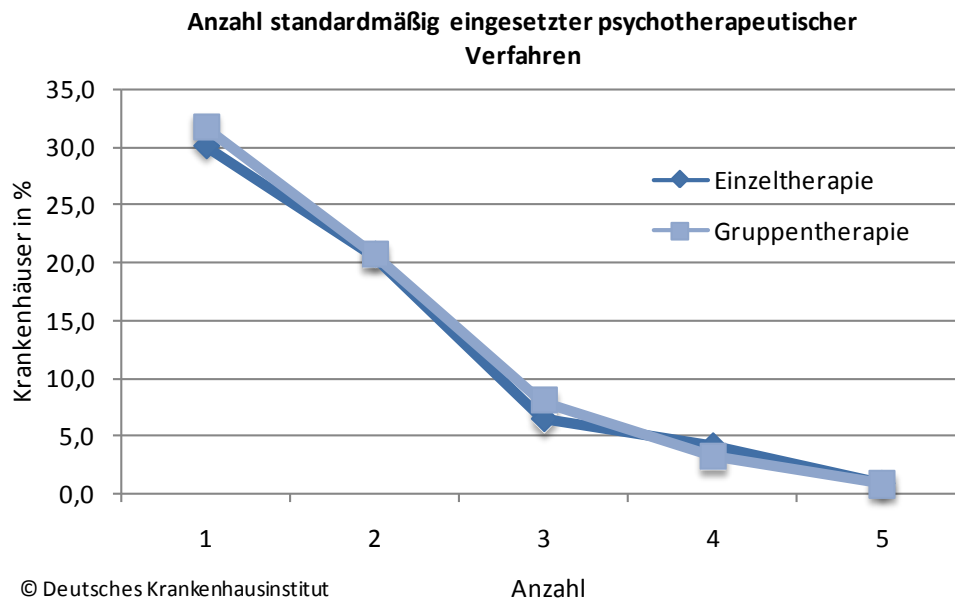
Im Bereich der **Gruppentherapien** berichtete ebenfalls jeweils gut die Hälfte aller Einrichtungen, für die Behandlung von Depressionserkrankungen im Jahr 2011 standardmäßig Verhaltenstherapie eingesetzt zu haben. 28% (Allgemeinkrankenhäuser) bzw. 29% (Fachkliniken) der Kliniken führten standardmäßig tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durch. Eine Gesprächspsychotherapie als Gruppentherapie wurde in 16% der Abteilungspsychiatrien

und in jedem vierten psychiatrischen Fachkrankenhaus standardmäßig eingesetzt (Abb. 37).

Die Interpersonelle Psychotherapie, als Kurzzeittherapiemethode, wurde standardmäßig als Gruppentherapie in jeweils 9% der Einrichtungen standardmäßig durchgeführt.



**Abb. 37: Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011 – Gruppentherapie – (\*Interpersonelle Psychotherapie)**



**Abb. 38: Anzahl standardmäßig eingesetzter psychotherapeutischer Verfahren in Einzel- und Gruppentherapie in 2011**

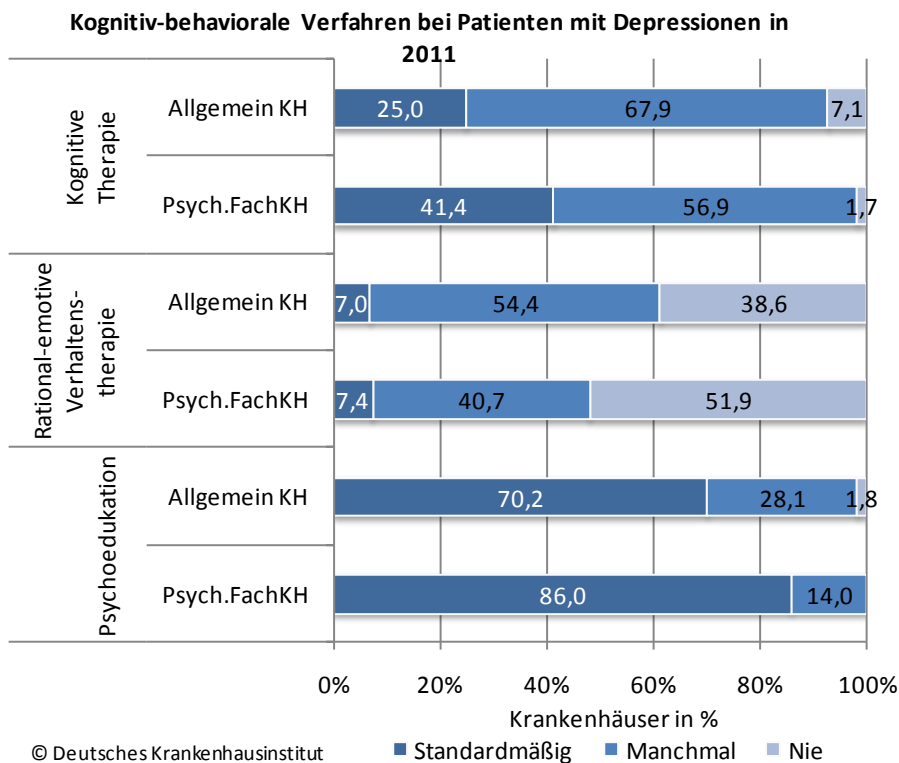
Die Vielzahl der Symptome und unterschiedlichen Verläufe depressiver Erkrankungen lassen den Behandelnden Spielraum für die Anwendung verschiedenster Therapieverfahren. 30% aller Einrichtungen (Abteilungs- sowie fachpsychiatrische Krankenhäuser) verwendeten dabei standardmäßig in der Einzel- wie in der Gruppentherapie eine psychotherapeutische Methode. Weitere 20% der Kliniken gaben an, in Einzel- wie in Gruppentherapie standardmäßig auf zwei psychotherapeutische Verfahren zurückzugreifen. Auffällig ist hier, dass der standardmäßige Einsatz von Einzeltherapieverfahren und Gruppentherapien in den Einrichtungen gleichstark war (Abb. 38).

#### 5.4 Eingesetzte Verfahren bei Patienten mit Depressionen

Aufgrund der Fülle der verschiedenen existierenden wirkungsvollen Behandlungsmethoden bei depressiven Erkrankungen gibt die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, herausgegeben von der Deutschen Ge-

sellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN et al., 2012), für die Behandlung depressiver Patienten keine spezifischen Psychotherapieverfahren, sondern lediglich Empfehlungsgrade vor.

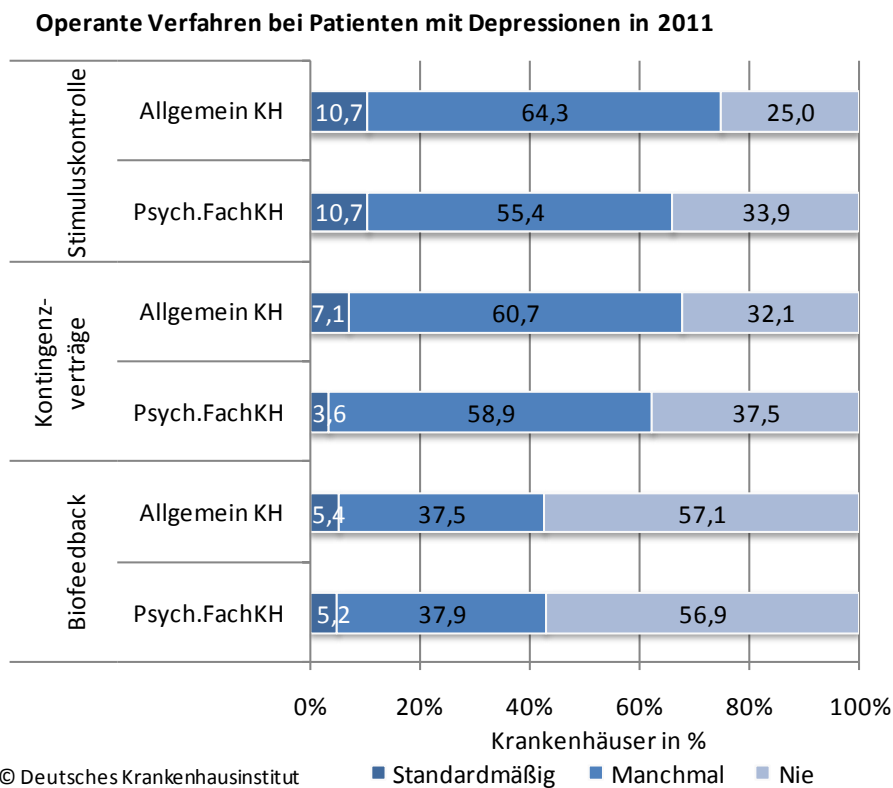
Bei der Anwendung der verhaltenstherapeutischen Verfahren gibt es einige Unterschiede zwischen den Einrichtungen: 25% der Allgemeinkrankenhäuser im Gegensatz zu 41% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser setzten bei depressiven Patienten standardmäßig eine kognitive Therapie ein. Auch die standardmäßige Psychoedukation von Patienten mit Depressionserkrankungen wurde von Fachkrankenhäusern (86%) häufiger als von Allgemeinkrankenhäusern (70%) als Behandlungsalternative gewählt (Abb. 39).



**Abb. 39: Kognitiv-behaviorale Therapieverfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Operante Verfahren wurden im Ganzen weniger zur Behandlung von Depressionserkrankungen verwendet, als die verschiedenen Methoden der Verhal-

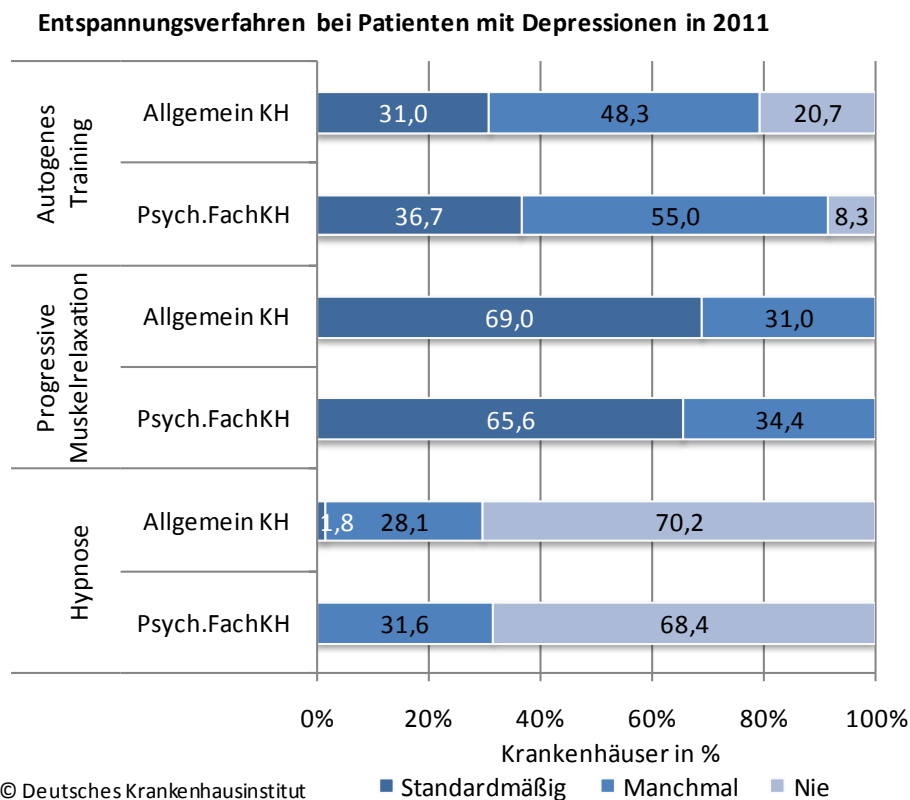
tenstherapie: Jeweils 11% der Einrichtungen gaben an, die Stimuluskontrolle standardmäßig bei depressiven Patienten einzusetzen. 64% bzw. 55% der Kliniken (Allgemein- bzw. Fachkrankenhaus) verwendeten die Stimuluskontrolle manchmal. 7% der Abteilungspsychiatrien sowie 4% der Fachkliniken haben standardmäßig und jeweils rund 60% der Einrichtungen manchmal Kontingenzverträge<sup>3</sup> mit ihren depressiven Patienten geschlossen. Jeweils 5% der Einrichtungen nutzten standardmäßig Biofeedback zur Behandlung von Depressionen (Abb. 40).



**Abb. 40: Operante Therapieverfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011**

<sup>3</sup> Im Rahmen von schriftlich festgehaltenen Kontingenzverträgen vereinbaren der Therapeut und der Patient ein bestimmtes Zielverhalten (z.B. die Teilnahme an einer bestimmten Veranstaltung) sowie entsprechende Verstärker bzw. Konsequenzen für das Erreichen oder Nicht-Erreichen des Zieles.

Zur unterstützenden Therapie von Patienten mit Depressionen werden unterschiedliche Entspannungsverfahren verwendet. Ungefähr jeweils ein Drittel der Einrichtungen (31% Allgemeinkrankenhäuser; 37% Fachkliniken) führten in 2011 standardmäßig autogenes Training durch. Der Großteil der Krankenhäuser (69% Allgemeinkrankenhäuser; 66% Fachkrankenhäuser) wählte jedoch standardmäßig als Entspannungsmethode für depressive Patienten die progressive Muskelrelaxation. Hypnose wurde dahingegen nur manchmal von 28% der Abteilungspsychiatrien sowie 32% der Fachkliniken zur Entspannung durchgeführt (Abb. 41).

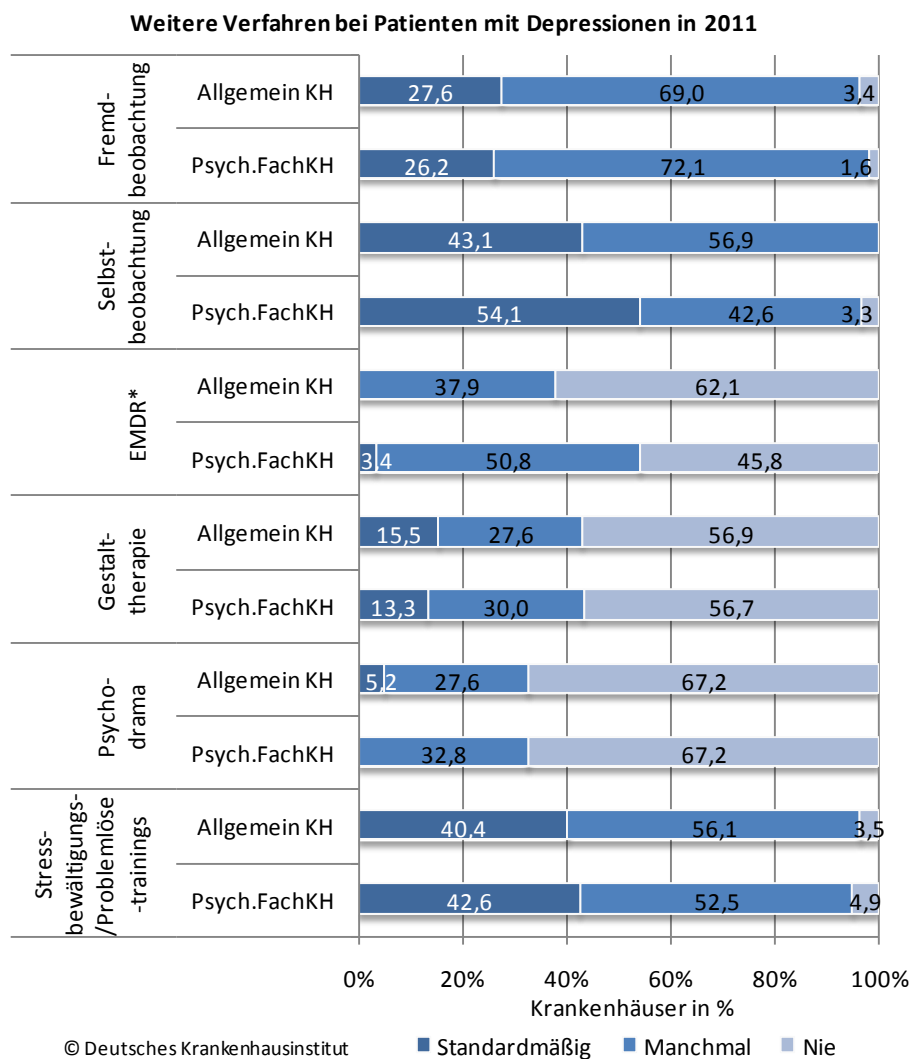


**Abb. 41: Entspannungsverfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Neben unterschiedlichen Entspannungsmethoden existieren noch verschiedenste weitere Verfahren zur Unterstützung der Therapie depressiver Erkrankungen.



Jeweils gut ein Viertel der Einrichtungen verwendeten standardmäßig Fremd-  
beobachtungen wie beispielsweise Rollenspiele oder Verhaltensproben. 43%  
der Allgemeinkrankenhäuser und 54% der Fachkliniken führten Selbstbe-  
obachtungen wie Wochenpläne oder Tagebücher als unterstützende Therapie-  
verfahren durch.



**Abb. 42: Weitere Verfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011 (\*Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**



Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings wurden standardmäßig in 40% bzw. 43% (Allgemeine bzw. Fachkrankenhäuser) der Einrichtungen mit depressiven Patienten durchgeführt. 16% der Abteilungspsychiatrien sowie 13% der Fachkrankenhäuser wendeten außerdem standardmäßig die Gestalttherapie für Patienten mit Depressionen an (Abb. 42).

Als sonstige Verfahren zur Behandlung von depressiven Erkrankungen nannten die teilnehmenden Einrichtungen weitere Methoden der Psychotherapie wie beispielsweise die Schematherapie, welche zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien zählt. Ebenso wurde das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) als ein relativ junges Verfahren genannt, welches speziell für chronisch depressive Patienten konzipiert wurde. Angewendet wurde auch die Dialektisch-behaviorale Therapie, bei der Methoden aus der Verhaltenstherapie, aber auch aus körperorientierten Behandlungsansätzen und weiteren Strömungen der Psychotherapie (z.B. Gestalttherapie, Hypnose) zum Einsatz kommen.

Darüber hinaus wurden unterschiedliche Methoden der Traumatherapie als unterstützende Therapieverfahren für Patienten mit Depressionen angegeben: darunter befanden sich beispielsweise die psychodynamisch-integrative Traumatherapie (PIT) sowie Imaginationsverfahren nach Reddemann.

Als weitere Unterstützungsmaßnahme bei depressiven Erkrankungen wurde ein psychoedukatives Selbstmanagement-Training, das Züricher Ressourcen Modell (ZRM), genannt.

### 5.5 Begleitende Behandlungsangebote bei Patienten mit Depressionen

Die Möglichkeiten im Bereich der unterstützenden Therapieverfahren und therapeutischen Maßnahmen bei Depressionserkrankungen sind sehr vielfältig. Die teilnehmenden Krankenhäuser wurden daher gebeten anzugeben, welche Methoden aus einer vorgegebenen Auswahl von begleitenden Behandlungsangeboten sie ihren Patienten offerieren.

Demnach bieten der Großteil der Allgemeinkrankenhäuser (69%) und über die Hälfte der psychiatrischen Fachkliniken (55%) standardmäßig Gruppentherapien an (für eine genauere Auflistung der einzelnen Verfahren der Psychotherapien in Gruppen vgl. Kap. 5.3).

Darüber hinaus sind Angehörigengruppen in den Einrichtungen am weitesten verbreitet: Fast die Hälfte aller Abteilungspsychiatrien (46%) sowie 40% der Fachkrankenhäuser bieten diese Methode bei depressiven Erkrankungen standardmäßig an. Die Familientherapie gehört standardmäßig bei 9% der Allgemein- und bei 20% der Fachkliniken sowie manchmal bei 57% der Allgemein- und bei 66% der Fachkrankenhäuser zum Angebot. Am wenigsten standardmäßig verbreitet ist die Paartherapie. Sie wird jedoch bei den meisten Einrichtungen manchmal bei Patienten mit depressiven Erkrankungen und deren Partnern angewendet (70% bzw. 71% der Allgemein- bzw. Fachkliniken) (Abb. 43).

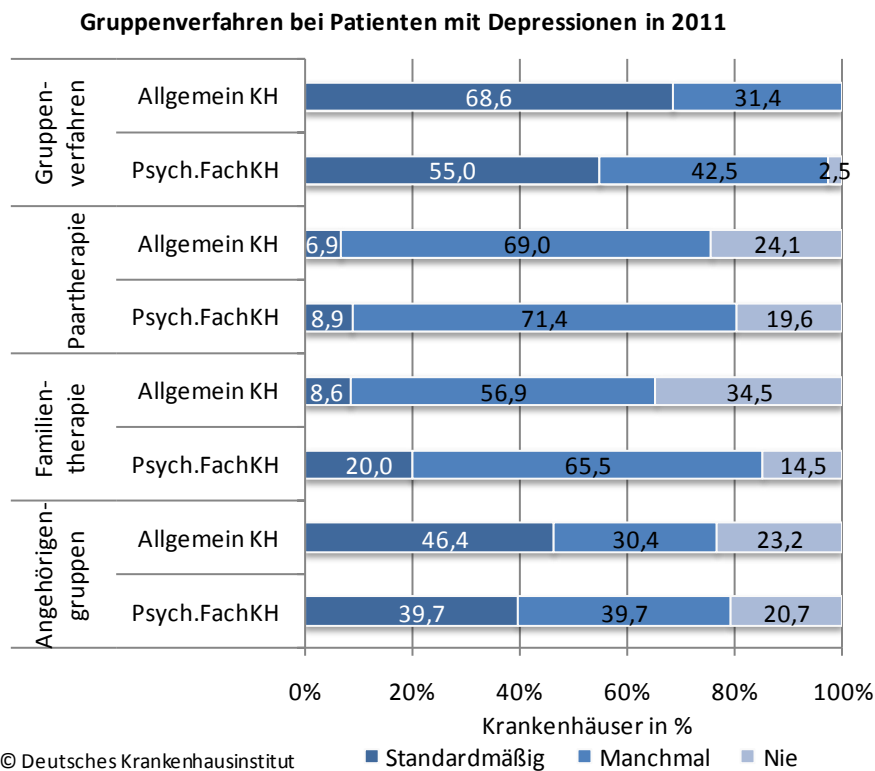


Abb. 43: Gruppenverfahren bei Patienten mit Depressionen in 2011

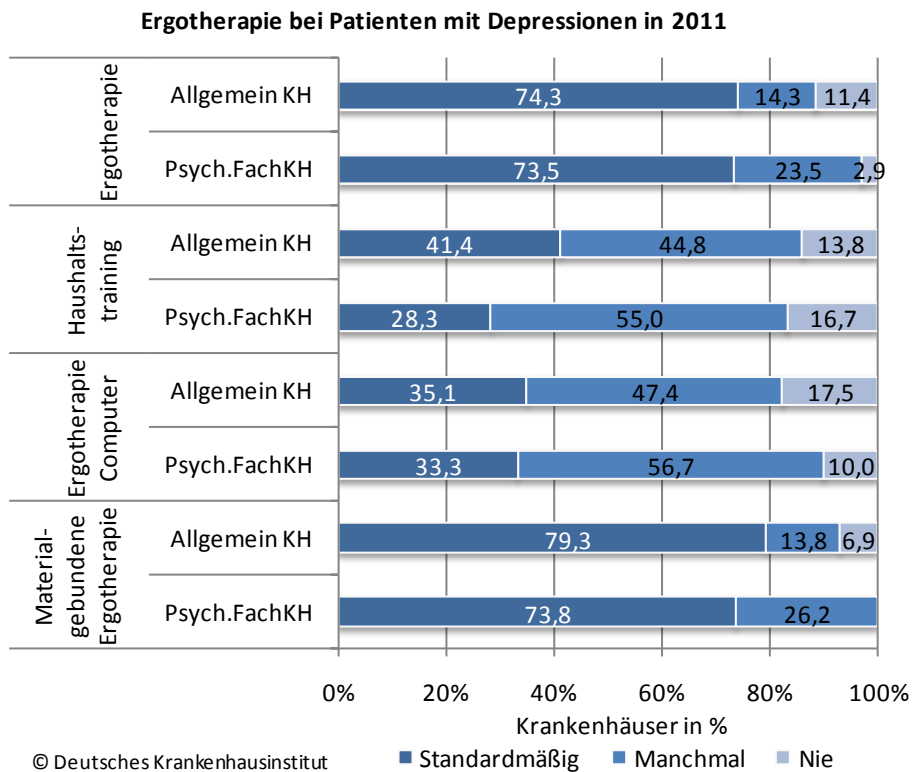


Eine weitere Therapiemöglichkeit bietet der Einsatz ergotherapeutischer Maßnahmen. Ergotherapie zielt auf die Wiederherstellung und den Erhalt von Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität in wichtigen Lebensbereichen für den Patienten wie beispielsweise Selbstversorgung, Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Beruf und Ausbildung (DGPPN et al., 2012).

Daher überrascht es nicht, dass die Angebote der Krankenhäuser in diesem Bereich sehr ausgeprägt sind: Drei Viertel aller Einrichtungen boten im Jahr 2011 standardmäßig Ergotherapie für Patienten mit Depressionen an. Materialgebundene Ergotherapie (beispielsweise mit Holz, Stoff oder Ton) wurde in 80% der Abteilungspsychiatrien und 74% der Fachkliniken durchgeführt.<sup>4</sup> Ergotherapie an und mit dem Computer wurde standardmäßig in jeweils gut einem Drittel der Einrichtungen angeboten. Ein Haushaltstraining veranstalteten 41% der allgemeinen und 28% der Fachkrankenhäuser standardmäßig für depressiv Erkrankte (Abb. 44).

---

<sup>4</sup> Die höheren Werte der materialgebundenen Ergotherapie gegenüber der „allgemeinen“ Ergotherapie sind durch einen erhöhten Anteil von fehlenden Werten bei der „allgemeinen“ Ergotherapie im Gegensatz zur materialgebundenen Ergotherapie zu erklären.

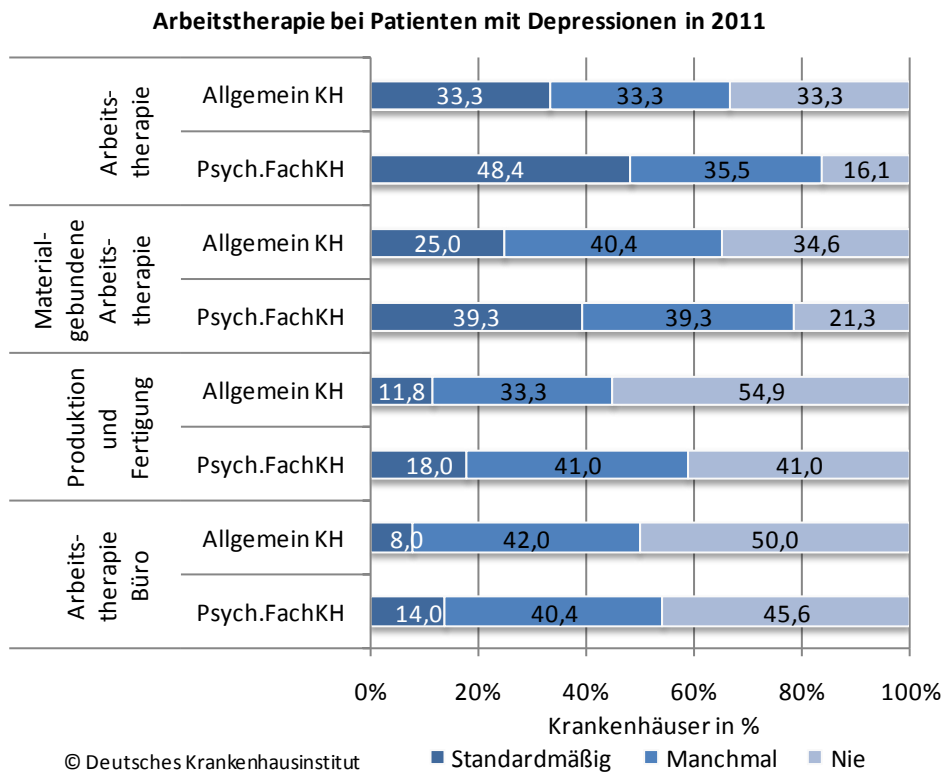


**Abb. 44: Ergotherapie bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Im Rahmen der Arbeitstherapie findet bei Patienten mit Depressionen eine stufenweise Heranführung des Patienten an die Grundanforderungen des Arbeitslebens statt. Arbeit wird hier als therapeutisches Mittel verwendet. Trainiert werden dabei insbesondere die Grundarbeitsfähigkeiten wie Konzentration, Ausdauer und Kommunikation aber auch spezielle Fähigkeiten (z.B. handwerkliche Techniken, Computerkenntnisse, hauswirtschaftliche Tätigkeiten). Die Belastbarkeit des Patienten wird erprobt und ihm wird gleichzeitig die Möglichkeit geboten, sich in verschiedenen Arbeits- und Berufsfeldern zu orientieren.

Ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser und fast die Hälfte der Fachkliniken haben ihren Patienten mit Depressionen Formen der Arbeitstherapie standardmäßig angeboten. Jede vierte Abteilungspsychiatrie und 39% der Fachkrankenhäuser führten standardmäßig materialgebundene Arbeitstherapien (z.B. Holzwerkstatt) durch. Eine Arbeitstherapie „Büro“ wurde standardmäßig

weniger häufig depressiven Patienten (8% Allgemein- und 14% Fachkrankenhäuser) angeboten (Abb. 45).

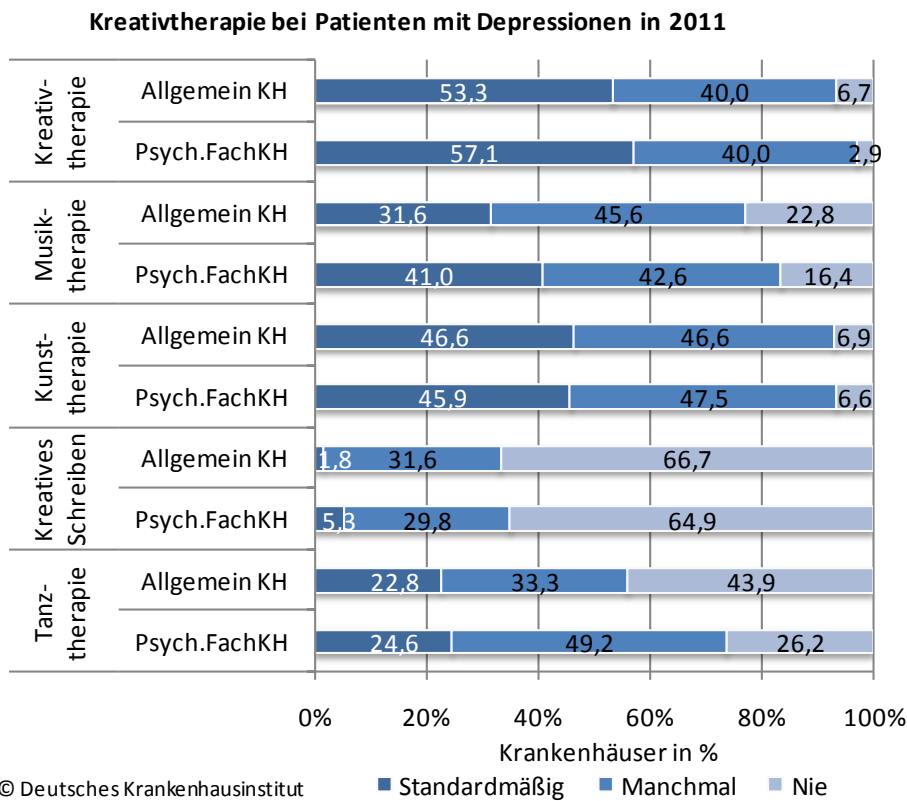


**Abb. 45: Arbeitstherapie bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Eine ebenfalls bei depressiven Patienten angewendete Therapiemöglichkeit ist die „Kreativtherapie“. Diese ist eine eigenständige Therapieform, welche mit verschiedenen künstlerischen Medien arbeitet und sehr handlungs- und erfahrungsorientiert ist. Die Kommunikation während der Therapie geschieht „in der Sprache“ des jeweiligen Mediums.

Gut die Hälfte aller befragten Einrichtungen gab an, im Jahr 2011 standardmäßig Kreativtherapie bei Patienten mit depressiven Erkrankungen durchgeführt zu haben. Fast jede zweite psychiatrische Einrichtung bot dabei standardmäßig die Kunsttherapie an. Musiktherapie wurde in 32% der Abteilungspsychiatrien und 41% der Fachkliniken standardmäßig durchgeführt. Ungefähr

jede vierte Einrichtung bot im Jahr 2011 standardmäßig Tanztherapien für depressiv Erkrankte an (Abb. 46).

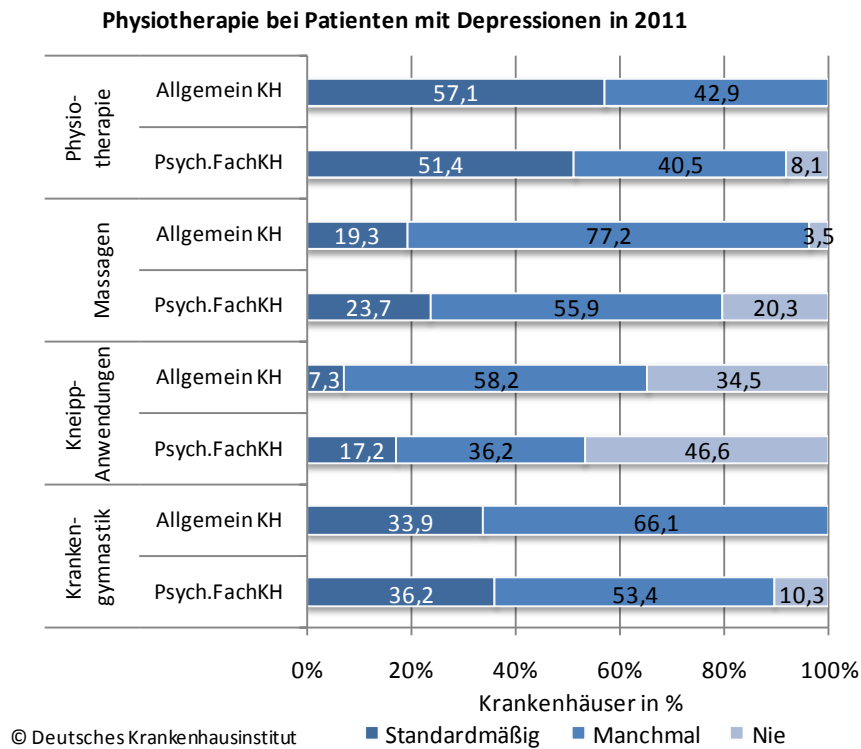


**Abb. 46: Kreativtherapie bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Zur Behandlung depressiver Erkrankungen wird zudem die Physiotherapie genutzt (Abb. 47). Zur Physiotherapie im weitesten Sinne zählen alle Versuche, den Patienten zu kräftigen, zu aktivieren, aber auch zu lockern und zu entspannen. Die Möglichkeiten und Verfahren sind vielfältig und zahlreich.

Über die Hälfte bzw. die Hälfte aller Kliniken (57% Allgemein- bzw. 51% psychiatrische Fachkliniken) boten standardmäßig Physiotherapie für depressive Patienten an. Ungefähr jede dritte Einrichtung setzte standardmäßig Krankengymnastik zur Mobilisation von depressiv Erkrankten ein. Zwei Drittel der Allgemeinen Krankenhäuser und gut die Hälfte der Fachkliniken nutzten dazu

manchmal die Krankengymnastik für ihre depressiven Patienten. In 19% der Abteilungspsychiatrien und 24% der Fachkliniken wurden standardmäßig und in 77% der Abteilungspsychiatrien sowie 56% der Fachkrankenhäuser manchmal den depressiven Patienten Massagen verordnet.

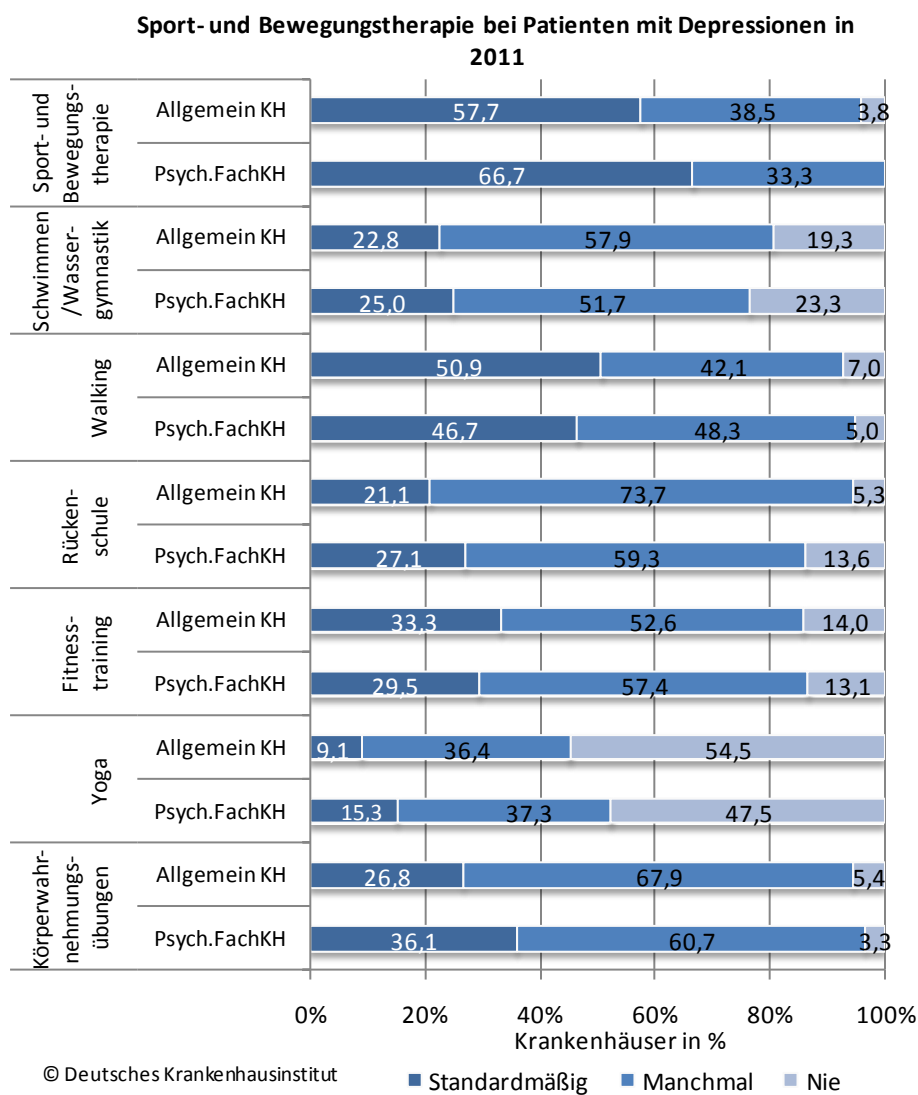


**Abb. 47: Physiotherapie bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Ebenso wie die Physiotherapie ist auch die Sport- und Bewegungstherapie eine Möglichkeit, den Patienten zu aktivieren. Am häufigsten wird dazu die allgemeine Sport- und Bewegungstherapie genutzt: 58% der Allgemeinkrankenhäuser und 67% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben im Jahr 2011 standardmäßig ihren depressiven Patienten diese Möglichkeit angeboten. Ungefähr die Hälfte aller Einrichtungen hatte Walking für depressive Erkrankte standardmäßig in ihrem Angebot. Rund jede dritte Einrichtung führte standardmäßig Fitnesstraining für dieses Patientenkontingent durch. 27% bzw. 36% der Einrichtungen (Allgemein- bzw. Fachkrankenhaus) haben Körperwahr-



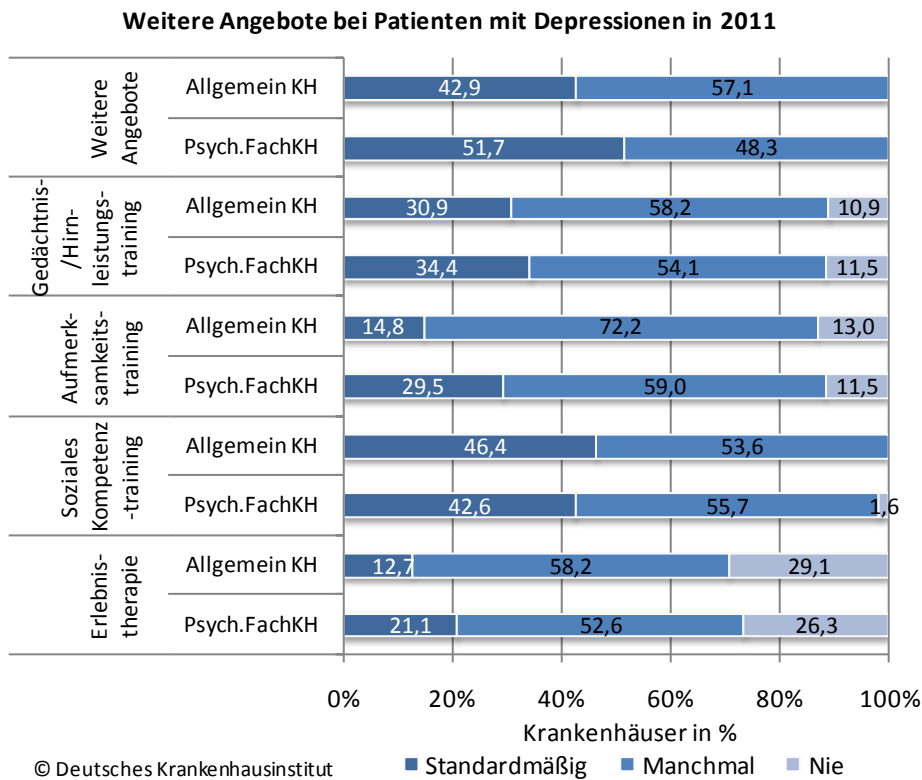
nehmungsübungen bei depressiven Erkrankungen standardmäßig angewendet (Abb. 48).



**Abb. 48: Sport- und Bewegungstherapie bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Gut die Hälfte der psychiatrischen Fachkrankenhäuser (52%) sowie 43% der Abteilungspsychiatrien haben weitere Verfahren zur Therapieunterstützung bei depressiven Patienten standardmäßig im Angebot. Am häufigsten wurde hierbei das soziale Kompetenztraining verwendet: 46% der Allgemeinkran-

kenhäuser und 43% der Fachkliniken haben standardmäßig ihre depressiven Patienten dabei unterstützt, selbstsicheres sozial kompetentes Verhalten aufzubauen oder weiter zu entwickeln. Ungefähr ein Drittel der Einrichtungen führten bei Depressionserkrankung Gedächtnis- und Hirnleistungstrainings durch, um Einschränkungen beispielsweise in der Alltagsbewältigung, der Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer oder der Handlungsfähigkeit und des Problemlösens zu beheben (Abb. 49).



**Abb. 49: Weitere Angebote bei Patienten mit Depressionen in 2011**

Die sonstigen unterstützenden Therapieverfahren und therapeutischen Maßnahmen, welche die Einrichtungen ihren Patienten mit Depressionserkrankungen angeboten haben, waren sehr vielfältig:

Genannt wurde hierbei beispielsweise das Nichtrauchertraining als allgemeine gesundheitsfördernde Maßnahme. Eine Einrichtung nannte die Aromatherapie, eine gezielte Behandlungsart von Befindlichkeitsstörungen und Erkan-



kungen mit ätherischen Ölen, als zusätzliches Verfahren. Des Weiteren wurde die Spieltherapie, eine wirksame Methode psychotherapeutischer Hilfe für Kinder und Jugendliche, angeboten. Heilsames Singen als eine kreative Therapieform wurde depressiven Patienten ebenso offeriert, wie die Einbeziehung des Körpers in die Psychotherapie bei der „Körpertherapie“. Weiterhin wurde z.B. mit der Nutzung von Hochseilgärten eine neue Form der Erlebnistherapie vorgestellt. Darüber hinaus wurden verschiedene Arten chinesischer Meditations-, Konzentrations- und Bewegungsformen wie beispielsweise Tai Chi und Qigong durchgeführt. Schließlich kamen auch tiergestützte Therapien (Therapiehund, Reittherapie) bei der Behandlung von depressiven Patienten zum Einsatz.

### 5.6 Weitere Leistungsangebote bei Patienten mit Depressionen

Neben den unterstützenden Therapieverfahren und therapeutischen Maßnahmen hatten die Krankenhäuser nicht selten noch weitere Leistungsangebote in ihrem Repertoire: So boten 61% der Abteilungspsychiatrien und 64% der Einrichtungspsychiatrien standardmäßig und 39% der Abteilungspsychiatrien sowie 36% der Abteilungspsychiatrien manchmal bei depressiven Patienten eine Betreuung oder Beratung der Angehörigen an. Jede dritte Abteilungspsychiatrie und 43% der Fachkrankenhäuser führten standardmäßig eine Psychoedukation bei Angehörigen von depressiv Erkrankten durch. 15% der Einrichtungen haben standardmäßig poststationäre Nachsorgegruppen etabliert. Eine Aufnahmemöglichkeit von Mutter / Vater und Kind existierte standardmäßig bereits in 13% der Abteilungspsychiatrien und 15% der Fachkliniken sowie manchmal in jeder dritten Abteilungspsychiatrie und 43% der psychiatrischen Fachkrankenhäuser (Abb. 50).

Weitere Leistungsangebote bei Patienten mit Depressionen in 2011

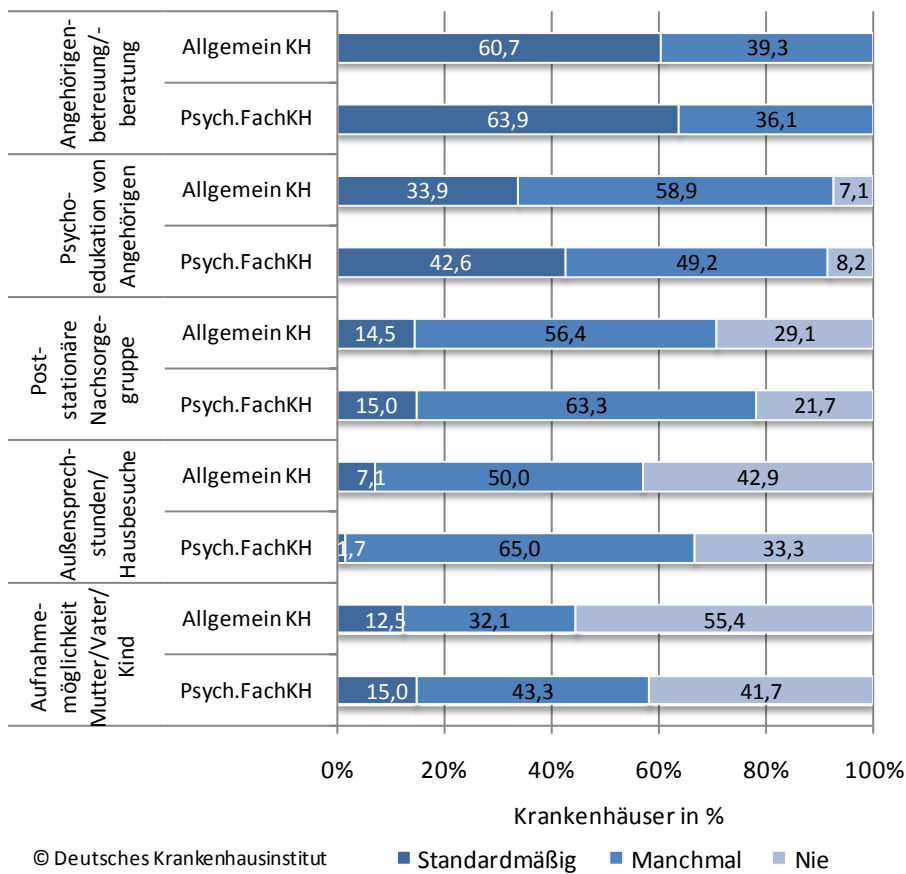
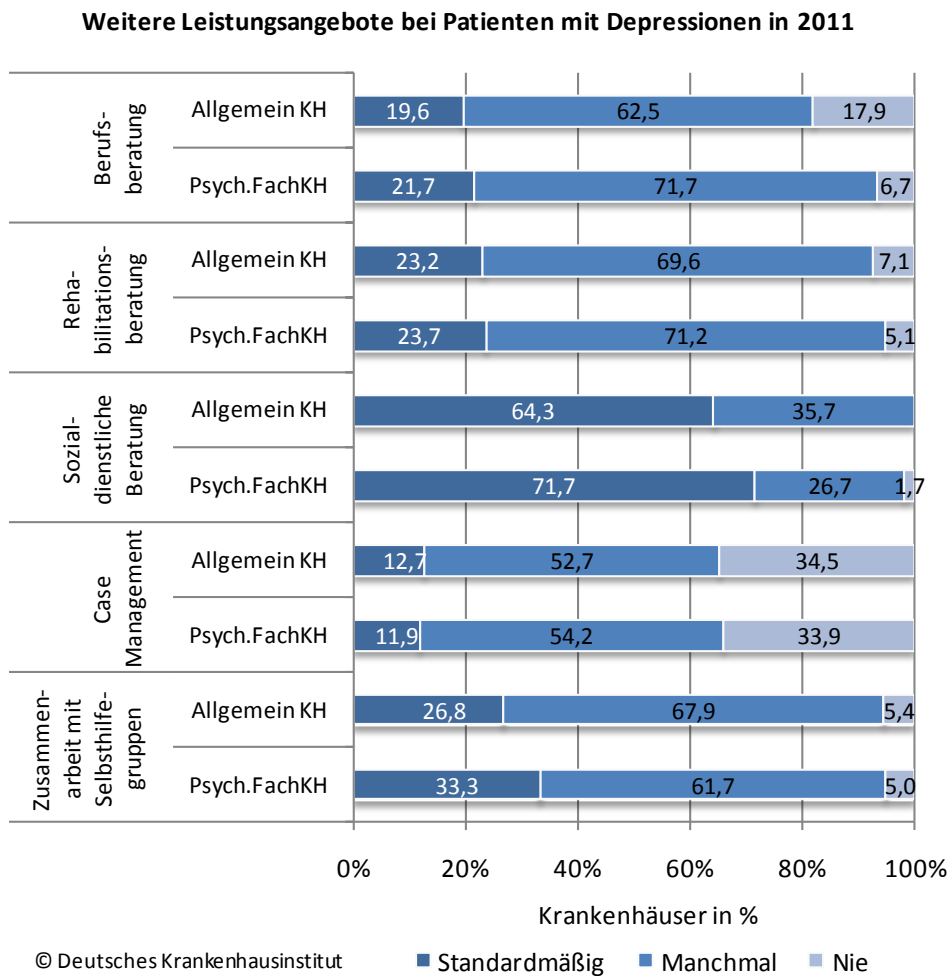


Abb. 50: Weitere Leistungsangebote bei Patienten mit Depressionen in 2011 I

Zusätzliche andere Möglichkeiten, welche die Krankenhäuser in ihrem Leistungsangebot hatten, sind vor allem sozialdienstliche Beratungen. 64% der Abteilungspsychiatrien und 72% der Fachkliniken haben diesen Dienst für Patienten mit Depressionen standardmäßig im Jahr 2011 angeboten. 27% der Allgemeinkrankenhäuser und jede dritte Fachklinik boten in diesem Zusammenhang zudem standardmäßig eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Fast jede vierte Einrichtung organisierte für depressiv Erkrankte zudem standardmäßig eine Rehabilitationsberatung (Abb. 51).



**Abb. 51: Weitere Leistungsangebote bei Patienten mit Depressionen in 2011 II**

Neben den bisher erfragten weiteren Leistungsangeboten berichteten die Einrichtungen von den unterschiedlichsten sonstigen Angeboten, welche sie ebenfalls für depressive Patienten vorhalten. Hier wurden beispielsweise die Ernährungsberatung oder verschiedene Kontaktmöglichkeiten (Seniorenkaffee, Freizeitclub, Kontakttermine Tagesstätte) für Patienten untereinander genannt. Alternative Beratungswege wie die Inhouse-Beratung oder Beratungen für bisher nicht erwähnte Probleme (Mobbingprechstunde) wurden angeführt. Des Weiteren wurden Sprechstunden speziell für Eltern psychisch kranker Kinder angeboten sowie eine besondere Mutter-Kind-Interaktionstherapie und in erweiterter Form eine Mutter und Kind Tagesklinik.



## Literaturverzeichnis

- Deutscher Bundestag (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Berlin - BT-Drucksache 17/8986
- Deutsches Krankenhausinstitut (2000ff.): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut. [www.dki.de](http://www.dki.de)
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, Version 1.3, Januar 2012. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2012.  
Internet:<http://www.dgppn.de>, <http://www.versorgungsleitlinien.de>, <http://www.awmf-leitlinien.de>.
- (\*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, WMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVT, DPG, DPV, DPtV, DVT, Deutscher Hausärzterverband, GwG, KND).
- Frieling M, Beck U, Becker A (2010): Personalkennzahlen sind mehrdimensional. KU Gesundheitsmanagement, 1:30-33
- Havighorst F (2006): Personalkennzahlen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- König H, Lupp M, Riedel-Heller S (2010). Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. Psychiat Prax, 37:213-215.
- Murray CJL, Lopez AD (1996). The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank Cambridge. Cambridge: MA: Harvard University Press.



Naegler H.(2008): Personalmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Ringshausen H. (2008): Personalentwicklung fördert, fordert und erhöht die Qualität. f&w, 6:588-589

Sleziona M (2009): Der Kampf um die besten Führungskräfte von morgen. f&w, 1:32-34

Von Eiff W, Stachel K. (2006): Kliniken vernachlässigen das Personalmanagement. f&w, 4:416-421

Wandschneider U, Hessel T, Hahn J. (2009): Moderne Personalkonzepte sichern die Zukunft. f&w, 1:25-28

Wittchen HU, Hoyer J (2006). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer.