



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

A large, stylized graphic of the letters 'DKI' in a light blue, semi-transparent font, overlaid on a background of orange and light blue brushstrokes. The 'D' and 'K' are the most prominent, with the 'I' being a simple vertical bar.

# PSYCHIATRIE BAROMETER

Umfrage 2021/2022

# INHALT

SEITE	KAPITEL
5	Einleitung
6	1 Wirtschaftliche Lage
7	1.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation
8	1.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen
9	2 Ambulantisierungspotenziale in der Psychiatrie
10	2.1 Ambulante Angebote
13	2.2 Eigene und Angebote in Zusammenarbeit mit Partnern
15	2.3 Ambulante Videobehandlung
17	2.4 Bedarf und Herausforderungen bei ambulanten Behandlungsangeboten
19	3 Netzwerkstrukturen und regionale Zusammenarbeit
20	3.1 Netzwerke und Mitgliedschaften
23	3.2 Durchführung von Modellvorhaben nach § 64b SGB
25	3.3 Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern
27	3.4 Hinderungsgründe bei der Umsetzung von gewünschten Kooperationen nach § 64b SGB
29	3.5 Angebote zur Anschlussversorgung
30	4 Arzneimitteltherapiesicherheit in der Psychiatrie
31	4.1 Arzneimittelversorgung und -organisation
35	4.2 Datennutzung
37	4.3 Dokumentation
39	4.4 Maßnahmen und Probleme bei Arzneimittelverordnungen

SEITE	KAPITEL
42	5 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)
43	5.1 Nachweisverfahren
44	5.2 Dokumentationsaufwand
45	5.3 Ermittlung der Mindestvorgaben
48	5.4 Einhaltung der Mindestvorgaben
49	5.5 Gründe für die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben
51	5.6 Änderung von Versorgungskonzepten
53	5.7 Genesungsbegleiter
54	6 Digitalisierung in der Psychiatrie
55	6.1 Anmeldung von Förderbedarfen nach 14a Abs. 4 KHG
56	6.2 Anbindung an die Telematikinfrastruktur und
56	Nutzung der elektronischen Patientenakte
59	6.3 Digitalisierung der Patientenversorgung
61	6.4 Erfahrungen mit der Nutzung digitaler Dienste
62	6.5 Prozesse zur Verbesserung der Informationssicherheit
64	Literaturverzeichnis

Bildnachweis: Alle Fotos [www.stockadobe.com](http://www.stockadobe.com)

Seite 03: #129287391, ©Viacheslav Iakobchuk, Seite 06: #407237802, Seite 09: #127137874,  
Seite 12: 139836810, ©Dan Race, Seite 16: #403718478, ©Art\_Photo, Seite 19: #254812787,  
Seite 25: #267911424, ©Robert Kneschke, Seite 27: #243414031, ©zinkevych, Seite 30: #285612327,  
Seite 33: #138698859, ©cassis, Seite 34: #339445917, ©gpointstudio, Seite 35: #429890712,  
©WavebreakMediaMicro, Seite 40: #258063102, ©Robert Kneschke, Seite 42: #354389400,  
Seite 45: #371371036, ©DC Studio, Seite 47: #426601034, ©Rido, Seite 50: #185393744, ©HNFOTO,  
Seite 54: #287313619, Seite 58: #277889224, ©W PRODUCTION, Seite 62: #161997204,  
©wladimir1804, Seite 63: #259470952, ©andranik123



Dr. Karl Blum



Melanie Filser



Robin Heber



Dr. Anna Levsen



Dr. Sabine Löffert



Dr. Petra Steffen

Düsseldorf, im Mai 2022

**Deutsches Krankenhausinstitut e. V.**

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon 02 11. 4 70 51 - 17

Fax 02 11. 4 70 51 - 67

E-Mail [karl.blum@dki.de](mailto:karl.blum@dki.de)

[www.dki.de](http://www.dki.de)

# Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das **Jahr 2021/2022 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 Krankenhausdirektoren 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 2021/2022 beruhen auf einer Befragung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen. Beteiligt haben sich insgesamt 368 Einrichtungen. Die Befragung wurde von Ende Oktober 2021 bis Ende Januar 2022 durchgeführt.

In den Auswertungen, Grafiken und Tabellen des Berichts sind Rundungsfehler in Einzelfällen möglich. Aus Platzgründen wird in den Grafiken auf eine geschlechterneutrale Sprache verzichtet und das generische Maskulinum verwendet.

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 als „Abteilungspsychiatrien“ bezeichnet). Die psychiatrischen Betten bzw. Fachabteilungen umfassen ggf. auch Betten bzw. Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Deutsche Krankenhausinstitut bedankt sich herzlich bei den Krankenhäusern, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Sie haben es auf diese Weise ermöglicht, den Bericht zu einer wichtigen Erkenntnisgrundlage und Entscheidungshilfe für all diejenigen zu machen, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen.

# 1

## Wirtschaftliche Lage

Die Befragungsteilnehmer sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2021/2022 beurteilen. Die Lage in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen wird als weiterhin kritisch eingeschätzt.

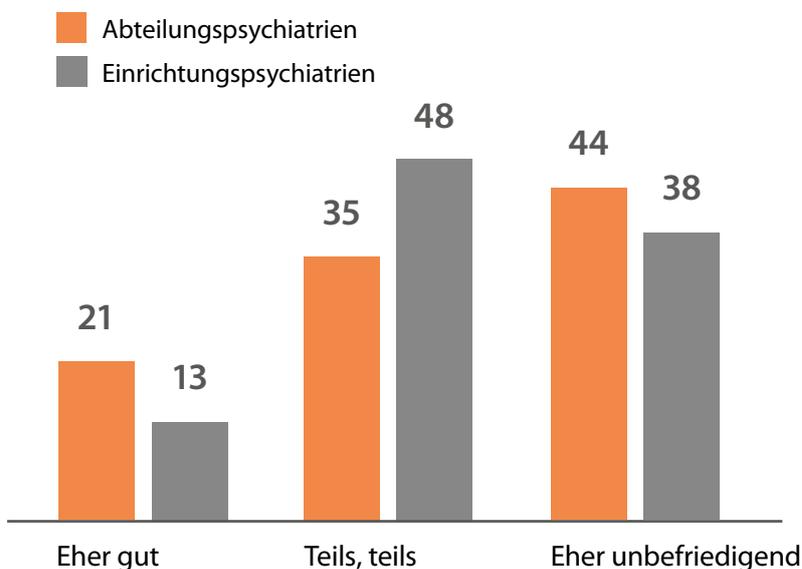
## 1.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

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. 01** zeigt die Ergebnisse differenziert nach Krankenhaustypen.

Insgesamt schätzten die psychiatrischen Einrichtungen ihre wirtschaftliche Situation zur Jahreswende 2021/2022 eher kritisch ein. Nur 21 % (Abteilungspsychiatrien) bzw. 13 % (Einrichtungspychiatrien) beurteilten ihre wirtschaftliche Lage als gut und jeweils rund 40 % der Häuser in beiden Krankenhaustypen als unbefriedigend.

Abb.  
**01** *Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation Jahreswende 2021/2022 (Krankenhäuser in %)*



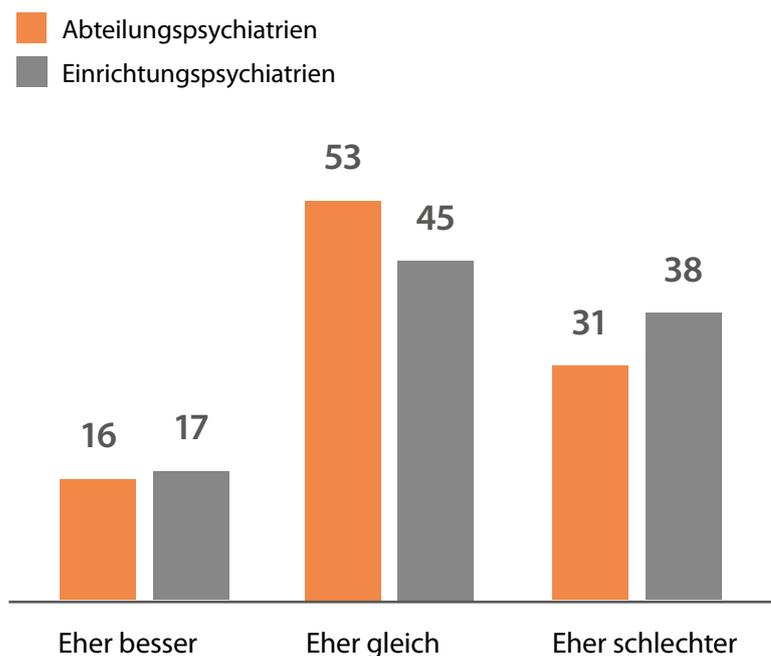
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

## 1.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Daneben sollten sich die Befragten auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2022 äußern. Demnach erwartet für 2022 jeweils rund ein Drittel der Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage. Jeweils ein Sechstel der Häuser geht von einer Verbesserung aus.

Die übrigen Einrichtungen erwarten keine Veränderungen ihrer wirtschaftlichen Situation (**Abb. 02**).

Abb.  
**02** *Wirtschaftliche Erwartungen für das Jahr 2022  
(Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

# 2

## Ambulantisierungspotenziale in der Psychiatrie

Die Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik spielen in der Versorgung psychisch kranker Menschen eine wichtige und zentrale Rolle. Für die Förderung einer bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgung übernehmen die ambulanten Angebotsstrukturen der Kliniken, wie z. B. die Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen (PIA), zusätzlich eine entscheidende Funktion.

Auch wenn bereits eine Vielzahl ambulanter Angebote durch psychiatrische Fachkrankenhäuser sowie Abteilungspsychiatrien bereitgehalten werden, gibt es gleichzeitig ausbaufähige Potenziale in diesem Bereich.

Im aktuellen **PSYCHIATRIE Barometer** wurden die teilnehmenden psychiatrischen Fachkrankenhäuser sowie Abteilungspsychiatrien nach ihrem ambulanten Leistungsspektrum und Herausforderungen in Bezug auf die ambulante Leistungserbringung befragt.

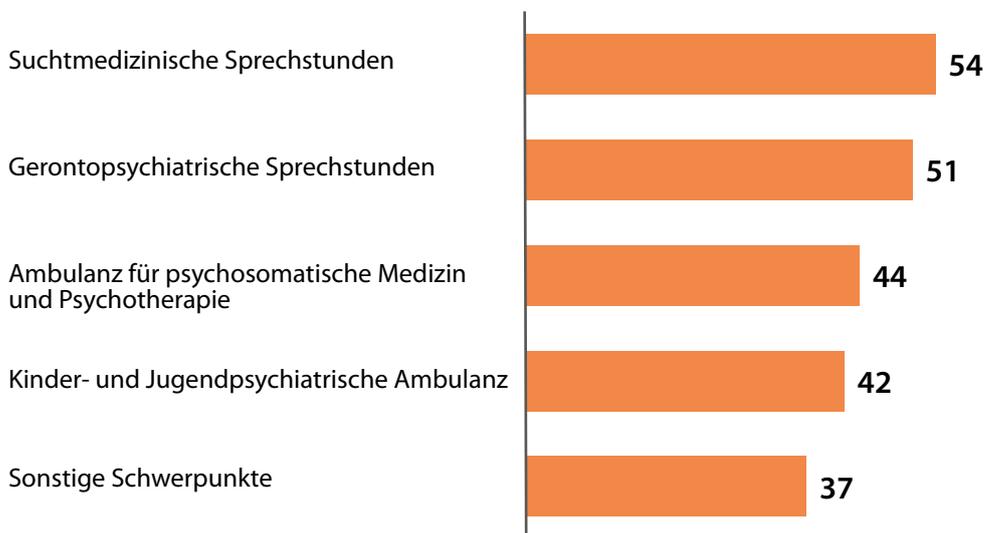
## 2.1 Ambulante Angebote

Ambulante Behandlungen durch Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sind auf Patientinnen und Patienten ausgerichtet, die u. a. wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.

Die Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien halten daher im Rahmen ihrer Psychiatrischen Institutsambulanzen unterschiedliche und spezifische Angebote für ihre Patientinnen und Patienten vor (**Abb. 03**). So bietet gut jede zweite Einrichtung mit PIA suchtmedizinische oder gerontopsychiatrische Sprechstunden an. 42 % bzw. 44 % der Institutsambulanzen haben zusätzlich Angebote für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

**Abb. 03** Welches ambulante Angebot haben Sie im Jahr 2020 in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung vorgehalten? (Krankenhäuser in %)

### Im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen PIA (§ 118 SGB V)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

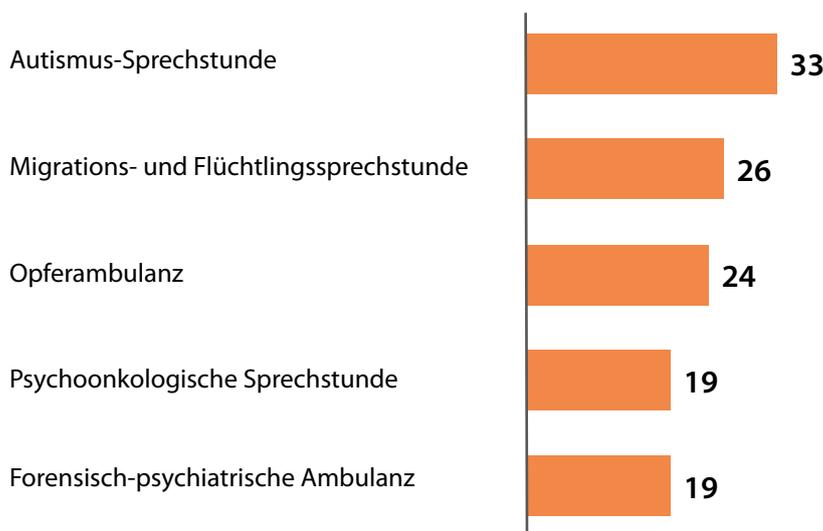
In jeder dritten psychiatrischen Einrichtung mit Institutsambulanz findet sich des Weiteren eine Autismus-Sprechstunde. Migrations- und Flüchtlingsprechstunden oder eine Opferambulanz bietet zusätzlich rund ein Viertel der Einrichtungen und Abteilungspsychiatrien ihren Patientinnen und Patienten an (**Abb. 04**).

Insgesamt sind die Angebote der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser mit Psychiatrischer Institutsambulanz sehr zahlreich und vielfältig. So hat gut ein Drittel der befragten Kliniken in diesem Bereich weitere Angebote angegeben (**Abb. 03**).

Schwerpunkte der PIAs sind hier Angebote im Bereich der affektiven Störungen, insbesondere zur Behandlung von Depressionen oder bipolaren Störungen. Fast ebenso häufig werden Familientherapien, Kleinkind-Sprechstunden oder frühe Interaktionen angeboten. Einige Kliniken befassen sich auch mit dementiellen Erkrankungen oder dem Bereich der Peripartal- und Gynäkopsychiatrie. Neben der Behandlung von Trauma- und Belastungsstörungen, insbesondere auch in Verbindung mit der Covid-Pandemie, hatten weitere Einrichtungen Angebote beispielsweise für Essstörungen, Psychosen oder geistigen Behinderungen vor.

**Abb. 04** *Welches ambulante Angebot haben Sie im Jahr 2020 in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung vorgehalten? (Krankenhäuser in %)*

**Im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen PIA (§ 118 SGB V)**



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

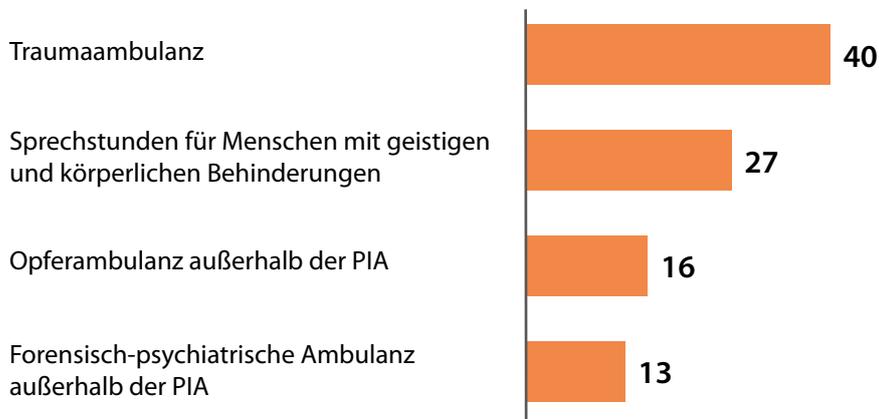


Außerhalb Psychiatrischer Institutsambulanzen werden in den psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen in gut jeder dritten Klinik Traumaambulanzen und in 27 % der Psychiatrien Sprechstunden für Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen angeboten.

Seltener findet man Opferambulanzen und forensisch-psychiatrische Ambulanzen außerhalb der PIAs (**Abb. 05**).

**Abb. 05** Welches ambulante Angebot haben Sie im Jahr 2020 in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung vorgehalten? (Krankenhäuser in %)

### Weitere ambulante Angebote



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

## 2.2 Eigene und Angebote in Zusammenarbeit mit Partnern

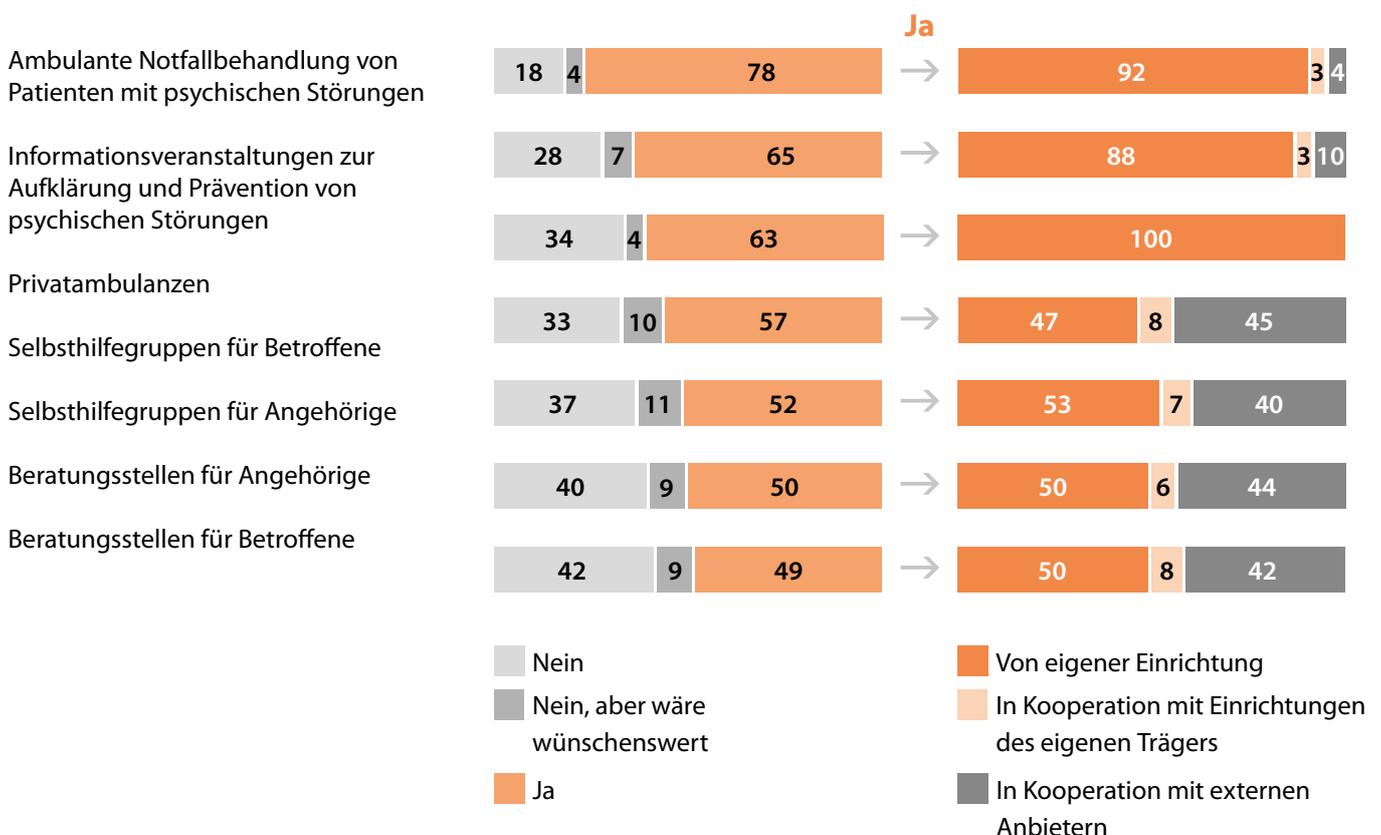
Die Mehrheit der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien (78 %) führen ambulante Notfallbehandlungen von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in der eigenen Einrichtung oder in Kooperation mit Einrichtungen des eigenen Trägers durch (95 %).

Zwei Drittel der Psychiatrien halten zudem Informationsveranstaltungen zur Aufklärung und Prävention von psychischen Störungen überwiegend in der eigenen Einrichtung ab (88 %).

63 % der Psychiatrien betreiben Privatambulanzen, die vollständig (100 %) im eigenen Haus angeboten werden. (Abb. 06).

Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen für Betroffene und Angehörige bieten über die Hälfte der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen an (Abb. 06). Dabei wird rund jedes zweite Angebot vom eigenen Krankenhaus und zwischen 40 und 45 % in Kooperation mit externen Partnern vorgehalten.

**Abb. 06** Welche Angebote halten Sie selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen in Ihrer Region zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen vor? (Krankenhäuser in %)

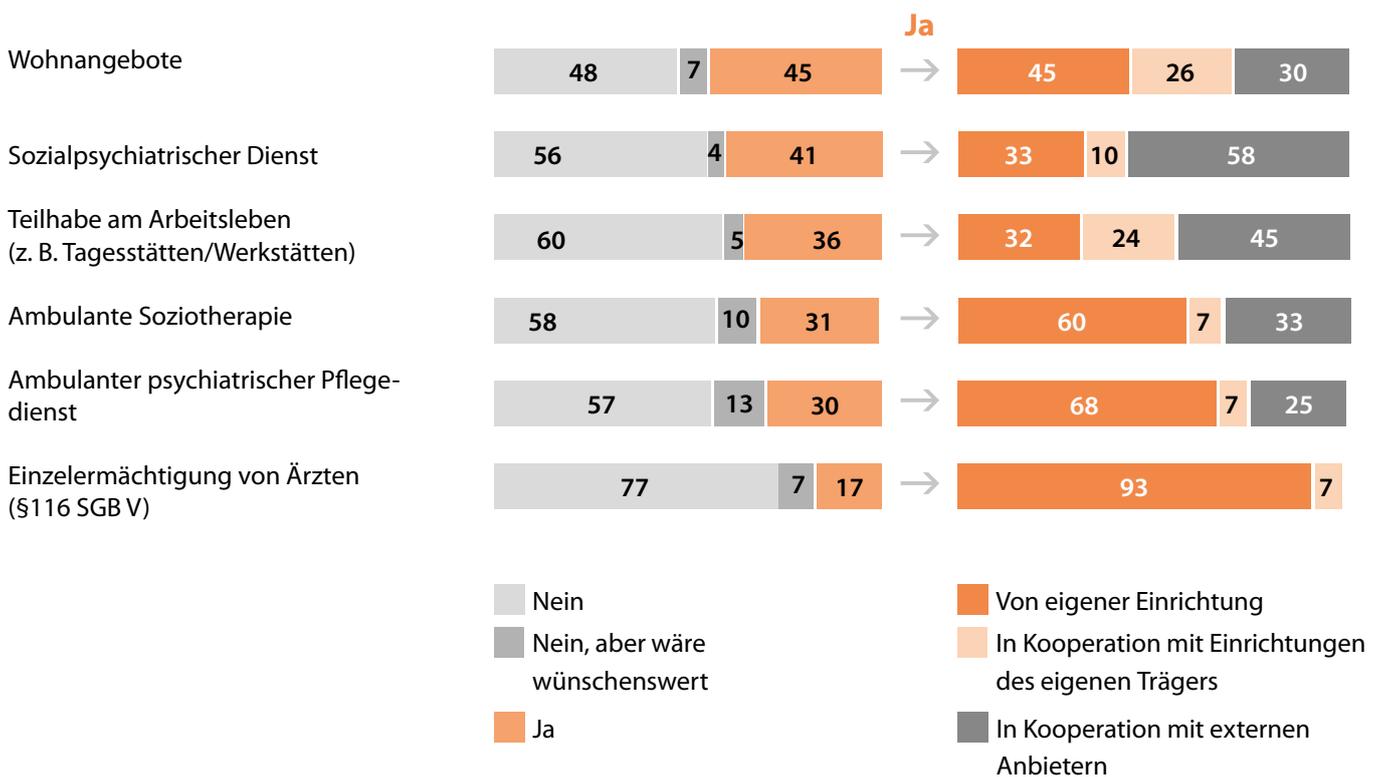


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Zusätzlich machen 45 % der Einrichtungen Wohnangebote für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen. Diese Angebote werden bei 45 % in der eigenen Einrichtung angeboten, während 26 % dies in Kooperation mit Einrichtungen des eigenen Trägers und 30 % in Kooperation mit externen Anbietern vorhalten (Abb. 07).

Die ambulante Soziotherapie sowie der ambulante psychiatrische Pflegedienst werden zwar zum Großteil von eigenen Einrichtungen oder in Kooperation mit Einrichtungen des Trägers erbracht (67 – 75 %). Doch bietet nur knapp jede dritte psychiatrische/psychosomatische Einrichtung diese Dienste an (Abb. 07).

**Abb. 07** Welche Angebote halten Sie selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen in Ihrer Region zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen vor? (Krankenhäuser in %)



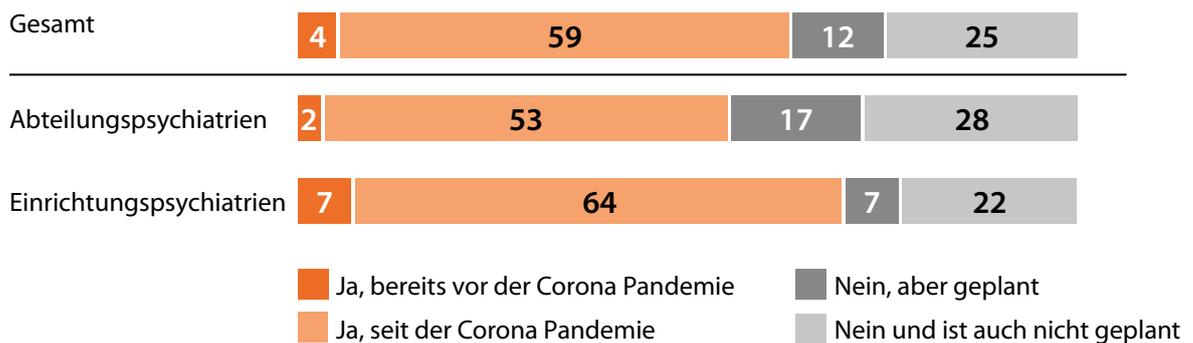
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

## 2.3 Ambulante Videobehandlung

In einem Großteil der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen werden Videosprechstunden zur ambulanten Behandlung eingesetzt. Allerdings wird dieser Dienst in 59 % der Einrichtungen erst seit der Corona Pandemie und nur in 4 % der Kliniken bereits vorher schon angeboten (Abb. 08).

Die Einrichtungspsychiatrien liegen hier mit insgesamt 71 % deutlich vor den Abteilungspsychiatrien (55 %) mit ihrem Angebot an ambulanten Videosprechstunden. In 17 % der Abteilungspsychiatrien und 7 % der Einrichtungspsychiatrien ist jedoch darüber hinaus die Einrichtung solcher Dienste bereits geplant.

Abb. 08 *Kommt in Ihrer Einrichtung ambulante Behandlung mittels Videosprechstunde zum Einsatz? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Alle teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen (98 %) sind sich einig (stimme voll und ganz zu/stimme eher zu), dass ambulante Videobehandlungen eine sinnvolle Ergänzung zu einer Therapie in Präsenz darstellen.

Auch stimmt die überwiegende Mehrheit der Kliniken (90 %) zu (voll und ganz/eher), dass vor einer solchen ambulanten Videobehandlung ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattfinden sollte. Fast ebenso viele Einrichtungen (85 %) berichten, dass die Kontinuität von Behandlungen per Video sehr gut aufrecht erhalten werden kann.

Jedoch wird das Angebot zur ambulanten Videobehandlung derzeit von Patientinnen und Patienten nur in knapp jeder zweiten Einrichtung (davon 11 % volle Zustimmung, 37 % stimmen eher zu) regelmäßig als Alternative zur persönlichen Behandlung in Anspruch genommen (**Abb. 09**).

**Abb. 09** Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zur Videobehandlung zu? (Krankenhäuser in %)

Ambulante Videobehandlungen sind eine sinnvolle Ergänzung zu einer Therapie in Präsenz.

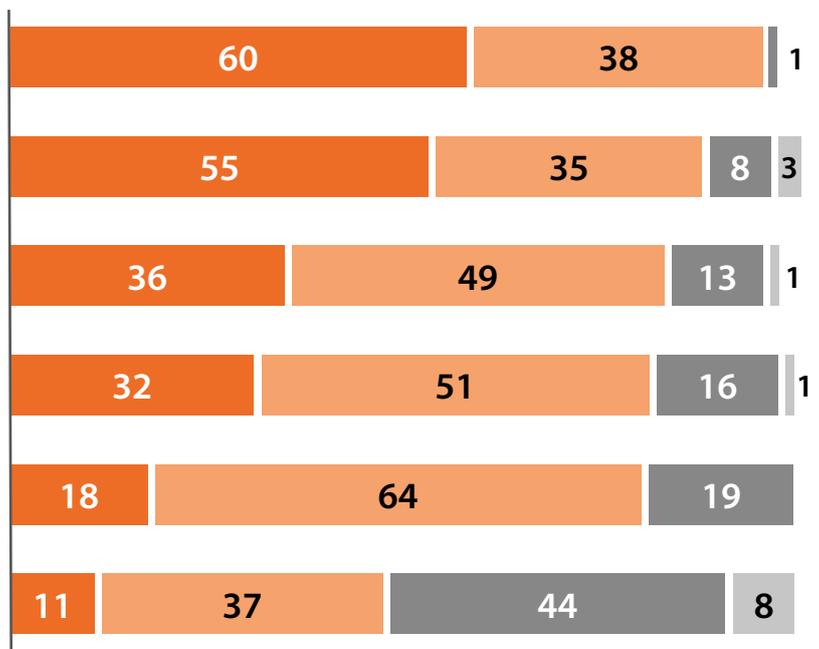
Ein pers. Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung sollten der ambulanten Videobehandlung vorausgehen.

Die Kontinuität von Behandlungen kann per Video sehr gut aufrecht erhalten werden.

Nonverbale Info z. Bestimmung d. emotionalen Zustands d. Pat. und d. Risikoverhaltens sind mittels Videosprechstunde schwerer zu ermitteln.

Während einer ambulanten Videobehandlung kann eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zum Patienten erreicht werden.

Das Angebot der amb. Videobehandlung wird durch die Pat. regelmäßig als Alternative zur pers. Behandlung in Anspruch genommen.



■ Stimme voll und ganz zu     ■ Stimme eher nicht zu  
■ Stimme eher zu                     ■ Stimme gar nicht zu

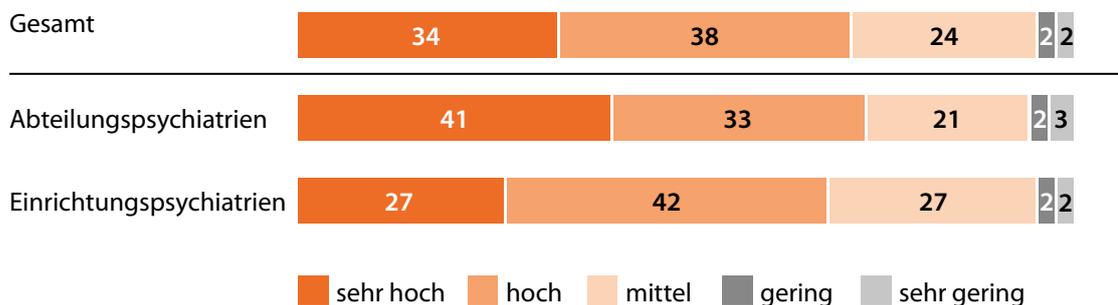
## 2.4 Bedarf und Herausforderungen bei ambulanten Behandlungsangeboten

Rund jeweils ein Drittel der psychiatrischen/ psychosomatischen Einrichtungen schätzen den Bedarf nach einem Ausbau ambulanter Behandlungsangebote als sehr hoch oder hoch ein.

Jede vierte Klinik sieht noch einen mittleren Bedarf. Nur insgesamt 4 % schätzen den Bedarf gering oder sehr gering (**Abb. 10**).

Dabei wird ein erhöhter Bedarf vor allem in den Abteilungspsychiatrien gesehen: Hier haben 41 % der Befragten einen sehr hohen Bedarf angemeldet gegenüber 27 % der Einrichtungspsychiatrien.

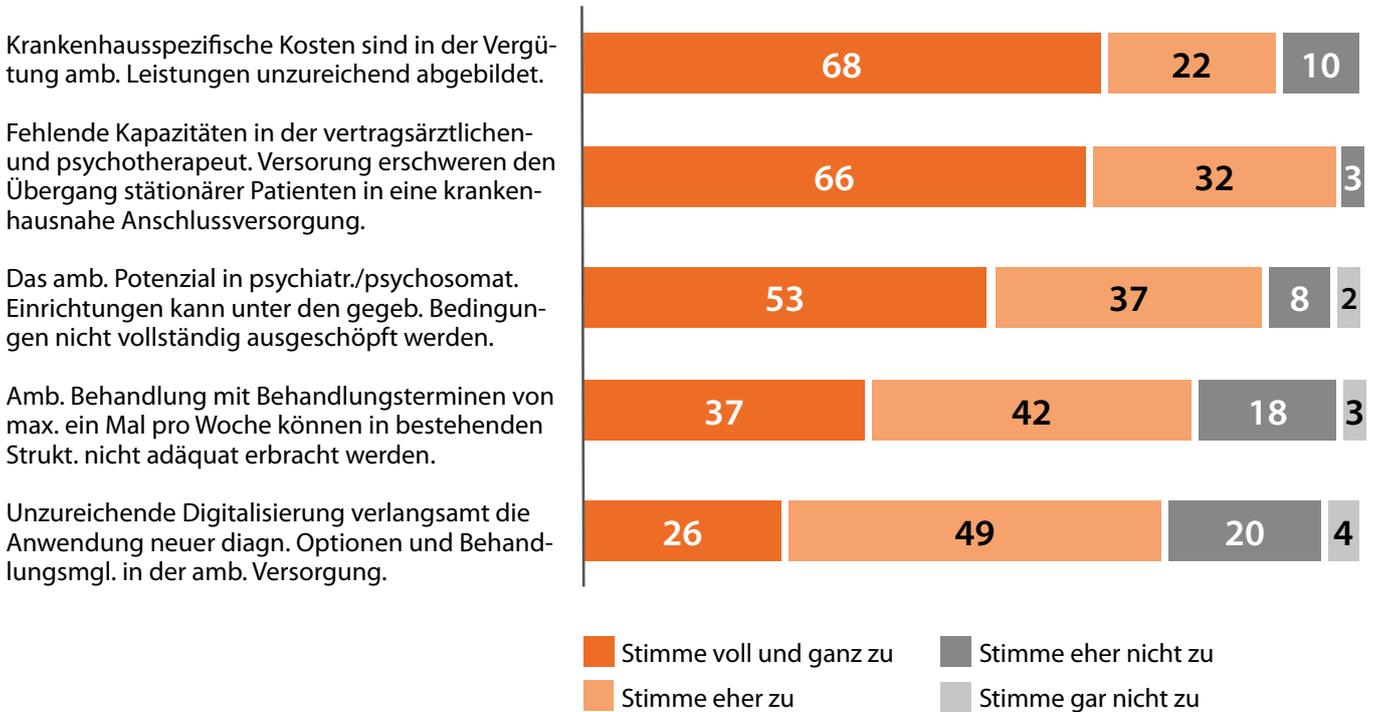
**Abb. 10** *Wie hoch schätzen Sie den Bedarf nach einem Ausbau ambulanter Behandlungsangebote in Ihrer Einrichtung ein? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 11

**Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu den Herausforderungen in Bezug auf ambulante Behandlungen in psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen zu? (Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Einig sind sich die meisten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen darin, dass ambulante Behandlungen eine deutliche Herausforderung darstellen (**Abb. 11**).

So wird von 90 % (stimme voll und ganz zu / stimme eher zu) eine unzureichende Abbildung krankenhausspezifischer Kosten in der Vergütung ambulanter Leistungen berichtet.

Fast sämtliche Einrichtungen sind zudem der Ansicht, dass fehlende Kapazitäten in der vertragsärztlichen- und psychotherapeutischen Versor-

gung den Übergang stationärer Patientinnen und Patienten in eine krankenhaushausnahe Anschlussversorgung erschweren.

Ebenso glauben diese Einrichtungen (90 %), dass das ambulante Potenzial in ihren Kliniken unter den gegebenen Bedingungen nicht vollständig ausgeschöpft werden kann.

Zudem berichten 79 %, dass eine ambulante Behandlung mit maximal einem Behandlungstermin pro Woche in den bestehenden Strukturen nicht adäquat erbracht werden kann.

# 3

## Netzwerkstrukturen und regionale Zusammenarbeit

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in der Regel einen komplexen Hilfebedarf. Eine personenzentrierte Versorgung stellt die Betroffenen in den Mittelpunkt und organisiert die medizinischen und psychosozialen Hilfen entsprechend den individuellen Bedarfen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) setzt sich seit Jahren für die Überwindung von Sektorengrenzen und eine Vernetzung der Leistungserbringer ein (DGPPN, 02.12.2020).

Ein zentrales Leitbild im Konzept von Krankenhäusern zur Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen ist die Förderung und Etablierung regionaler Versorgungsnetzwerke (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Positionspapier, 2021).

*„Der Gesetzgeber ist aufgerufen, einen gesetzlichen Rahmen für eine verpflichtende sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer zu schaffen“ (DGPPN, 02.12.2020).*

### 3.1 Netzwerke und Mitgliedschaften

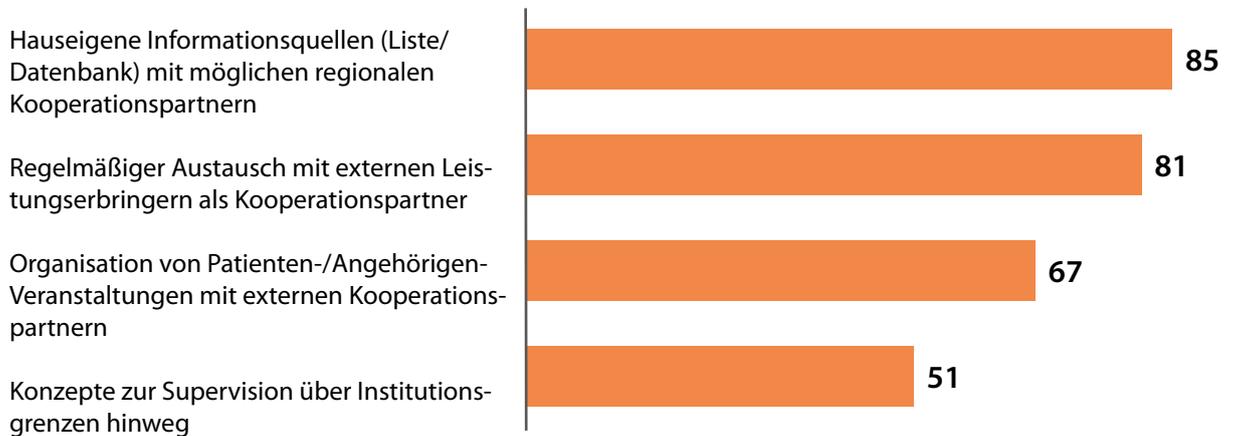
Die große Mehrheit der befragten Häuser (85 %) arbeitet zur Förderung der regionalen Vernetzung und Zusammenarbeit mit hauseigenen Informationsquellen, wie Listen oder Datenbanken zu möglichen Kooperationspartnern in der Region (Abb. 12).

Insgesamt gaben 81 % an, einen regelmäßigen Austausch mit externen Leistungserbringern und Kooperationspartnern zu pflegen. Gut die Hälfte bietet über die Institutionsgrenzen hinweg Konzepte zur Supervision an (Abb. 12).

Beim Vergleich zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Einrichtungspsychiatrien zeigte sich, dass Abteilungspsychiatrien wesentlich häufiger (91 %) einen regelmäßigen Austausch mit externen Leistungserbringern zur Kooperation pflegen als Einrichtungspsychiatrien (71 %) (Abb. 13).

Konzepte zur Supervision, die über die Institutionsgrenzen hinweg angeboten werden, bieten Abteilungspsychiatrien (62 %) ebenfalls häufiger an als Einrichtungspsychiatrien (40 %) (Abb. 13).

Abb. 12 Welche der folgenden Strukturen oder Prozesse zur Förderung der Vernetzung und regionaler Zusammenarbeit sind in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung vorhanden? (Krankenhäuser in %)



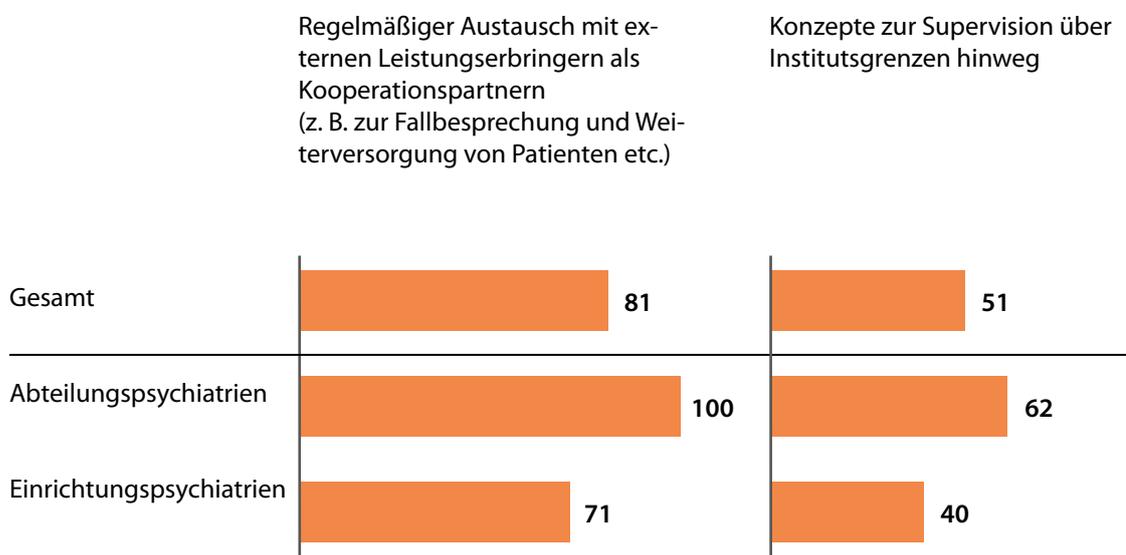
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Einrichtungspsychiatrien aufgrund ihrer Spezialisierung den komplexen Versorgungsbedarf von psychischen Erkrankungen meist selbst vorhalten können, wohingegen Abteilungspsychiatrien wesentlich häufiger auf Strukturen zur Kooperation (wie die externe Supervision) zurückgreifen.

In der Organisation von Patienten- und/oder Angehörigen-Veranstaltungen mit externen Kooperationspartnern zeigte sich kein bedeut-

samer Unterschied im Angebot zwischen Abteilungspsychiatrien und Einrichtungspsychiatrien. Diese werden insgesamt von 67 % der befragten Häuser organisiert (**Abb. 12**). Wie bereits im Abschnitt 2.2 berichtet, handelt es sich dort hauptsächlich um Informationsveranstaltungen zur Aufklärung und Prävention von psychischen Störungen.

**Abb. 13** Welche der folgenden Strukturen oder Prozesse zur Förderung der Vernetzung und regionaler Zusammenarbeit sind in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung vorhanden? (Krankenhäuser in %)

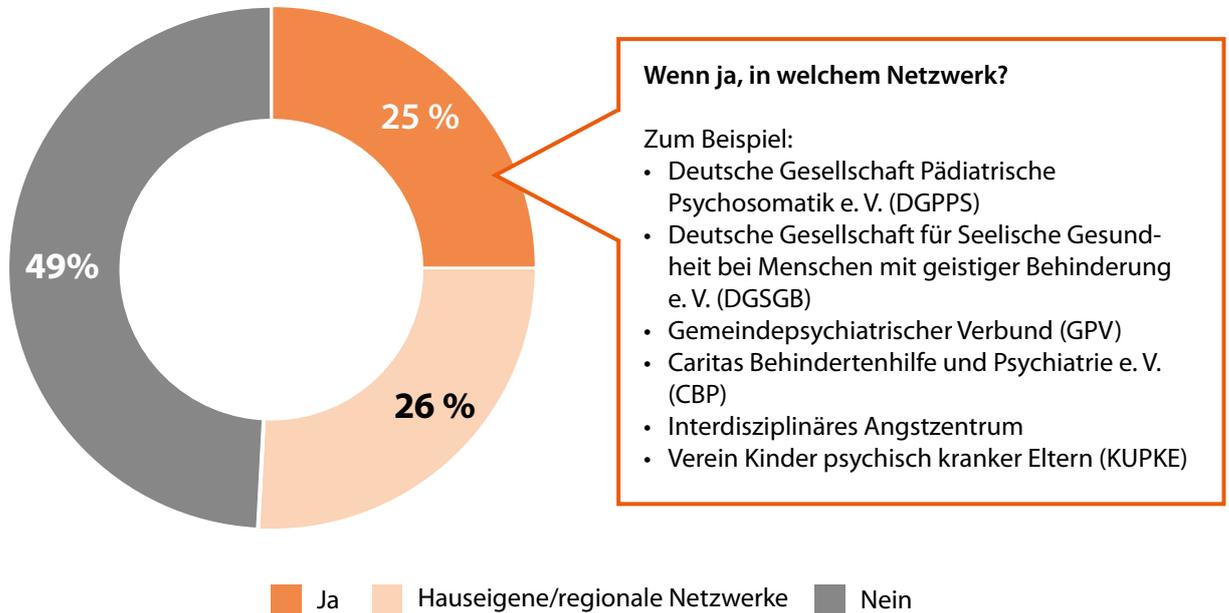


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Ein Viertel der befragten Einrichtungen ist Mitglied in einem bestehenden Netzwerk oder einer Verbundkooperation, wie z. B. die Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS), die Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) o.ä.

Ebenso viele Häuser nutzen hauseigene/regionale Netzwerke, wohingegen knapp die Hälfte (49 %) keine Mitgliedschaft in einem sektorenübergreifenden Netzwerk oder einer Verbundkooperation vorweist (Abb. 14).

Abb. 14 *Ist Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung zur sektorenübergreifenden Vernetzung Mitglied in einem Netzwerk oder Verbundkooperation (wie z.B Konzept des netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM), Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) o. ä.)?*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

### 3.2 Durchführung von Modellvorhaben nach § 64b SGB

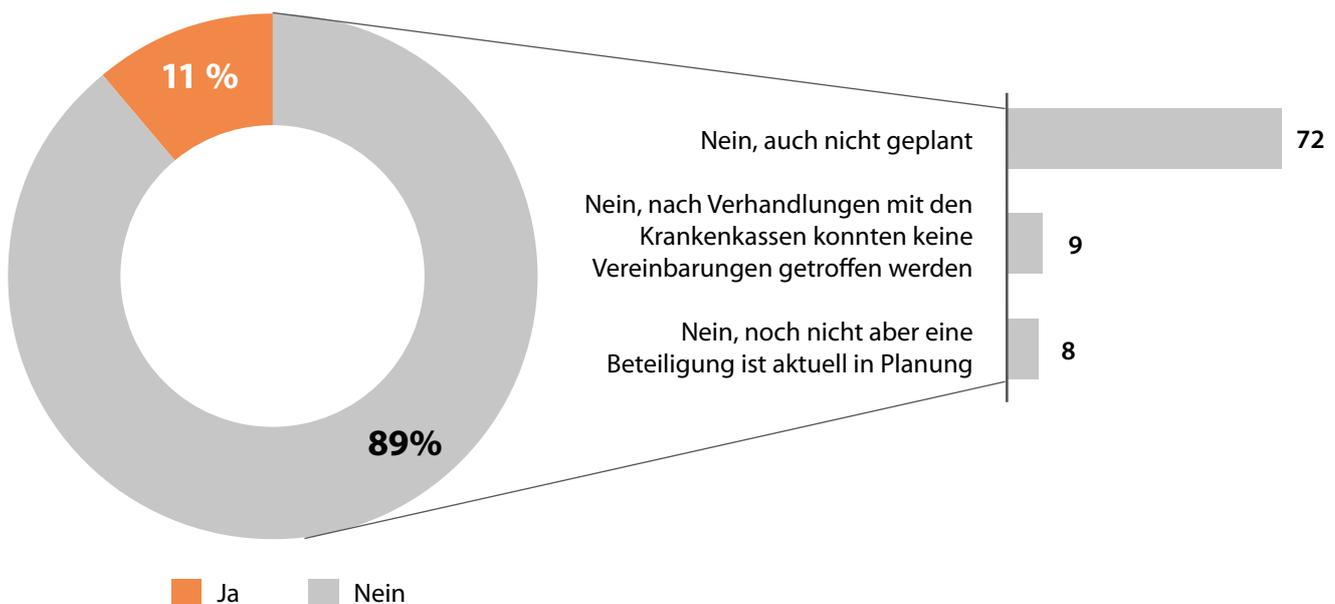
Um die Versorgung psychisch kranker Menschen weiterzuentwickeln, soll in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden (§ 64b SGB V). Die primären Ziele von Modellprojekten zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen bestehen in der Verbesserung der Behandlungsqualität durch eine sektorenübergreifende und patientenzentrierte Versorgung.

Über den Einsatz vorhandener Ressourcen durch die Bildung eines Gesamtbudgets für voll- und teilstationäre Leistungen und Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz sollen Modellprojekte einen Beitrag zur Weiterentwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems leisten.

Insgesamt waren 11 % der befragten Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien bei der Durchführung eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung involviert (**Abb. 15**).

Von den 89 % der Einrichtungen, die zum Befragungszeitpunkt nicht an der Durchführung eines solchen Modellvorhabens beteiligt waren, gaben 8 % der Häuser an, dass eine Beteiligung aktuell in Planung ist, 72 % haben keine Beteiligung an einer Durchführung geplant. Weitere 9 % der Häuser berichteten, dass nach der Verhandlung mit den Krankenkassen keine Einigung zur Durchführung eines Modellvorhabens gefunden werden konnte (**Abb. 15**).

**Abb. 15** Sind Sie beteiligt bei der Durchführung eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung, das auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist? (Krankenhäuser in %)



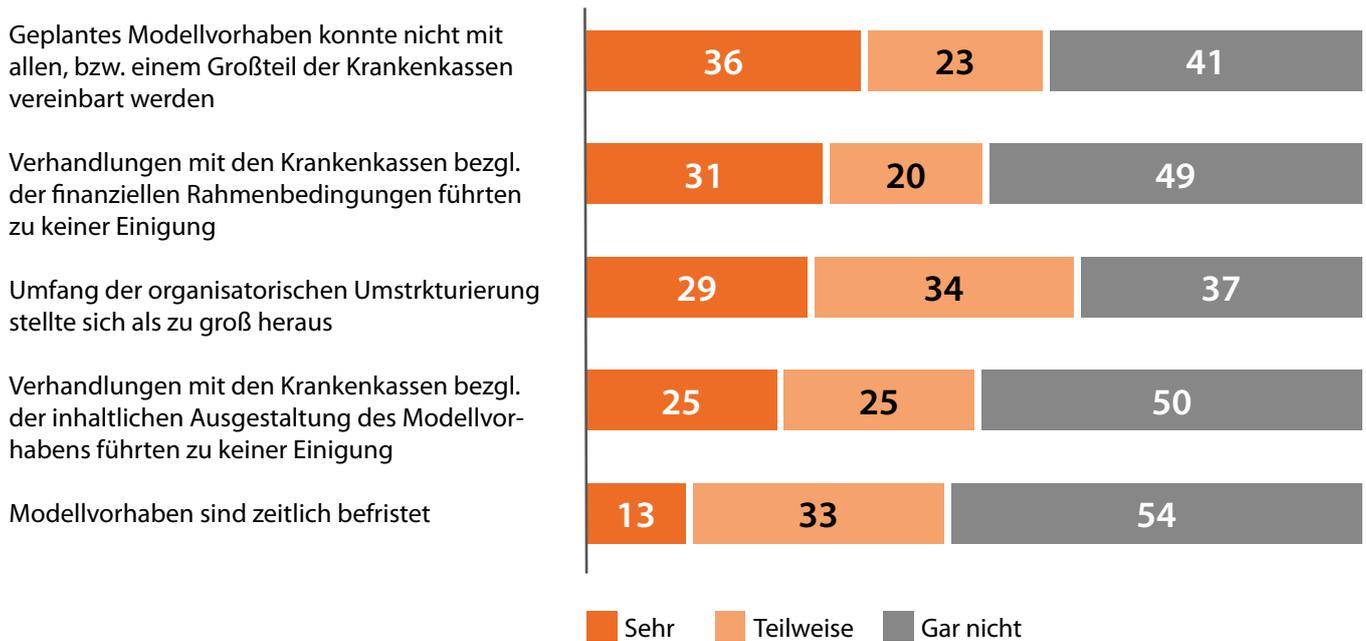
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Bei genauer Nachfrage zu potenziellen Hinderungsgründen wird deutlich, dass vor allem die Verhandlungen mit den Krankenkassen eine Hürde darstellen. Somit gab die Mehrheit der befragten Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien an, dass die fehlende Vereinbarung mit den Krankenkassen als sehr (36 %) oder zumindest teilweise (23 %) hinderlich war.

Darüber hinaus führten in knapp einem Drittel (31 %) der befragten Einrichtungen die Verhandlungen bezüglich der finanziellen Rahmenbedingungen zu keiner Einigung, ein Viertel der Häuser sah die Probleme bei der fehlenden Einigung zur inhaltlichen Ausgestaltung des Modellvorhabens.

Weitere Gründe, die Einfluss darauf hatten, dass gewünschte Modellvorhaben nicht durchgeführt wurden, waren zum Teil der zu große Aufwand für die organisatorische Umstrukturierung und die zeitliche Befristung der Modellvorhaben (**Abb. 16**).

**Abb. 16** *Inwieweit haben potenzielle Hinderungsgründe Einfluss darauf, dass gewünschte Modellvorhaben nicht durchgeführt werden? (Antworten in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

### 3.3 Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern

Wie bereits im Abschnitt 2.2 ersichtlich, bieten Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien neben den vielfältigen Angeboten in der eigenen Einrichtung ihren Patientinnen und Patienten vor allem Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen für Betroffene und Angehörige sowie Sozialpsychiatrische Dienste und Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben in Kooperation mit externen Partnern an.

Um die Zusammenarbeit mit und den Bedarf von externen Kooperationspartnern genauer zu erfassen, wurden die Häuser gebeten, detaillierte Angaben zu ihren aktuellen Kooperationen zu machen. Falls zum Befragungszeitpunkt keine Kooperation mit den gelisteten Kooperationspartnern stattgefunden hat, wurden die Häuser gebeten anzugeben, ob in der Versorgung der Patientinnen und Patienten kein Bedarf für eine Kooperation bestanden hat oder ob eine Kooperation am mangelnden Angebot in der Region scheiterte.

Insgesamt zeigte sich in einigen Versorgungsbereichen trotz der bereits gut ausgebauten Kooperationsstrukturen ein Bedarf zum Ausbau der Zusammenarbeit für die Behandlung von psychischen Störungen.

Nahezu alle befragten Einrichtungen kooperieren mit niedergelassenen Ärzten\*innen, Psychotherapeuten\*innen und Psychologen\*innen, ebenso wie mit Beratungsstellen und weiteren Kranken-



häusern. Weit über 80 % der Einrichtungen arbeiten mit Gemeindepsychiatrischen Verbänden, Selbsthilfeorganisationen und Rehabilitationseinrichtungen zusammen. Rund drei Viertel (73 - 77 %) pflegen die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Behindertenhilfe, Hilfevereinen für psychisch Erkrankte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ nach § 95 SGB V).

Mit medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119 C SGB V arbeitet aktuell jede dritte Einrichtung. Bei den restlichen Einrichtungen hat gut die Hälfte (46 %) einen Bedarf zur Versorgung der Patientinnen und Patienten, aber das Angebot in der Region ist für eine Kooperation nicht ausreichend vorhanden.

Eine Zusammenarbeit mit Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ nach § 119 SGB V) findet regulär bei 44 % der Einrichtungen bereits statt, von den restlichen 56 % der Häuser haben ein Drittel (34 %) einen Bedarf für eine Kooperation angegeben, die aufgrund der mangelnden Angebote in der Region nicht möglich sei (Abb. 17).

**Abb. 17** Mit welchen externen Kooperationspartnern arbeitet Ihr Haus bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen zusammen? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

### 3.4 Hinderungsgründe bei der Umsetzung von gewünschten Kooperationen nach § 64b SGB

Zur besseren Einordnung der Gründe, die für nicht vorhandene Kooperationen verantwortlich sind, wurden die Einrichtungen gefragt, inwieweit grundlegend potenzielle Hinderungsgründe eine Rolle bei der Umsetzung spielten.

Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen bildeten die ausschlaggebenden Hinderungsgründe, dass gewünschte Kooperationen nicht umgesetzt werden konnten. Über 90 % der befragten Einrichtungen beurteilten die fehlenden Möglichkeiten zur Grenzüberwindung der einzelnen Sozialgesetzbücher (u. a. SGBV, SGB VIII, SGB IX) als sehr hinderlich (45 %) oder zumindest teilweise hinderlich (45 %).

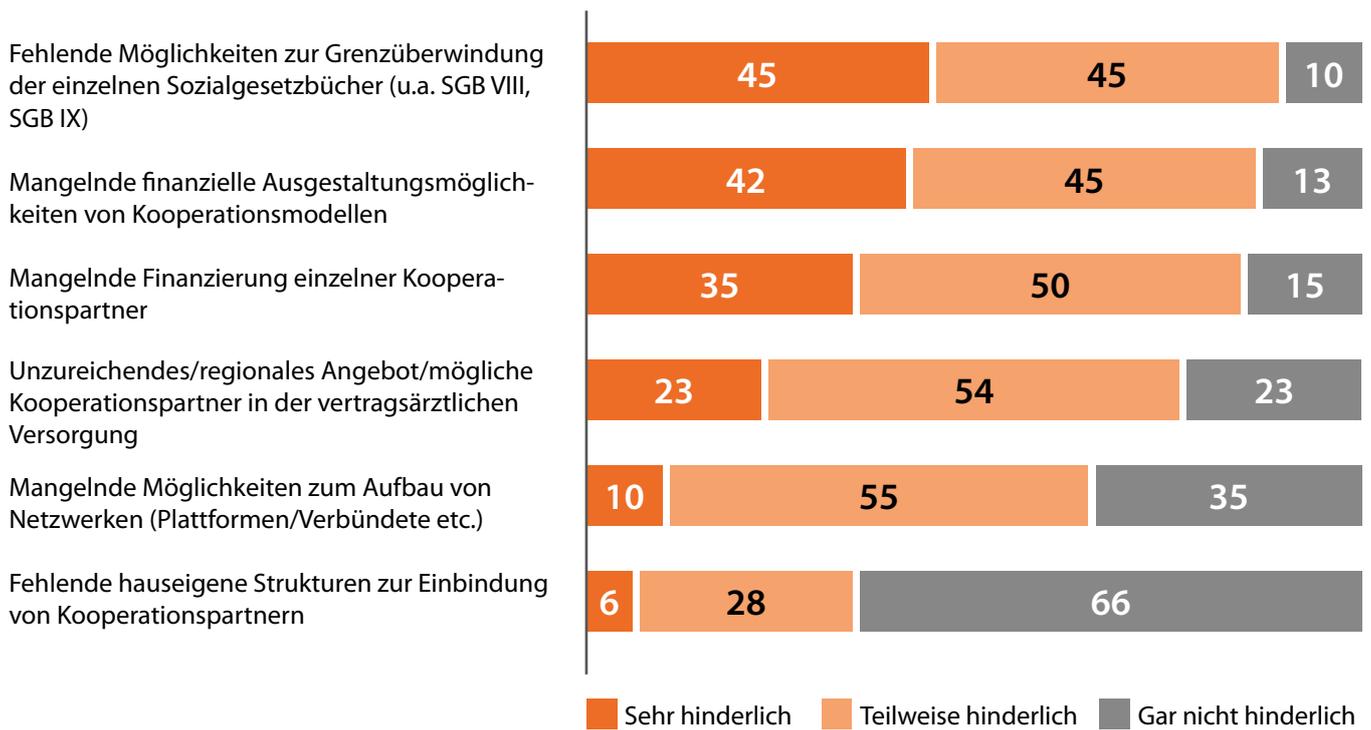
Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Beurteilung der Finanzierungssituation. Hier gaben 42 % der Häuser an, dass die mangelnden finanziellen Ausgestaltungsmöglichkeiten von Kooperationsmodellen sehr hinderlich waren, weitere 45 % beurteilen dies zumindest als teilweise hinderlich.

Wie bereits in Abschnitt 3.3 ersichtlich wird, kann der Bedarf in unterschiedlichen Bereichen der Einrichtungen zur Zusammenarbeit für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen nicht vollständig von den aktuellen Kooperationsmöglichkeiten in der Region abgedeckt werden.



Das unzureichende regionale Angebot von möglichen Kooperationspartnern in der vertragsärztlichen Versorgung wurde von der Mehrheit der Einrichtungen als sehr (23 %) oder teilweise (54 %) hinderlich beurteilt. Ähnlich problematisch sahen die befragten Häuser die fehlenden Möglichkeiten zum Aufbau von Netzwerken (Plattformen / Verbünde etc.). Die hauseigenen Strukturen wurden von der Mehrheit der Einrichtungen (66 %) nicht als hinderlich eingeschätzt, bei 28 % der Häuser gibt es nach eigenen Angaben teilweise Ausbaupotenzial (**Abb. 18**).

**Abb. 18** *Inwieweit haben potenzielle Hinderungsgründe Einfluss darauf, dass gewünschte Kooperationen für die Zusammenarbeit mit Ihrem Haus nicht zustande kommen?*  
(Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

### 3.5 Angebote zur Anschlussversorgung

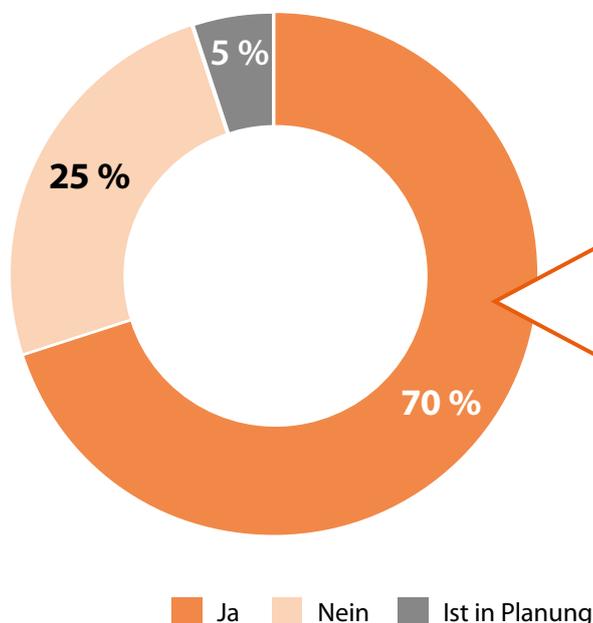
Vor dem Hintergrund der aktuellen ambulanten Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie selbst Angebote zur Anschlussversorgung, die über die Versorgung durch den stationären Bereich hinausgehen, anbieten.

Hierbei zeigte sich, dass 70 % der Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien aufgrund von fehlenden

regionalen Kooperationsmöglichkeiten regelhaft Angebote zur Versorgung vorhalten. Neben unterschiedlichen Angeboten, die über die Psychiatrische Institutsambulanzen vorgehalten werden, bieten die Häuser unter anderem soziale Rehabilitations- oder Wohnungsangebote an (**Kasten, Abb. 19**).

Abb.  
19

*Bietet Ihre psychiatrische/psychosomatische Einrichtung aufgrund von fehlenden regionalen Kooperationspartnern selbst Angebote zur Anschlussversorgung von Patienten mit einer psychischen Störung an, die über die Versorgung durch den stationären Bereich hinausgehen? (Krankenhäuser in %)*



**Wenn ja, welche/s Angebot/e?**

- Unterschiedliche Angebote über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), wie z. B. Gruppentherapie, Intensivbehandlung, Weiter-/Nachbehandlung, Angehörigengruppen, etc.
- Ambulante Weiterbetreuung über Psychologen/ Bezugstherapeuten
- Soziale Rehabilitationsangebote, wie z. B. Leben in Gastfamilie, Aufsuchende Suchtbehandlung, Wohnangebote
- Sonstige Angebote, wie z. B. Flexible Erziehungshilfe (SGB VIII), Modellprojekt Stationsäquivalente Behandlung (StäB) o. ä.

# 4

## Arzneimitteltherapiesicherheit in der Psychiatrie

Die Verordnung einer Arzneimitteltherapie (AMT) ist eine der häufigsten medizinischen Interventionen. Im Krankenhaus erhält fast jede Patientin und jeder Patient Medikamente. Bei der Verordnung und Verabreichung von Medikamenten sowie an den internen und externen Schnittstellen können Schwierigkeiten oder Fehler der Arzneimittelversorgung auftreten, insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten mehrere Arzneimittel bekommen.

Die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist ein zentraler Bestandteil einer guten Behandlungsqualität in Krankenhäusern und der Patientensicherheit. Mit den Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit wird das Ziel verfolgt, die Arzneimitteltherapie zu optimieren, z. B. auftretende unerwünschte Wirkungen beim Einsatz von Arzneimitteln auch bei vorschriftsmäßigem Einsatz zu entdecken, zu bewerten und zu verstehen sowie entsprechende Instrumente zur Risikominimierung zu entwickeln und zu ergreifen.

Die Arzneimitteltherapie (AMT) ist in Abteilungs- und Einrichtungspsychiatrien teilweise an besondere Voraussetzungen geknüpft.

So ist bei diesen Patientinnen und Patienten, z. B. häufig wegen der psychiatrischen Grunderkrankung, eine geringere Compliance zu beobachten, so dass hierfür besondere Maßnahmen ergriffen werden müssen.

Im Rahmen des PSYCHIATRIE Barometers wurde die Arzneimittelversorgung und -sicherheit in den Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien differenziert untersucht.

#### 4.1 Arzneimittelversorgung und -organisation

Krankenhausapotheken oder krankenhausesversorgende öffentliche Apotheken stellen die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus mit Arzneimitteln und Medizinprodukten und weiteren apothekenüblichen Waren sicher.

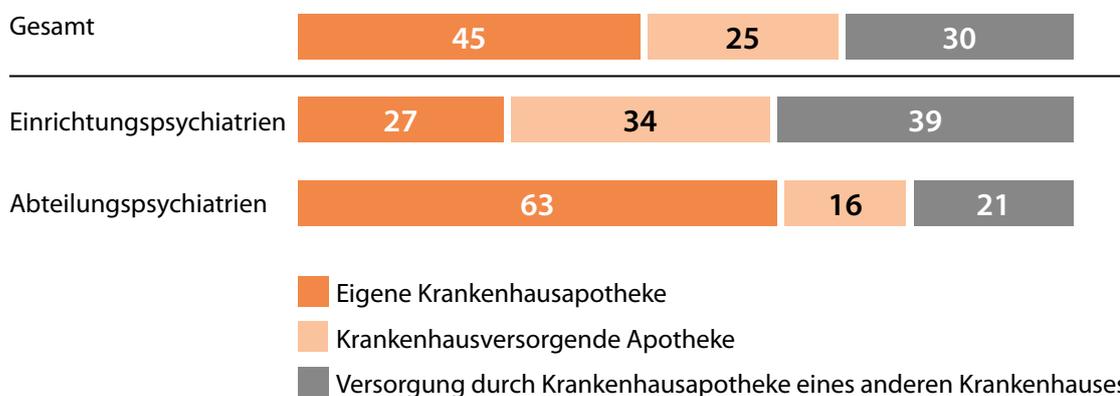
Wenn der Träger eines Krankenhauses keine eigene Krankenhausapotheke betreibt, ist es notwendig, dass er mit dem Träger eines anderen Krankenhauses oder mit einer krankenhausesversorgenden Apotheke (dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke) einen schriftlichen Versorgungsvertrag schließt, der von der zuständigen Behörde zu genehmigen ist.

Knapp die Hälfte der Einrichtungen (45 %), die an der Befragung teilgenommen haben, verfügt über eine eigene Krankenhausapotheke. Etwas weniger als ein Drittel der Häuser wird durch die Krankenhausapotheke eines anderen Krankenhauses versorgt. Ein Viertel der Einrichtungen wird durch eine krankenhausesversorgende Apotheke beliefert.

Die Arzneimittelversorgung variiert deutlich zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen. So geben Abteilungspsychiatrien deutlich häufiger als Einrichtungspsychiatrien an, eine eigene Krankenhausapotheke vorzuhalten.

Entsprechend werden psychiatrische Fachkrankenhäuser öfter durch krankenhausesversorgende Apotheken oder Krankenhausapotheken eines anderen Krankenhauses versorgt (**Abb. 20**).

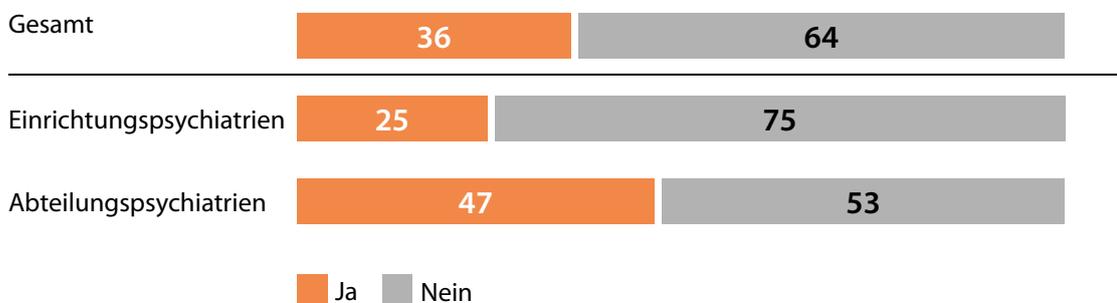
Abb. 20 *Art der Arzneimittelversorgung in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung/Abteilung (Krankenhäuser in %)*



In gut einem Drittel der Einrichtungen gibt es fest angestellte Krankenhausapothekerinnen und -apotheker, die regelmäßig beratend auf psychiatrischen und/oder psychosomatischen Stationen tätig sind. Abteilungspsychiatrien (47 %) geben deutlich häufiger an, Apothekerinnen und Apotheker in den psychiatrischen und/oder psychosomatischen Fachabteilungen einzusetzen, als Einrichtungspsychiatrien (25 %) (Abb. 21).

Abb. 21

*Gibt es in Ihrer Einrichtung fest angestellte Krankenhausapotheker, die regelmäßig beratend auf psychiatrischen/psychosomatischen Stationen tätig sind? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen gibt an, dass in ihrem Haus schriftlich definierte Standards (SOP) zur Arzneimitteltherapiesicherheit vorliegen, in weiteren 10 % ist die Aufsetzung von SOPs konkret in Planung. Bei gut einem weiteren Viertel ist die Erstellung einer SOP zur AMTS zukünftig geplant (Abb. 22).

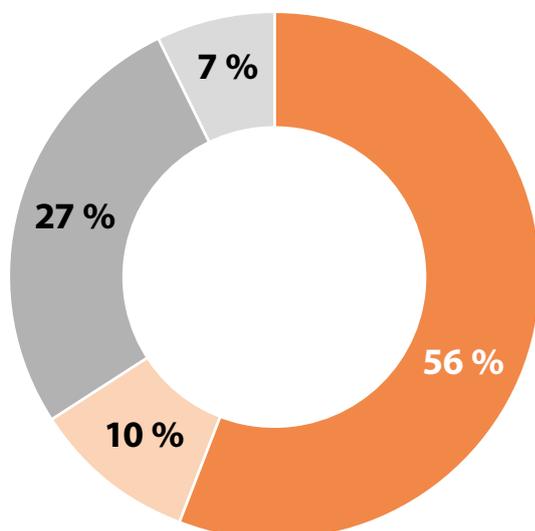
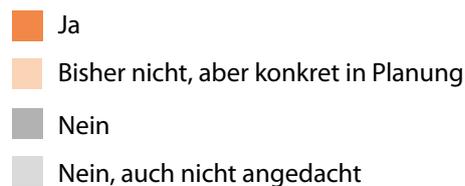


Abb. 22

*Gibt es in Ihrem Krankenhaus schriftlich definierte Standards (SOP) zur Arzneimitteltherapiesicherheit? (Krankenhäuser in %)*



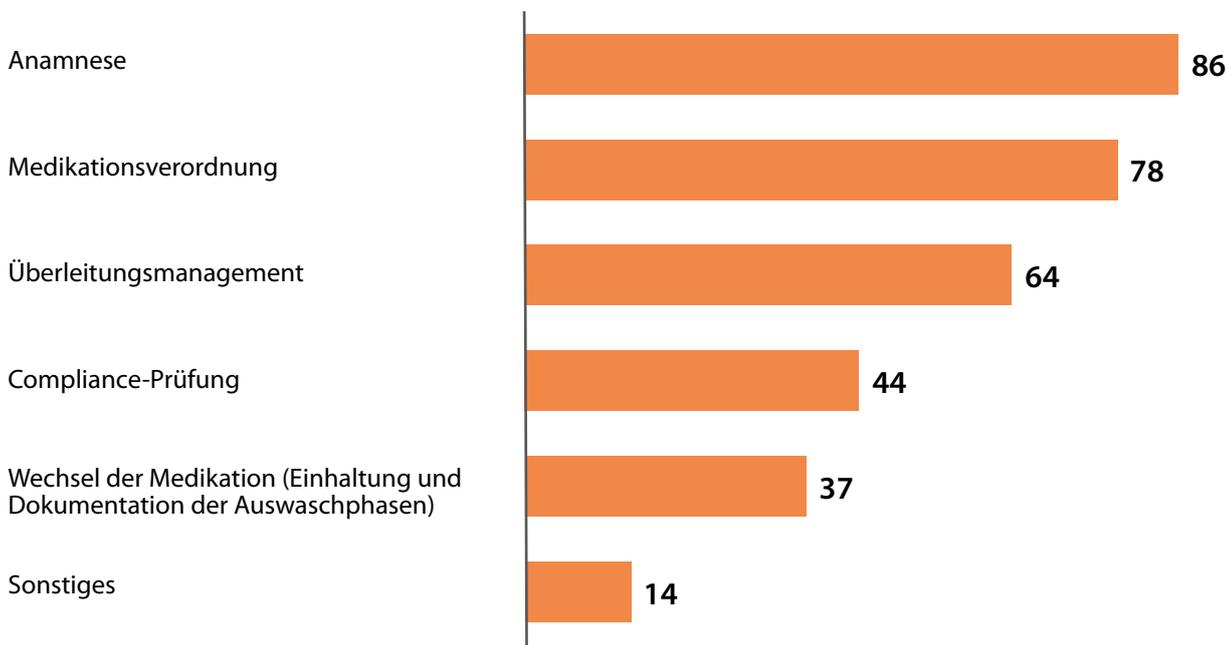
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

In den Einrichtungen liegen im Durchschnitt drei verschiedene SOPs vor (Mittelwert: 3, Median: 3). Am häufigsten ist ein schriftlich definierter Standard zur Anamnese entwickelt worden. Dieser liegt in 86 % der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien vor. 78 % der Einrichtungen haben eine SOP zur Medikationsverordnung und 64 % zum Überleitungsmanagement erstellt.

In etwas weniger als der Hälfte der Häuser liegt eine SOP zur Compliance-Prüfung, z.B. Drug Monitoring, vor (44 %). Gut ein Drittel der Einrichtungen hat eine SOP zum Wechsel der Medikation erstellt (37 %) (Abb. 23).



**Abb. 23** Welche schriftlich definierte Standards (SOP) liegen in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung/Abteilung vor? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



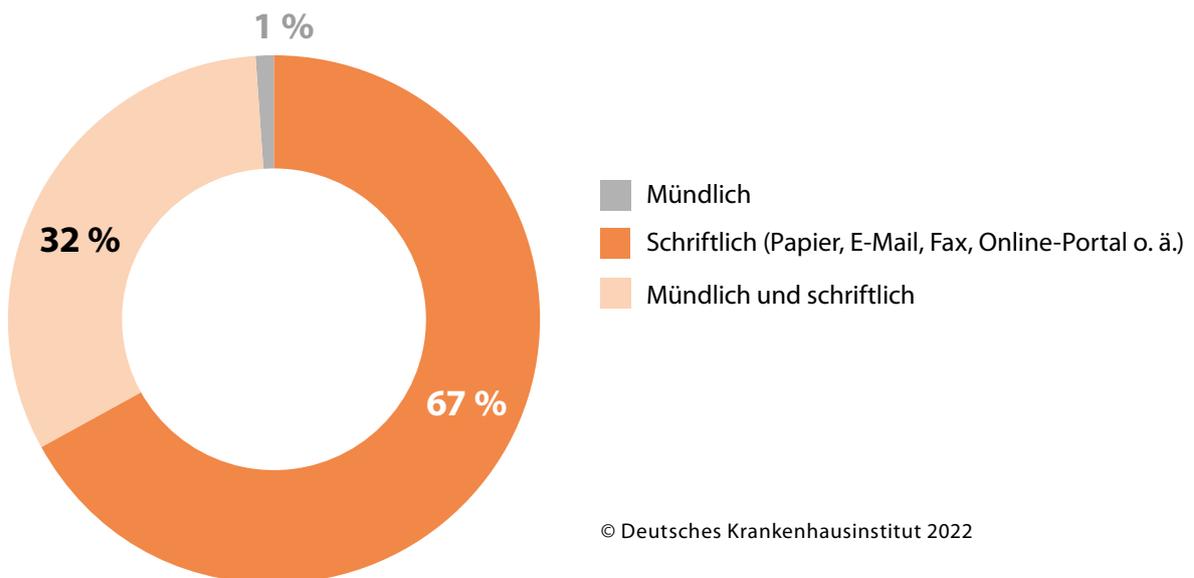
Etwaige Arzneimittel-Umstellungen werden in den Einrichtungen bei Überleitung überwiegend schriftlich, d.h. in Papierform, als E-Mail oder Fax, an die nachbetreuenden Personen oder Institutionen übermittelt.

In gut zwei Dritteln der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien wird ein Wechsel der Medikation in dieser Form kommuniziert.

Ein weiteres Drittel informiert die weiterbehandelnden Personen oder Institutionen sowohl mündlich als auch schriftlich über etwaige Arzneimittel-Umstellungen. Eine rein mündliche Kommunikation zu Änderungen der Medikation erfolgt sehr selten (**Abb. 24**).

Abb.  
24

*In welcher Form werden bei Überleitung aus Ihrer psychiatrischen/ psychosomatischen Einrichtung/Abteilung standardmäßig etwaige Arzneimittel-Umstellungen an die nachbetreuenden Personen/Institutionen übermittelt? (Nur eine Angabe möglich)*  
(Krankenhäuser in %)



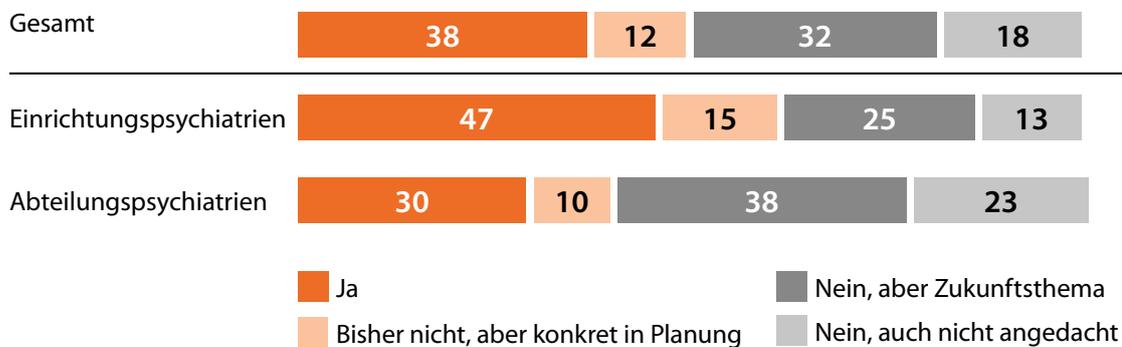
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

## 4.2 Datennutzung

Gut ein Drittel der Einrichtungen gibt an, gezielt Daten oder Indikatoren im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit zu erheben, wobei dieser Anteil in Einrichtungspsychiatrien (47 %) höher ist als in Abteilungspsychiatrien (30 %).

Zudem plant etwa jede zehnte Klinik konkret, zukünftig Daten oder Indikatoren zur AMTS zu ermitteln, für ein weiteres knappes Drittel ist dies zukünftig ein Thema (Abb. 25).

**Abb. 25** *Werden in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung/Abteilung im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit gezielt Daten/Indikatoren erhoben? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



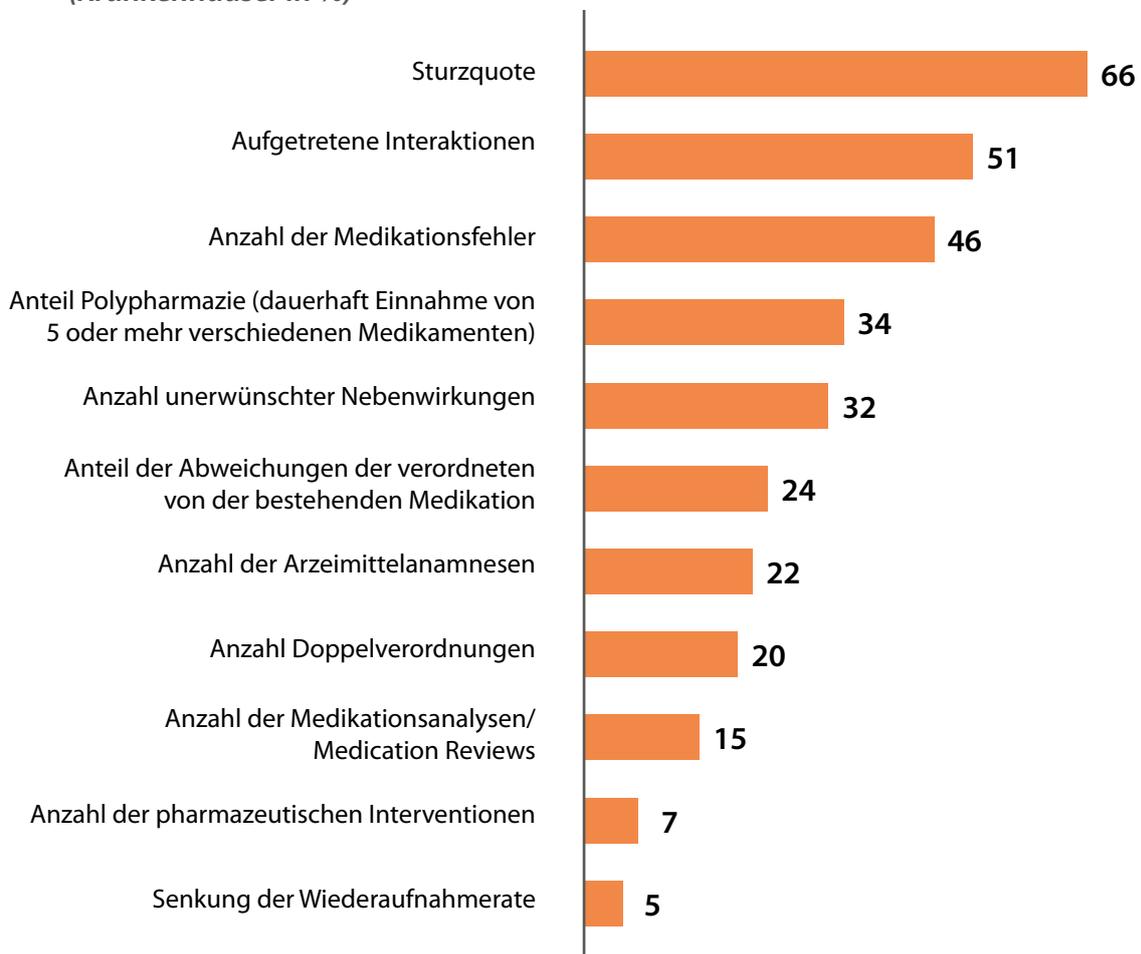
Einrichtungen, die Daten zur Arzneimitteltherapiesicherheit ermitteln, erheben im Mittel standardmäßig drei verschiedene Parameter (Median: 2). Die Sturzquote wird von allen Aspekten am häufigsten zur Einschätzung der AMTS dokumentiert (66 %). Etwa je die Hälfte der Einrichtungen ermittelt aufgetretene Interaktionen (51 %) bzw. die Anzahl der Medikationsfehler (46 %) regelhaft.

Der Anteil der Polypharmazie, d. h. die dauerhafte Einnahme von fünf oder mehr verschiedenen Medikamenten bzw. die Anzahl der unerwünschten Nebenwirkungen werden in etwa je einem Drittel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien standardmäßig erhoben.

Knapp ein Viertel der Einrichtungen dokumentiert den Anteil der Abweichungen der verordneten von der bestehenden Medikation, 22% die Anzahl der Arzneimittelanamnesen. Jedes fünfte Haus ermittelt die Anzahl der Doppelverordnungen und 15 % die Anzahl der Medikationsanalysen bzw. Medication Reviews.

Der Anteil der pharmazeutischen Interventionen und die Senkung der Wiederaufnahmeraten werden im Vergleich am seltensten erhoben (**Abb. 26**).

**Abb. 26** Wenn in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung/Abteilung Daten/Indikatoren erhoben werden, welche werden standardmäßig ermittelt? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

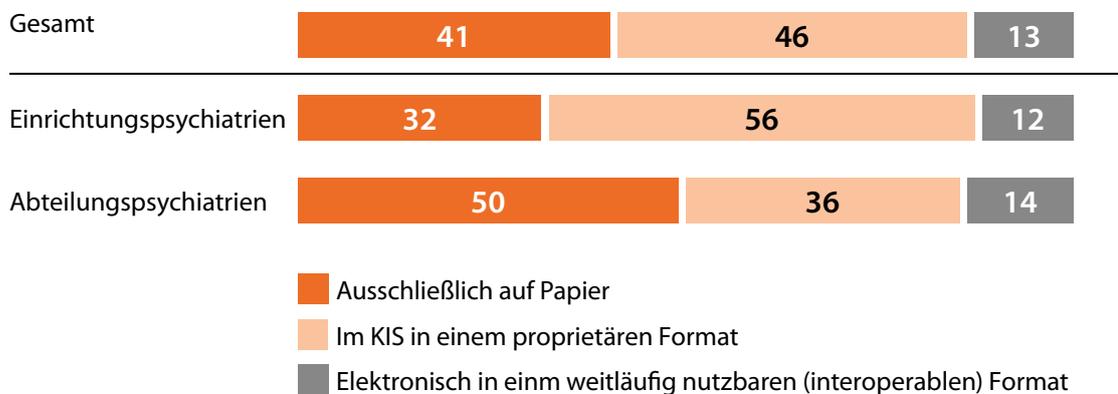
### 4.3 Dokumentation

Knapp die Hälfte der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen und Abteilungen dokumentiert die Arzneimitteltherapie inklusive der Dosierungen überwiegend im KIS, in einem proprietären Format. Dieser Anteil ist in Einrichtungspsychiatrien (56 %) höher als in Abteilungspsychiatrien (36 %).

41 % der Häuser geben an, die Arzneimittelverordnungen ausschließlich auf Papier zu dokumentieren, wobei dies häufiger in Abteilungspsychiatrien (50 %) erfolgt als in Einrichtungspsychiatrien (32 %).

13 % der Einrichtungen dokumentiert Arzneimittelverordnungen ausschließlich in elektronischer Form, wobei ein weitläufig nutzbares interoperables Format genutzt wird (**Abb. 27**).

**Abb. 27** *Auf welche Weise wird in Ihrer psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung / Abteilung die Arzneimitteltherapie inklusive der Dosierungen überwiegend dokumentiert? (Nur eine Angabe möglich) (Krankenhäuser in %)*

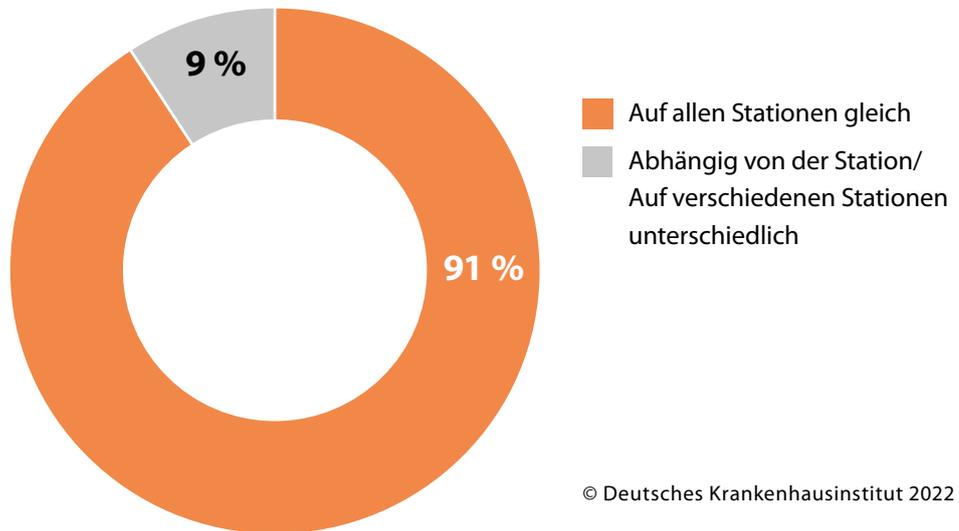


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Die Dokumentation der Arzneimittel-Verordnungen ist mehrheitlich auf allen Stationen gleich organisiert (91 %) (Abb. 28).

Abb. 28

Ist die Dokumentation der Verordnung von Arzneimitteln in Ihrer Einrichtung auf allen Stationen gleich organisiert oder abhängig von der Station? (Nur eine Angabe möglich) (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Arzneimittelbezogene Probleme (ABP) werden im überwiegenden Teil der Einrichtungen dokumentiert. Gut ein Fünftel der Häuser verzichtet auf eine entsprechende Berichterstattung.

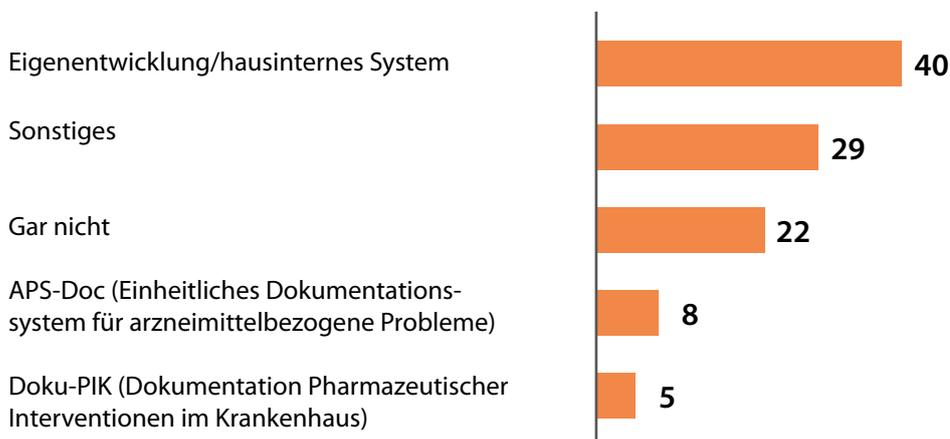
Die Dokumentation arzneimittelbezogener Probleme wird in 40 % der Einrichtungen in einem hausinternen System bzw. einer Eigenentwicklung dokumentiert.

Knapp ein Drittel der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien nutzt eine andere als die vorgegebenen Möglichkeiten und wählt die Antwortoption „Sonstiges“. In dem Freitext werden am häufigsten die Akte oder das KIS sowie das CIRS-System als Dokumentationsort genannt.

Die APS-Doc bzw. die Doku-Pik werden vergleichsweise selten verwendet (Abb. 29).

Abb. 29

Wie werden arzneimittelbezogene Probleme (ABP) dokumentiert? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

## 4.4 Maßnahmen und Probleme bei Arzneimittelverordnungen

Die Kliniken nutzen im Schnitt sechs verschiedene Maßnahmen, um die Einnahme der verordneten Medikamente sicherzustellen (Mittelwert: 6, Median: 6). Am häufigsten sind Pflegekräfte involviert, um zu gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten die verordneten Arzneien einnehmen. Pflegekräfte beobachten vor allem die Einnahme von festen (93 %) bzw. flüssigen Medikamenten (90%).

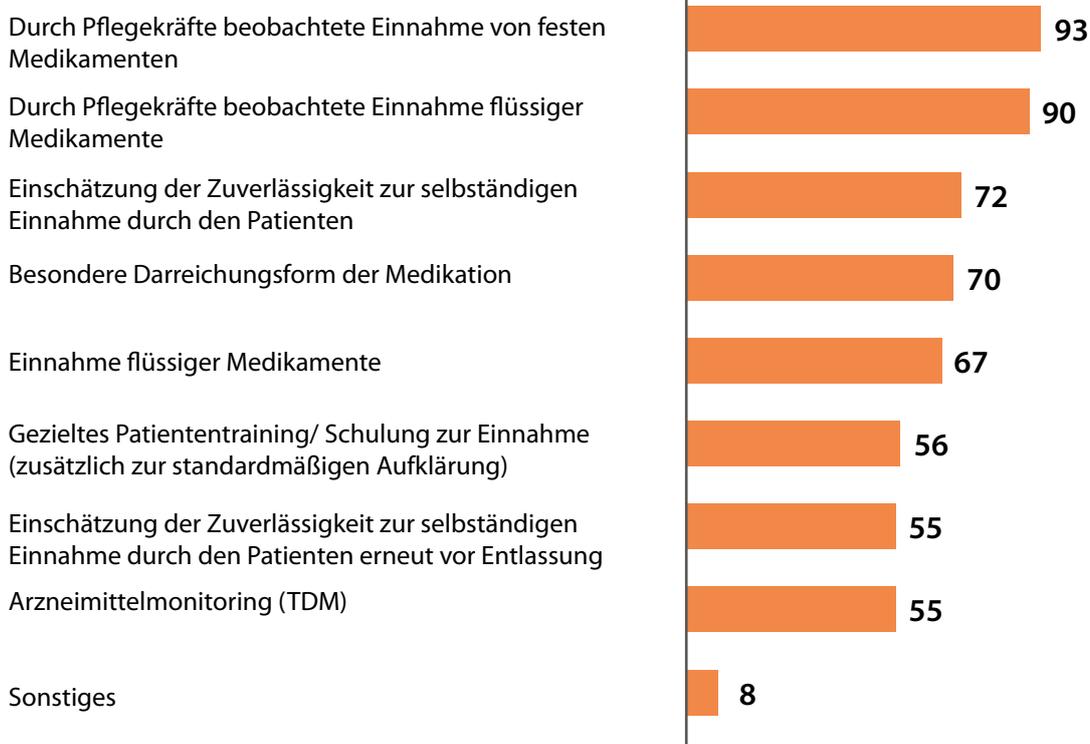
72 % der Einrichtungen schätzen die Zuverlässigkeit zur selbständigen Einnahme durch die Patientinnen und Patienten ein. Gut die Hälfte der Kliniken bewertet dies erneut vor Entlassung (55 %).

Um sicherzustellen, dass die verordneten Medikamente auch eingekommen werden, setzen rund 70 % der Einrichtungen jeweils besondere Darreichungsformen der Medikation, z.B. IM-Injektionen, Depotmedikamente, bzw. flüssige Medikamente, ein.

Gut die Hälfte der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien trainiert und schult ihre Patientinnen und Patienten über die standardmäßige Aufklärung hinaus gezielt, um die Einnahme der Medikamente sicherzustellen bzw. nutzen ein Arzneimittelmonitoring (Abb. 30).

Abb.  
30

*Welche Maßnahmen werden standardmäßig ergriffen, um in Ihrer psychiatrischen / psychosomatischen Einrichtung / Abteilung die Einnahme der verordneten Medikamente sicherzustellen? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Die erfragten Probleme bei der Arzneimittelversorgung treten in den psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen und Abteilungen bei einem Drittel zumindest gelegentlich auf. Die Kliniken geben als häufigstes Problem an, dass die Verordnung unvollständig oder nicht eindeutig ist: In zwei Dritteln der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien ist dies mindestens gelegentlich der Fall. In gut einem Drittel der Häuser kommt dies nie oder selten vor.

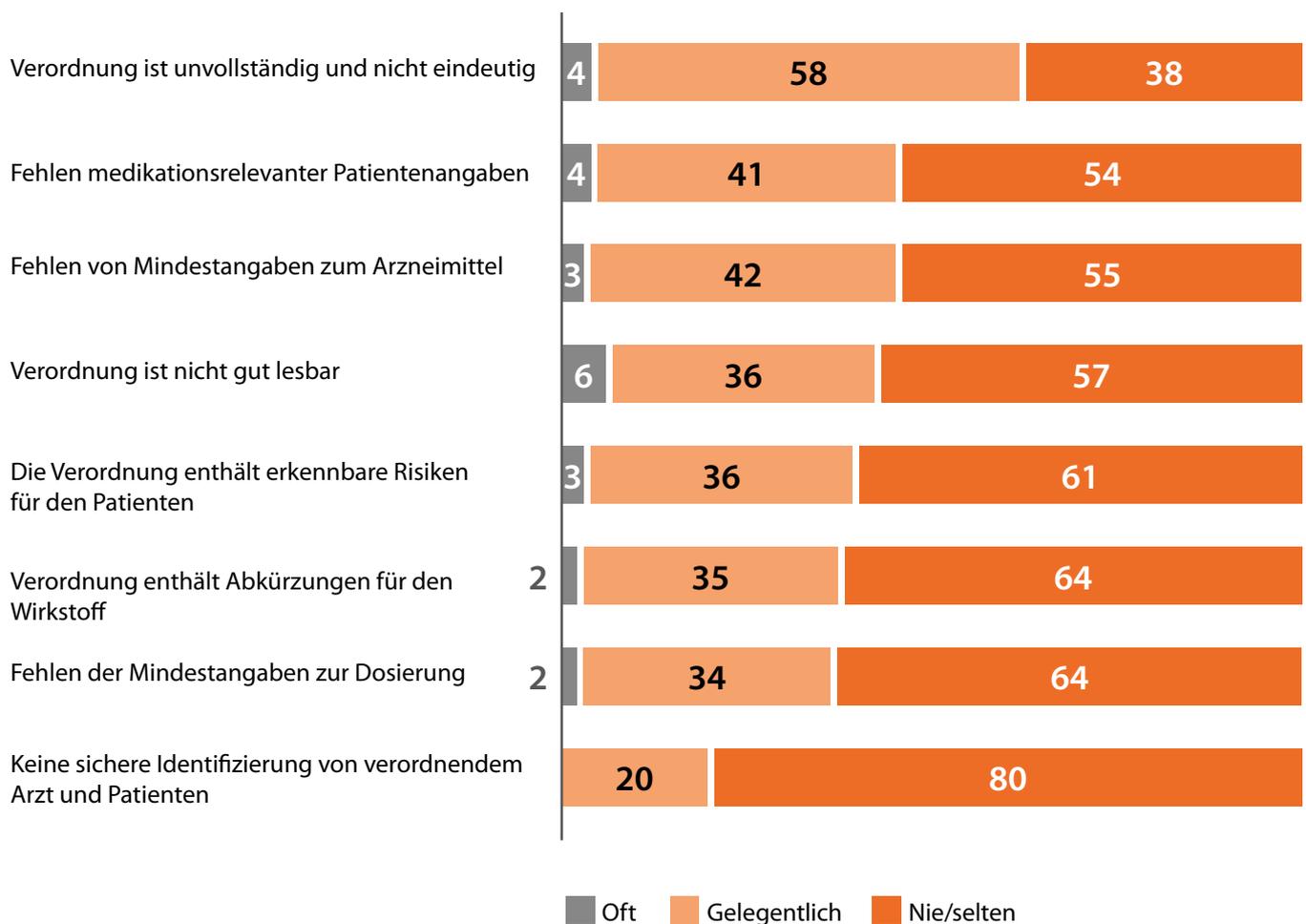
Das Fehlen medikationsrelevanter Patientenangaben bzw. von Mindestangaben zum Arzneimittel tritt in je gut 40 % der Einrichtungen gelegentlich auf, wobei dies in über der Hälfte der Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien kein Problem darstellt.

Etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen gibt jeweils an, dass es gelegentlich vorkommt, dass die Verordnungen nicht immer gut lesbar sind (6 % oft), erkennbare Risiken für die Patientinnen und Patienten (3 % oft) oder Abkürzungen für den Wirkstoff (2 % oft) enthält. Fehlende Mindestangaben zur Dosierung sind in 34 % der Häuser gelegentlich problematisch (3 % oft). In mehr als die Hälfte der Kliniken treten diese verschiedenen Aspekte selten oder nie auf.



Keine sichere Identifizierung von verordnenden Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten, d.h. eine nicht gültige Verordnung, kommt in jeder fünften Einrichtung gelegentlich vor. In dem überwiegenden Teil der Häuser tritt dies selten oder nie auf (**Abb. 31**).

**Abb. 31** *Wie häufig treten folgende Probleme bei der Arzneimittelverordnung in Ihrer psychiatrischen / psychosomatischen Einrichtung / Abteilung auf? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

# 5

## Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal fest. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Das diesjährige PSYCHIATRIE Barometer untersucht ausgewählte Aspekte zur Umsetzung der Richtlinie im Jahr 2021.

## 5.1 Nachweisverfahren

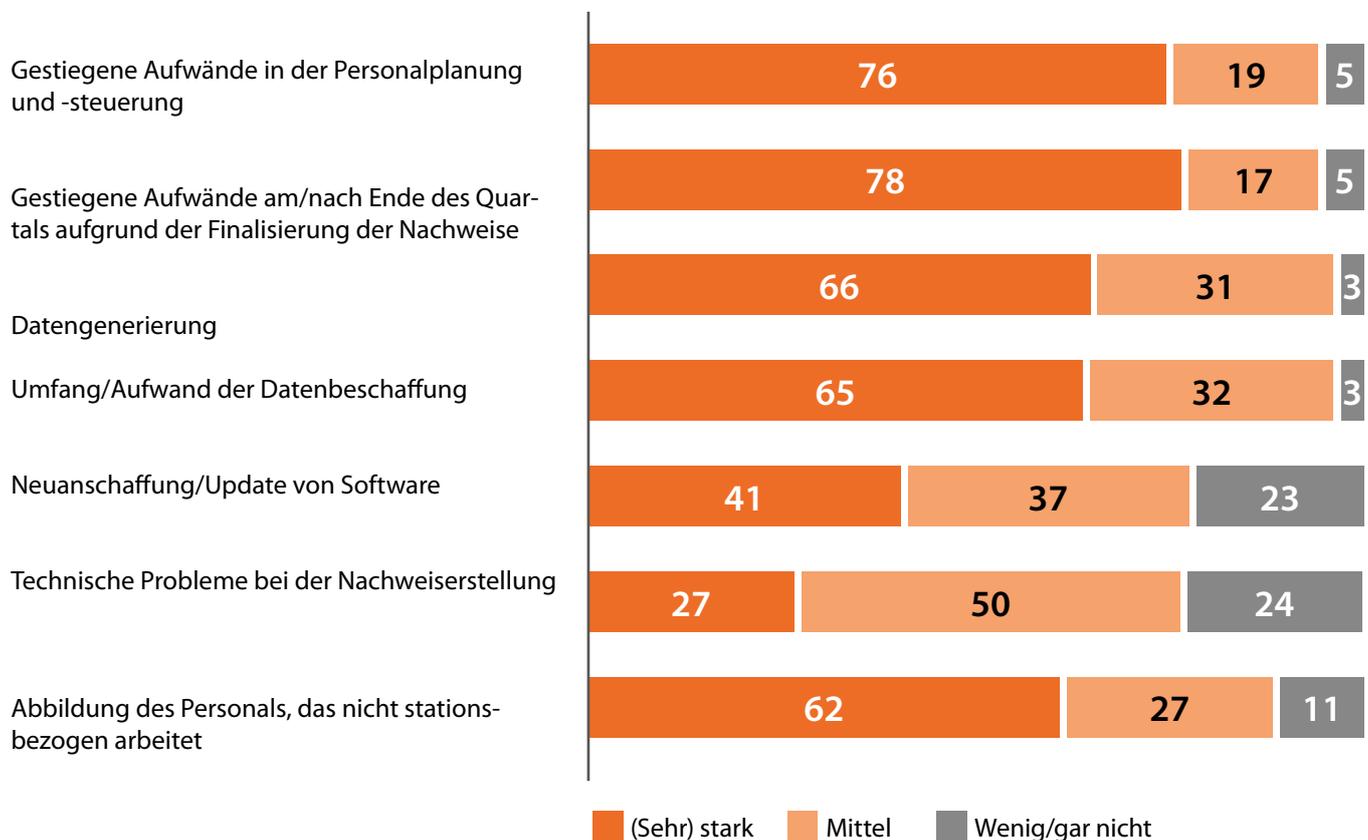
Die PPP-RL sieht in § 11 ein sehr umfangreiches und komplexes Nachweisverfahren vor. Dies betrifft die Ermittlung der quartalsweisen Mindestvorgaben, die Erfassung der tatsächlichen Personalausstattung sowie umfangreiche stations- und monatsbezogene Nachweise.

Die Nachweise sind quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, an das IQTIG und bei Nichteinhaltung zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln. Für die betroffenen Krankenhäuser ist das Nachweisverfahren mit verschiedenen Herausforderungen verbunden (**Abb. 32**).

Die größten Herausforderungen bilden demnach die gestiegenen Aufwände am oder nach Ende des Quartals aufgrund der Finalisierung der Nachweise sowie die innerhalb der Quartale gestiegenen Aufwände in der Personalplanung und -steuerung. Jeweils mehr als drei Viertel der Krankenhäuser sehen darin (sehr) starke Herausforderungen.

Jeweils rund zwei Drittel der Befragten beklagen den (sehr) starken Umfang und Aufwand für die Datengenerierung und Datenbeschaffung. Verglichen damit spielen die Neuanschaffung oder das Update von Software und technische Probleme bei der Nachweiserstellung eine geringere Rolle.

**Abb. 32** Inwieweit ergeben sich im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß § 11 PPP-RL die folgenden Herausforderungen in Ihrem Haus? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Ein besonderes Problem der Nachweisverfahren bildet die Abbildung des Personals, das nicht stationsbezogen arbeitet und insofern schwer zuzuordnen ist. 62 % der Krankenhäuser betrachten dessen Abbildung als (sehr) starke Herausforderung.

Über die Abbildung des nicht stationsbezogen eingesetzten Personals hinaus sehen 28 % der Krankenhäuser weitere nicht abbildbare Tatbestände im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß § 11 PPP-RL. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier insbesondere genannt:

- Fehlende oder unzureichende Anrechenbarkeit von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen auf die Berufsgruppen der PPP-RL (u. a. aufgrund der Beschränkung auf die Regelaufgaben der Anlage 4 der PPP-RL)
- Unklare Zuordnung von Stationspersonal, z.B. bei stations- und sektorübergreifendem Personaleinsatz, interdisziplinär tätigen Stationen oder zumeist kurzfristigem Personal- oder Stationswechsel, etwa über Springer-Pools
- Unzureichende Abbildung innovativer Therapieverfahren oder unterschiedlicher Schweregrade der Patienten\*innen

## 5.2 Dokumentationsaufwand

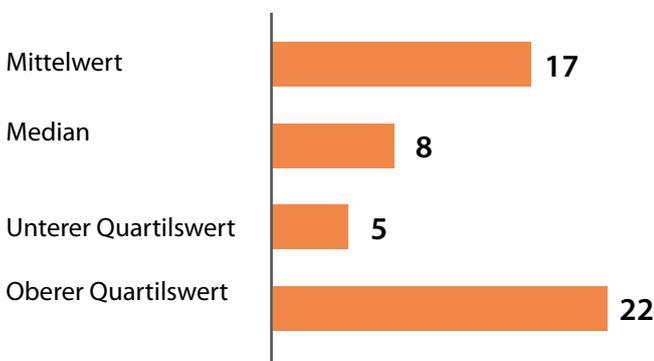
Angesichts der zahlreichen und komplexen Nachweisverfahren der Richtlinie sollten die Krankenhäuser den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation und Administration der PPP-RL pro Woche taxieren. Wie aus **Abb. 33** ersichtlich, resultierte hier eine sehr große Streuung der Aufwandswerte.

Im Durchschnitt liegt der Zeitaufwand bei rund 17 Stunden pro Krankenhaus und Woche. Allerdings sind die Werte sehr schief verteilt. Der Median der Verteilung liegt bei acht Stunden pro Woche.

Der untere Quartilswert beträgt fünf Stunden und der obere Quartilswert gut 22 Stunden Dokumentation und Administration infolge der PPP-RL pro Woche.

Auch in Abhängigkeit vom Krankentyp variiert der Zeitaufwand der PPP-RL sehr stark. So fällt der richtlinienbedingte Aufwand in den Einrichtungspsychiatrien mit 23,3 Stunden pro Woche deutlich höher aus als in den Abteilungspsychiatrien mit 10,4 Stunden. Der Unterschied dürfte maßgeblich durch Größeneffekte insofern erklärbar sein, als Einrichtungspsychiatrien vielfach größer sind als Abteilungspsychiatrien.

**Abb. 33** *Wie hoch schätzen Sie für Ihr Krankenhaus alles im allem den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation und Administration der PPP-RL pro Woche? (Kennwerte in Stunden)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

### 5.3 Ermittlung der Mindestvorgaben

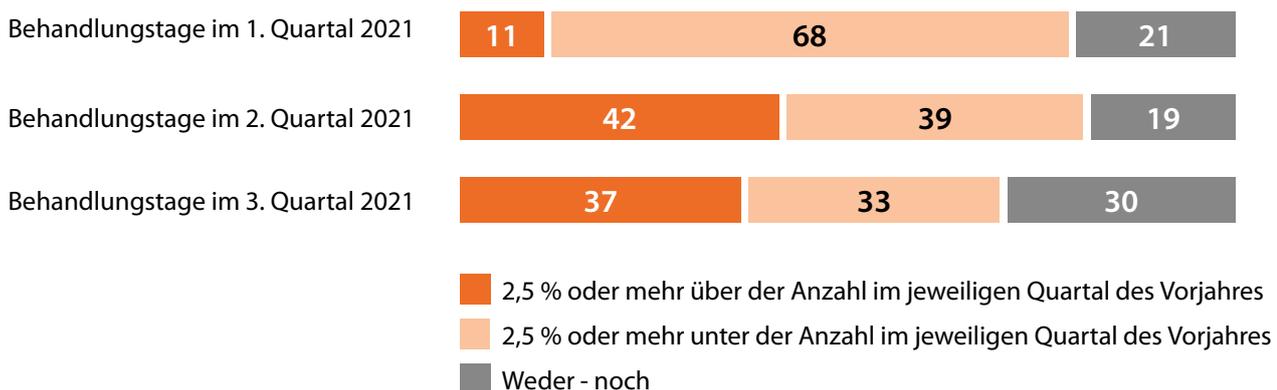
Für die Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung werden nach § 6 Abs. 3 PPP-RL die Behandlungstage je Behandlungsbereich im jeweiligen Quartal des Vorjahres zugrunde gelegt. Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage um mehr als 2,5 % über bzw. um mehr als 2,5 % unter der Anzahl der Behandlungstage des jeweiligen Quartals des Vorjahres, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen abweichend davon auf Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals (§ 6 Abs. 4 PPP-RL).



Für die Erwachsenenpsychiatrie sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie hoch in den ersten drei Quartalen des Jahres 2021 die Anzahl der Behandlungstage ihres Krankenhauses im Vergleich zum Vorjahresquartal war (**Abb. 34**).

Abb.  
**34**

*Wie hoch war in den ersten drei Quartalen 2021 in der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Anzahl der Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahresquartal?  
(Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

**Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:** In allen drei Beobachtungsquartalen für 2021 lagen die Behandlungstage je Behandlungsbereich in der Mehrheit der Krankenhäuser um mehr als 2,5 % unter bzw. über der Anzahl der Behandlungstage des Vorjahresquartals. Nur 19 % (2. Quartal 2021) bis 30 % (3. Quartal 2021) der Krankenhäuser hatten in diesem Zeitraum eine vergleichbare Belegung in der Erwachsenenpsychiatrie wie im Vorjahr (Antwortkategorie „Weder - noch“).

Im 2. und 3. Quartal 2021 sind die Anteile der Häuser, deren Belegung außerhalb der 2,5 %-Intervalle liegen, in etwa vergleichbar. Im 2. Quartal lagen die Anteilswerte jeweils bei rund 40 % und im 3. Quartal bei jeweils rund einem Drittel um mehr als 2,5 % unter bzw. über der Anzahl der Behandlungstage in den einzelnen Behandlungsbereichen des Vorjahres.

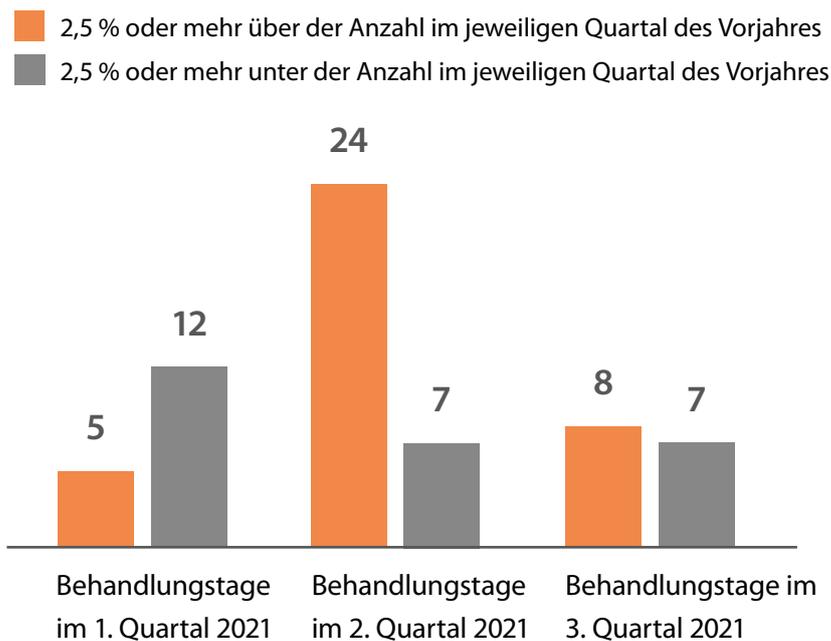
Im 1. Quartal 2021 war bei einer Mehrheit von rund zwei Drittel der Befragten (68 %) die Anzahl der Behandlungstage in der Erwachsenenpsychiatrie um mehr als 2,5 % niedriger als im entsprechenden Vorjahresquartal.

Möglicherweise ist dies ein coronabedingter Effekt, insofern die Belegung im 1. Quartal 2020 im Unterschied zu den Folgequartalen weitgehend noch nicht von einer rückläufigen Inanspruchnahme infolge der Pandemie beeinflusst war.

Häuser, bei denen die Behandlungstage je Behandlungsbereich außerhalb der 2,5 %-Intervalle lag, sollten die Abweichungen überdies quantifizieren.

**Abb. 35** zeigt die entsprechenden Medianwerte für die ersten drei Quartale des Jahres 2021.

**Abb. 35** Abweichungen von der Anzahl der Behandlungstage im Vorjahresquartal für Krankenhäuser außerhalb der 2,5 %-Intervalle (Medianwerte in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Im 1. Quartal 2021, als rund zwei Drittel der Häuser um mehr als 2,5 % unter der Anzahl der Behandlungstage des Vorjahresquartals lagen (**vgl. Abb. 34**), betrug der mediane Rückgang der Behandlungstage je Behandlungsbereich in dieser Gruppe 12 %. Bei den vergleichsweise wenigen Häusern (11 %) mit mehr als 2,5 % Behandlungstagen je Behandlungsbereich als im Vorjahr betrug die mediane Steigerung 4,5 %.

Im 2. Quartal war die Entwicklung gegenläufig. Hier fiel der Median für Häuser mit Steigerungen von mehr als 2,5 % mit 24 % deutlich höher aus als für Häuser mit entsprechenden Rückgängen mit 6,5 %. Im 3. Quartal 2021 sind die jeweiligen Medianwerte für Häuser außerhalb der 2,5 %-Intervalle in etwa vergleichbar.

Größe und Heterogenität der Abweichungen von der Belegung in den Vorjahresquartalen 2019 dürften nicht nur die Corona bedingten Sondereffekte widerspiegeln, sondern einen deutlichen Hinweis darauf geben, dass der in der PPP-RL vorgesehene Korridor voraussichtlich auch im Regelfall für viele Einrichtungen nicht ausreicht.



### 5.4 Einhaltung der Mindestvorgaben

Für die ersten drei Quartale 2021 sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie bei den verschiedenen Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht haben (**Abb. 36**). Dabei waren die Anrechnung von Berufsgruppen und Ausnahmetatbestände ausdrücklich zu berücksichtigen.

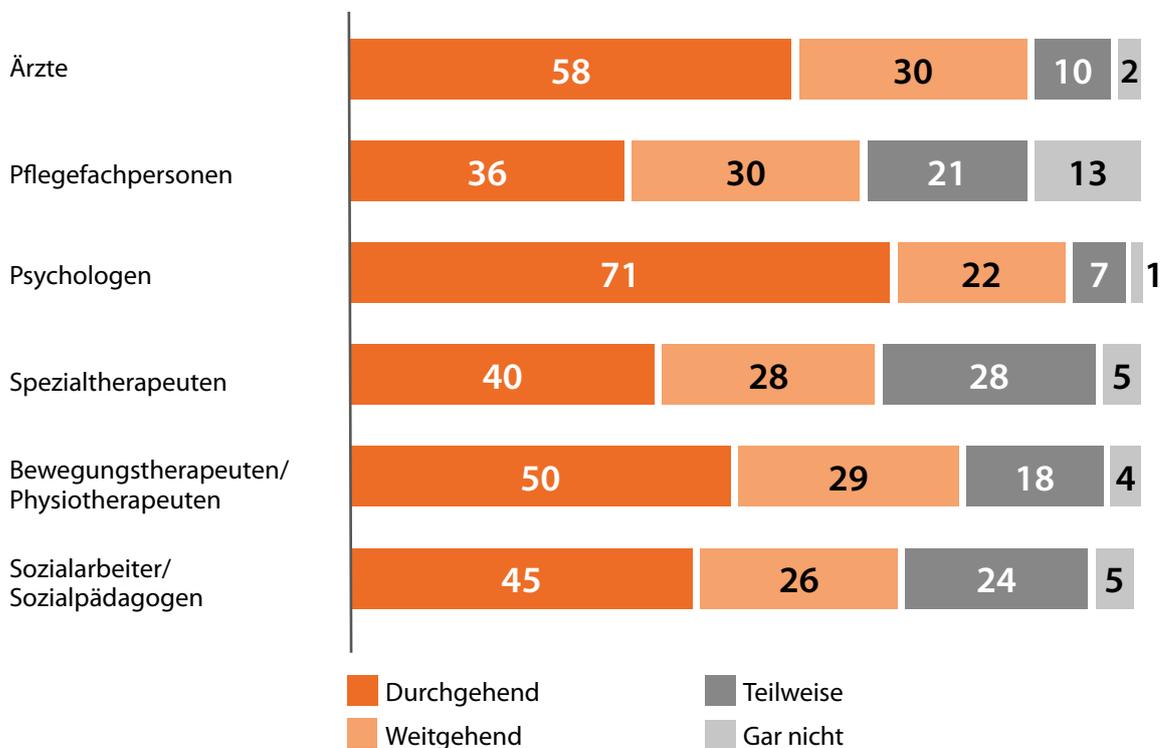
**Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:**

In den ersten drei Quartalen 2021 konnten in keiner Berufsgruppe die Mindestvorgaben der Richtlinie in jedem Quartal eingehalten werden.

Nur in zwei Berufsgruppen, bei den Ärzten\*innen (58 %) und den Psychologen\*innen (71 %), waren die Vorgaben in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser in jedem Quartal erfüllt. Am geringsten fiel der Erfüllungsgrad bei der Pflege (36 %) und den Spezialtherapeuten aus (40 %).

Im Ärztlichen Dienst und bei den Psychologen fällt der Erfüllungsgrad bei den Personalmindestvorgaben der PPP-RL vergleichsweise hoch aus. Hier haben in den ersten drei Quartalen 2021 jeweils rund 90 % der Häuser die Vorgaben der Richtlinie weitgehend oder durchgehend erfüllt.

**Abb. 36** *Inwieweit haben Sie in den ersten drei Quartalen 2021 bei den folgenden Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie Ihres Krankenhauses die Personalmindestvorgaben gemäß PPP-RL erreicht? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

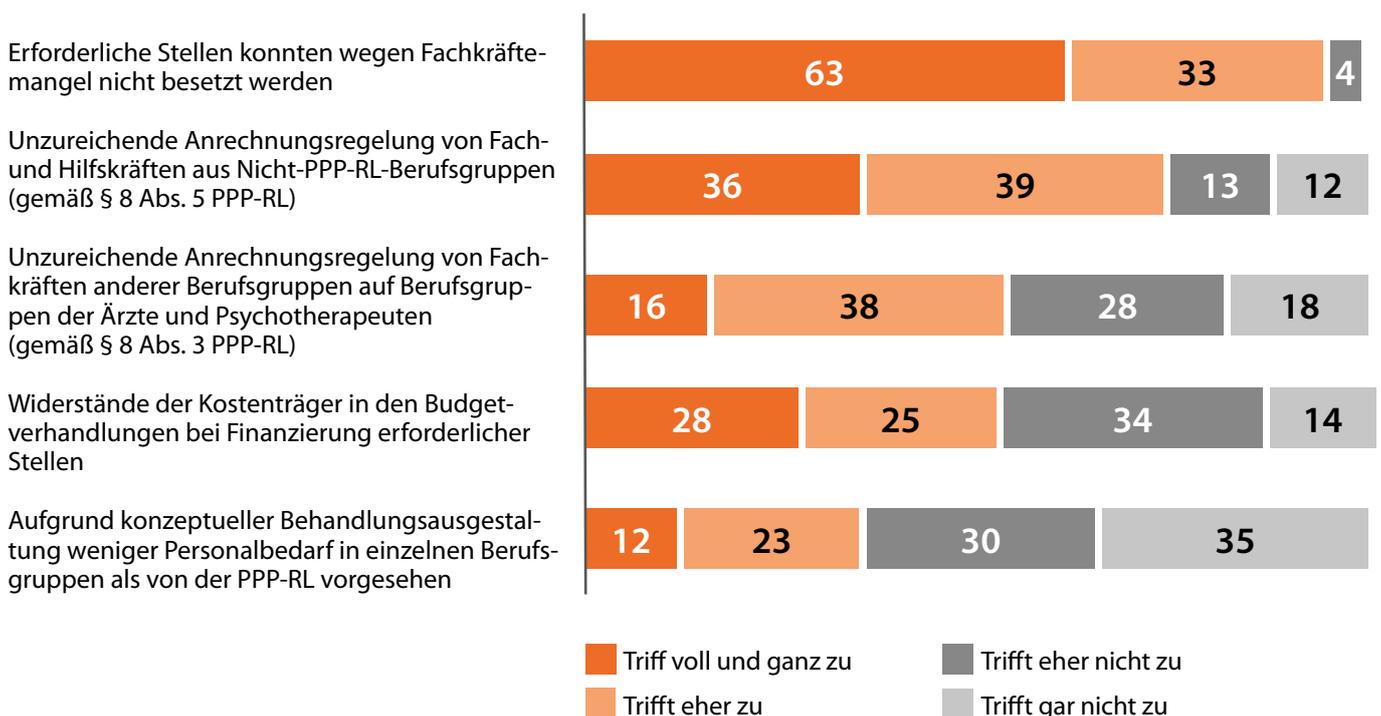
Die größten Umsetzungsprobleme gibt es insbesondere bei den Pflegefachpersonen und den Spezialtherapeuten\*innen. In diesen Berufsgruppen konnte in den ersten drei Quartalen 2021 jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser die Mindestvorgaben für die Erwachsenenpsychiatrie teilweise oder gar nicht erreichen.

Bei den Bewegungs- bzw. Physiotherapeuten\*innen liegen die entsprechenden Anteilswerte bei 22 % und bei den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen bei 29 %.

### 5.5 Gründe für die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben

Krankenhäuser, welche in den ersten drei Quartalen 2021 die Personalmindestvorgaben für die verschiedenen Berufsgruppen gemäß PPP-RL nicht in jedem Quartal erreicht haben (vgl. Kap. 5.4), wurden nach den ausschlaggebenden Gründen hierfür gefragt (Abb. 37).

Abb. 37 *Gründe für die nicht durchgängige Erreichung der Personalmindestvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gemäß PPP-RL in den ersten drei Quartalen 2021 (Krankenhäuser in %)*





Den Hauptgrund bilden Stellenbesetzungsprobleme. 96 % der Befragten stimmten der Aussage, wonach erforderliche Stellen wegen des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, voll und ganz (63 %) oder eher zu (33 %).

Daneben behindere die Anrechnungsregelung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL die Einhaltung der Mindestvorgaben. Die dort vorgesehenen Regelungen halten drei Viertel der Krankenhäuser für ganz (36 %) oder eher unzureichend (39 %).

Mit Blick auf die Anrechnungsregelungen von Fachkräften anderer Berufsgruppen auf die Berufsgruppen der Ärzte und Psychotherapeuten gemäß § 8 Abs. 3 PPP-RL gibt es dagegen kein einheitliches Meinungsbild. Danach ist in der Erwachsenenpsychiatrie eine Anrechnung von Ärzten nur auf die Berufsgruppe der Psychologen und vice versa eine Anrechnung von Psychologen nur auf

die Berufsgruppe der Ärzte möglich, soweit sie Regelaufgaben der jeweils anderen Berufsgruppe erbringen.

Andere Berufsgruppen können auf die Ärzte\*innen und Psychologen\*innen nicht angerechnet werden. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, aufgrund dieser Regelung die Personalvorgaben der PPP-RL in den ersten drei Quartalen 2021 nicht durchgehend erreicht zu haben.

Ähnlich ist das Meinungsbild zu Widerständen der Kostenträger in den Budgetverhandlungen bei der Finanzierung erforderlicher Stellen. Für gut die Hälfte der Krankenhäuser (53 %) trifft dies zu, für knapp die Hälfte nicht (47 %).

Ein Drittel der Häuser gibt an, aufgrund konzeptueller Behandlungsausgestaltung in einzelnen Berufsgruppen weniger Personalbedarf zu haben als von der PPP-RL vorgesehen. Für zwei Drittel der Befragten gilt dies nicht.

## 5.6 Änderung von Versorgungskonzepten

Falls vorhandene Versorgungskonzepte mit den neuen Vorgaben der PPP-RL nicht umzusetzen sind, könnte die Richtlinie zu Anpassungen in diesen Konzepten führen. Deswegen wurden die Teilnehmer konkret gefragt, ob in ihren Häusern der berufsgruppenspezifische Personaleinsatz vor allem wegen der Anwendung der PPP-RL verändert wurde und, falls ja, ob die Veränderung mit den vorliegenden Versorgungskonzepten übereinstimmt.

Sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie (**Abb. 38**) als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (**Abb. 39**) hat demnach jeweils rund die Hälfte der Einrichtungen ihren berufsgruppenspezifischen Personaleinsatz infolge der Richtlinie angepasst. In der Mehrzahl dieser Einrichtungen, konkret bei jeweils rund 70 % dieser Häuser, erfolgte die Veränderung bisher noch in Übereinstimmung mit vorhandenen Versorgungskonzepten. Mög-

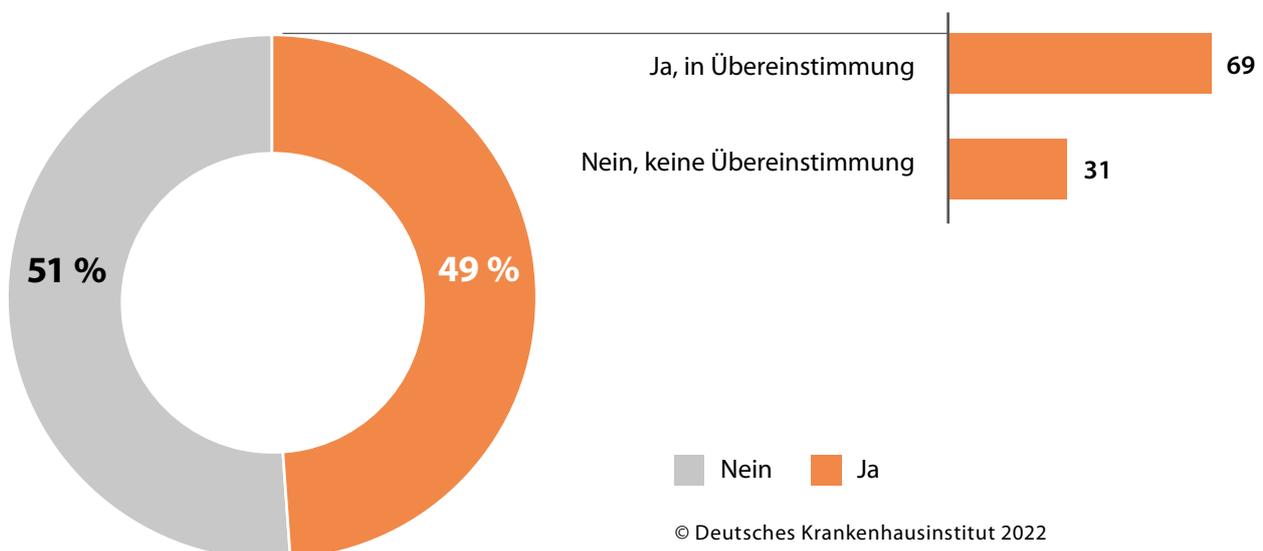
liche diesbezügliche Auswirkungen nach einem Einsetzen der finanziellen Sanktionen ab dem Beginn des Jahres 2023 sind jedoch absehbar.

In der Psychosomatik gab rund ein Viertel der entsprechenden Krankenhäuser an, bedingt durch die PPP-RL ihren berufsgruppenspezifischen Personaleinsatz angepasst zu haben (**Abb. 40**). Bei 87 % erfolgten diese Veränderungen bisher noch in Übereinstimmung mit vorhandenen Versorgungskonzepten. Diese Situation steht möglicherweise in engem Zusammenhang mit der bestehenden finanziellen Sanktionsfreiheit bis Ende 2023 für die Einrichtungen der Psychosomatik.

Ausdrücklich wird damit nicht die Frage beantwortet, ob die Anpassung des berufsgruppenspezifischen Personaleinsatzes aufgrund der PPP-RL bzw. der Versorgungskonzepte fachlich-inhaltlich sinnvoll ist.

Abb.  
38

*Wurde in Ihrem Haus der berufsgruppenspezifische Personaleinsatz vor allem wegen der Anwendung der PPP-RL in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene verändert? Falls ja: Stimmt die Veränderung mit den vorliegenden Versorgungskonzepten überein?*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 39

Wurde in Ihrem Haus der berufsspezifische Personaleinsatz vor allem wegen der Anwendung der PPP-RL **in psychiatrischen Einrichtungen für Kinder- und Jugendliche** verändert? Falls ja: Stimmt die Veränderung mit den vorliegenden Versorgungskonzepten überein?

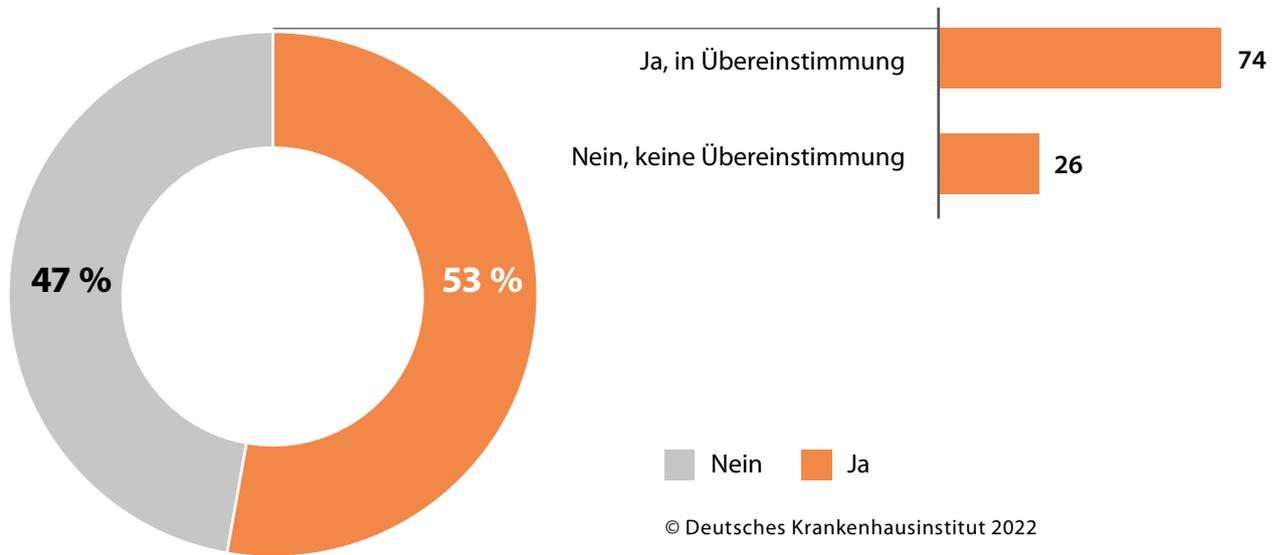
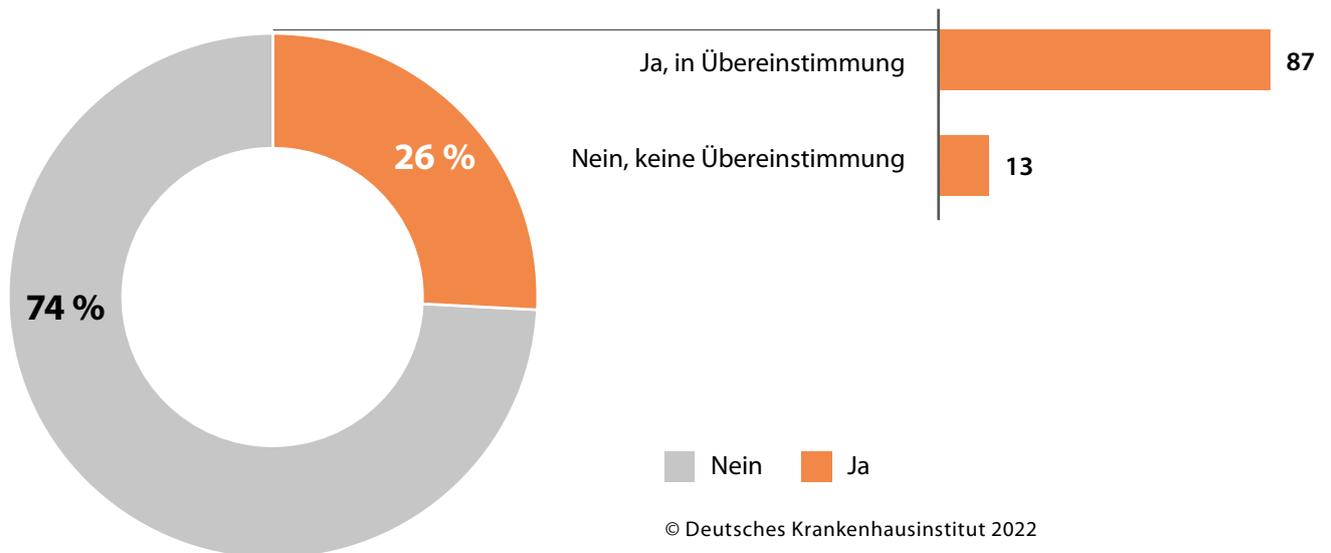


Abb. 40

Wurde in Ihrem Haus der berufsspezifische Personaleinsatz vor allem wegen der Anwendung der PPP-RL **in psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene** verändert? Falls ja: Stimmt die Veränderung mit den vorliegenden Versorgungskonzepten überein?



## 5.7 Genesungsbegleiter

Genesungsbegleiter sind Personen, die eine psychische Erkrankung hatten oder haben und psychisch Kranke bei ihrer Genesung unterstützen. Schwerpunkte der Genesungsbegleitung sind u. a. Beratung und Erfahrungsaustausch mit Betroffenen, Teilnahme oder Ko-Moderation von Gruppenangeboten, Alltagsbegleitung und tagesstrukturierende Maßnahmen, Unterstützung bei der Entlassungsvorbereitung und Überleitung etc.

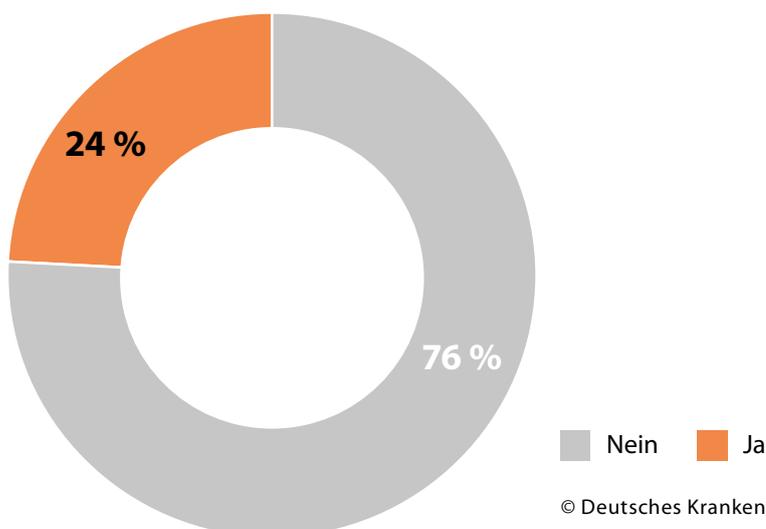
Dabei soll die eigene Krisenerfahrung der Genesungsbegleiter, über die fachliche Unterstützung professioneller Helfer hinaus, den Genesungsprozess der Betroffenen sowie ihre Bewältigungskompetenzen (empowerment) gezielt fördern.

Nach Möglichkeit sollten die Genesungsbegleiter eine einschlägige Fortbildung oder Schulung absolviert haben (Cramer et al. 2015).

In Deutschland ist die Genesungsbegleitung durch andere Betroffene ein vergleichsweise neues Konzept in der psychiatrischen Versorgung. Bislang setzt rund ein Viertel der psychiatrischen Einrichtungen Genesungsbegleiter in der Versorgung ein (**Abb. 41**). Im Mittel halten die Stichprobenkrankenhäuser 2,6 Genesungsbegleiter vor (Median = 2) vor.

Abb.  
**41**

*Gibt es in Ihrem Krankenhaus Genesungsbegleiter, also Menschen, die eine psychische Erkrankung hatten oder haben und psychisch Kranke bei ihrer Genesung unterstützen?*  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

# 6

## Digitalisierung in der Psychiatrie

Verglichen mit vielen anderen Industrieländern lief die Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland jahrelang nur sehr schleppend an.

Mit dem am 29. Oktober 2020 in Kraft getretenen Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) hat die Politik reagiert. Bund und Länder stellen seit Januar 2021 über den vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwalteten Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) insgesamt bis zu 4,3 Milliarden Euro bereit, um die Förderung notwendiger Investitionen in die Digitalisierung und IT-Sicherheit der deutschen Kliniken zu beschleunigen.

Erklärtes Ziel sind moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur, z. B. durch die Einrichtung von Patientenportalen, eine elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, ein digitales Medikationsmanagement, Maßnahmen zur IT-Sicherheit sowie sektorübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen.

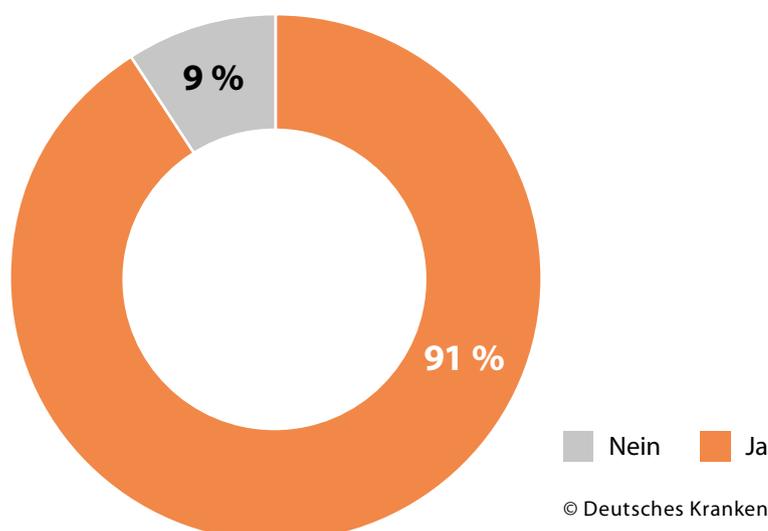
Im diesjährigen **Psychiatrie Barometer** wurde schwerpunktmäßig der Status quo der Digitalisierung in den psychiatrischen/psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern erfasst. Darüber hinaus wurden u. a. Herausforderungen bei bzw. Erfahrungen mit der Einrichtung und Nutzung neuartiger digitaler Dienste und Anwendungen untersucht.

### 6.1 Anmeldung von Förderbedarfen nach 14a Abs. 4 KHG

Mit dem KHZF werden den Krankenhausträgern starke Anreize geboten, in die Digitalisierung ihrer Kliniken zu investieren. Um die Mittel für Fördertatbestände nach §14a Abs. 4 KHG abrufen zu können, mussten die Krankenhäuser ihre Vorhaben bzw. Bedarfe beim zuständigen Bundesland anmelden. Die Bundesländer konnten daraufhin bis zur Frist 31. Dezember 2021 entsprechende Förderanträge beim BAS stellen.

Laut den Ergebnissen des PSYCHIATRIE Barometers 2021 war die Nachfrage nach den Fördermitteln des KHZF sehr hoch. Mit 91 % gab nahezu jede der teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen an, dem zuständigen Bundesland mindestens eine Bedarfsanmeldung für Fördertatbestände nach § 14a Abs. 4 KHG übermittelt zu haben (**Abb. 42**).

Abb. 42 *Psychiatrische/psychosomatische Einrichtungen mit mindestens einer **Bedarfsanmeldung** beim zuständigen Bundesland für **Fördertatbestände nach § 14a Abs. 4 KHG** (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

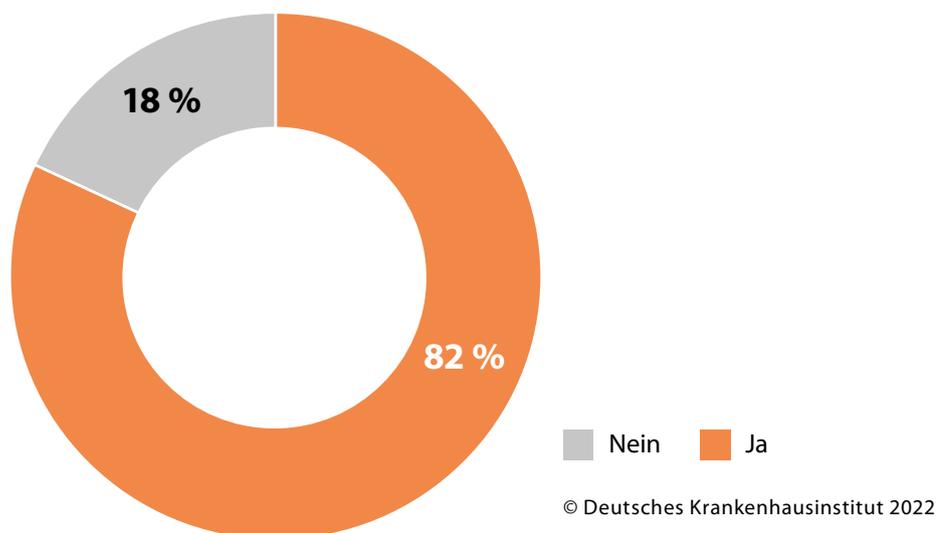
## 6.2 Anbindung an die Telematikinfrastuktur und Nutzung der elektronischen Patientenakte

Einer der Grundbausteine der Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt die Anbindung der Leistungserbringer an die Telematikinfrastuktur (TI) dar.

Die von der gematik betriebene TI ist die zentrale Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen, wie z. B. der elektronischen Patientenakte (ePA) oder dem elektronischen Rezept (E-Rezept).

Die Frist bis zu der sich die Krankenhäuser sanktionsfrei an die TI anschließen konnten, war der 31.12.2021. Zum Befragungszeitpunkt gab die überwiegende Mehrheit (82 %) der teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen an, die Frist zur Anbindung an die TI einzuhalten (**Abb. 43**).

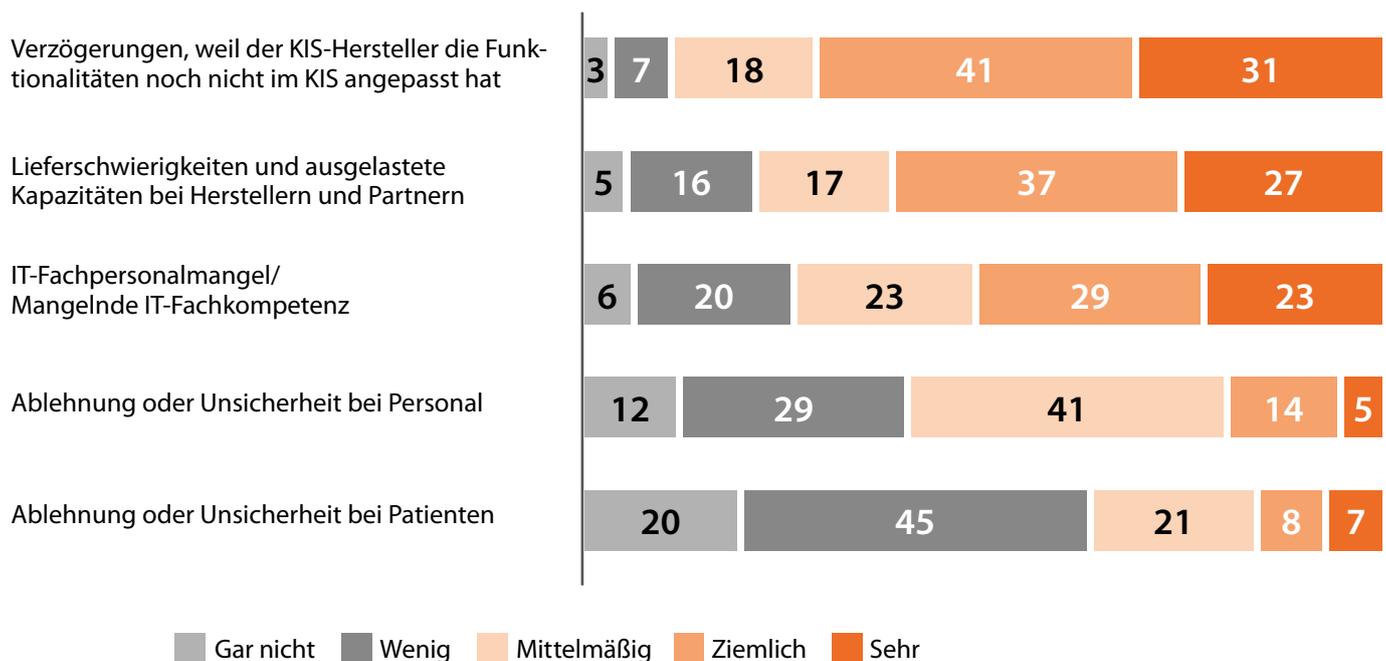
Abb. 43 *Ist Ihre Einrichtung an die Telematikinfrastuktur angebunden bzw. wird sie bis zum Ablauf der Frist am 31.12.2021 angebunden sein? (Krankenhäuser in %)*



**Schwierigkeiten** bei der Einrichtung oder Nutzung der Telematikinfrastruktur in den Psychiatrien gab es vor allem in Form von Verzögerungen, die durch noch nicht angepasste Funktionalitäten im KIS durch die KIS-Hersteller bedingt waren. 72 % der Häuser und Fachabteilungen waren mit diesem Problem ziemlich oder sehr konfrontiert (Abb. 44).

Zudem waren oder sind knapp zwei Drittel der Kliniken ziemlich oder sehr von Lieferengpässen und ausgelasteten Kapazitäten bei Herstellern und Partnern betroffen. Auch der IT-Fachpersonalmangel in den Kliniken war oder ist für knapp die Hälfte der teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen ein relevantes Problem.

Abb. 44 *Inwieweit sind oder waren Sie bei der **Einrichtung oder Nutzung der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen mit folgenden Schwierigkeiten konfrontiert?** (Krankenhäuser in %)*





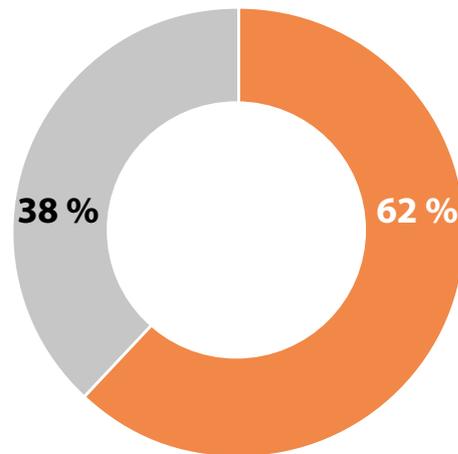
Eine der zentralen Funktionen, die den Krankenhäusern durch die Anbindung an die TI ermöglicht wird, ist die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA). Durch die Bündelung von Patientendaten an einem digitalen Ort sollen Informationsverluste, insbesondere entlang der Sektorengrenzen, verringert werden.

Zum Befragungszeitpunkt bestätigten weniger als die Hälfte (40 %) der teilnehmenden Psychiatrien, die ePA in ihrer Einrichtung bereits zu nutzen. Die dafür erforderlichen technischen Komponenten und Dienste lagen allerdings auch erst bei 62 % der Kliniken vor (**Abb. 45**).

Abb. 45 *Status quo: Elektronische Patientenakte*

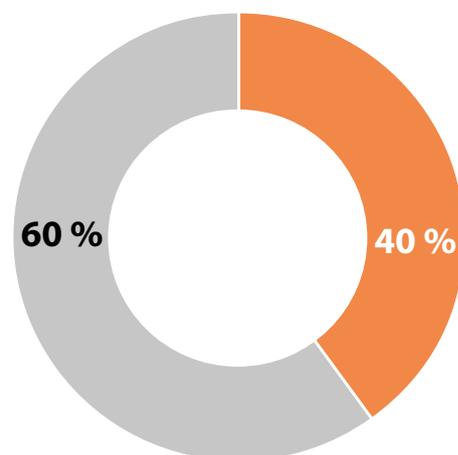
Hat Ihre Einrichtung die **erforderlichen Komponenten und Dienste** zur Nutzung der **elektronischen Patientenakte**?  
(Krankenhäuser in %)

■ Nein ■ Ja



Wird die **elektronische Patientenakte** bereits in Ihrer Einrichtung **genutzt**?  
(Krankenhäuser in %)

■ Nein ■ Ja



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

### 6.3 Digitalisierung der Patientenversorgung

Ein wesentliches Ziel der Digitalisierung im Krankenhauswesen ist die Verbesserung der unmittelbaren Patientenversorgung durch die Einrichtung von Systemen, die insbesondere das medizinische, therapeutische und pflegerische Personal bei alltäglichen Prozessen entlasten und unterstützen.

**Abb. 46** zeigt den Implementierungsstand zur Digitalisierung von Prozessen und Strukturen der Patientenversorgung in den Psychatrien.

59 % der teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen verfügten zum Befragungszeitpunkt über eine durchgehende, strukturierte elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen.

Ebenfalls mehrheitlich (54 %) werden krankenhausern bereits digitale Prozesse zur Anforderung von Leistungen genutzt.

Die Einrichtung eines durchgehenden digitalen Medikationsmanagements konnte zum Zeitpunkt der Umfrage etwa jede vierte psychiatrische/psychosomatische Klinik oder Fachabteilung vermelden.

Abb. 46 *Status quo: Digitale Prozesse und Strukturen in der Patientenversorgung*

Hat Ihre Einrichtung eine durchgehende, strukturierte elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 3 KHSFV? (Krankenhäuser in %)



Nutzt Ihre Einrichtung krankenhausern digitale Prozesse zur Anforderung von Leistungen im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 6 KHSFV? (Krankenhäuser in %)



Hat Ihre Einrichtung ein durchgehendes digitales Medikationsmanagement im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 5 KHSFV? (Krankenhäuser in %)



Nutzt Ihre Einrichtung teil- oder vollautomatische klinische Entscheidungsunterstützungssysteme im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 4 KHSFV? (Krankenhäuser in %)



Hat Ihre Einrichtung eine elektronische Software, die sich ausschließlich auf die Verordnung beschränkt - Elektronisches Verordnungssystem/CPOE (Computerized Physician Order Entry)? (Krankenhäuser in %)



Hat Ihre Einrichtung ein Patientenportal im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV? (Krankenhäuser in %)



■ Ja ■ Nein

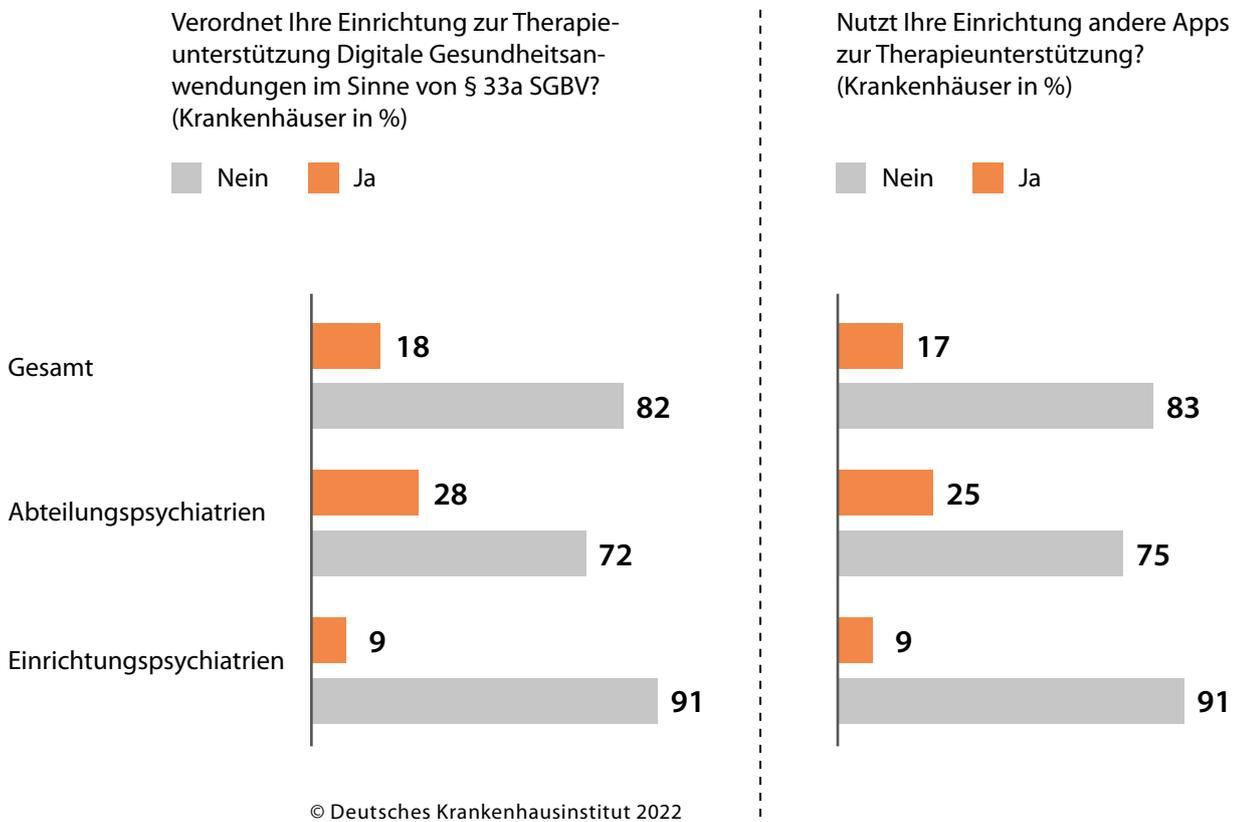
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Dagegen werden teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme bislang nur sehr selten genutzt (9 %).

Auch eine elektronische Verordnungssoftware oder ein Patientenportal zum digitalen Aufnahme- und Entlassmanagement haben die meisten der psychiatrischen/psychosomatischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern noch nicht eingerichtet.

Ferner wurde abgefragt, ob die psychiatrischen/psychosomatischen Häuser und Fachabteilungen bereits Digitale Gesundheitsanwendungen im Sinne von § 33a SGB V verordnen oder andere Apps zur Therapieunterstützung nutzen. Dies war zum Zeitpunkt der Befragung, insbesondere in den Einrichtungspsychiatrien, ganz überwiegend noch nicht der Fall (**Abb. 47**).

**Abb. 47** *Status quo: Digitale Gesundheitsanwendungen und andere Apps zur Therapieunterstützung*



## 6.4 Erfahrungen mit der Nutzung digitaler Dienste

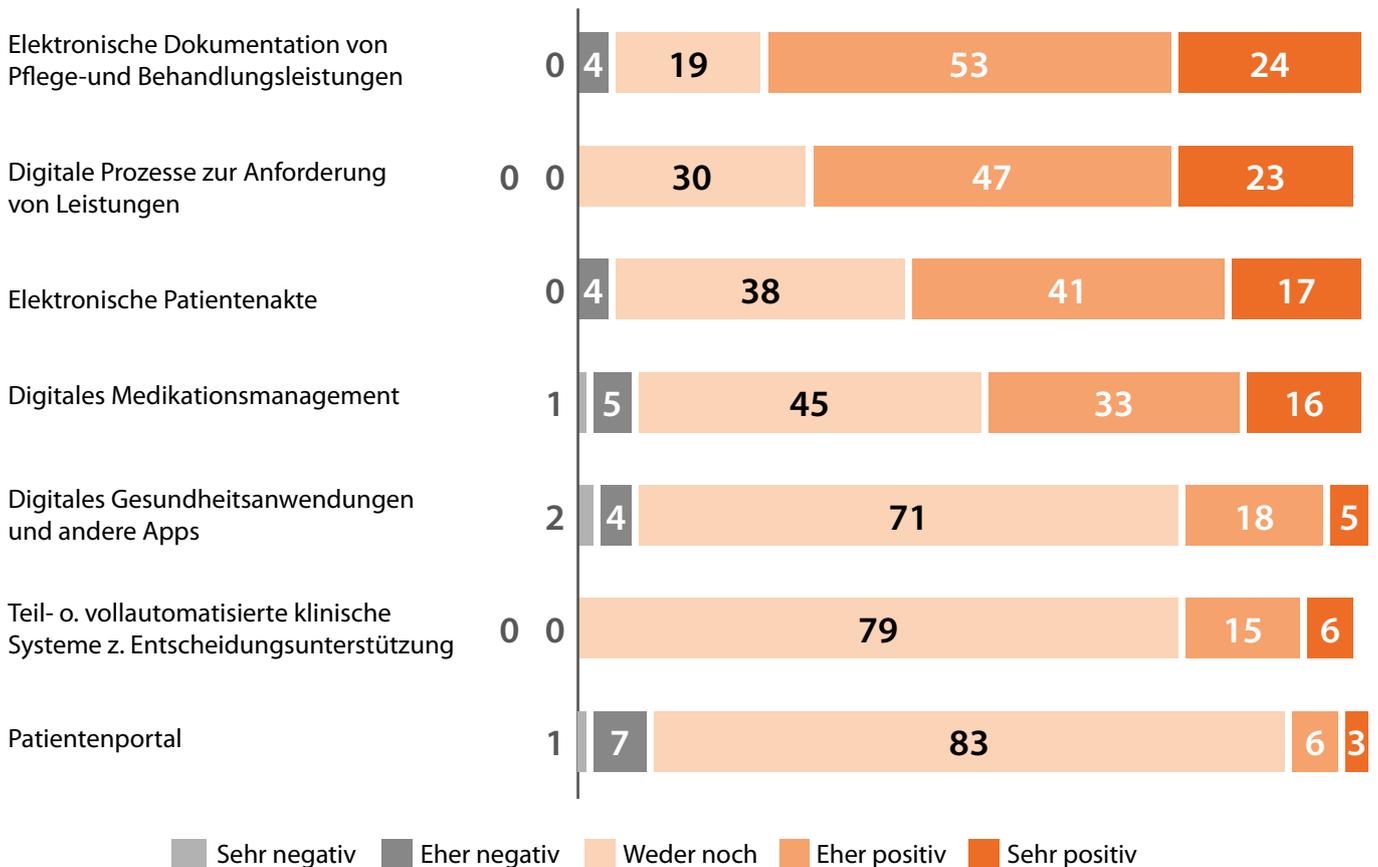
Darüber hinaus sollten die Psychiatrien ihre bisherigen Erfahrungen mit der Nutzung verschiedener digitaler Dienste einstufen (**Abb. 48**).

Anwendungen, die bereits mehrheitlich in den Kliniken genutzt werden, werden zumeist positiv wahrgenommen. Dazu zählen die elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen sowie digitale Prozesse zur Anforderung von Leistungen, mit denen 79 % bzw. 70 % der

Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien eher oder sehr positive Erfahrungen gemacht haben.

Auch die Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte und dem digitalen Medikationsmanagement fielen in der Tendenz bislang eindeutig positiv aus. Wie bereits erwähnt, waren diese beiden Anwendungen in den meisten Kliniken zum Zeitpunkt der Befragung jedoch noch nicht in Betrieb.

**Abb. 48** Falls zutreffend: Wie sind Ihre **bisherigen Erfahrungen** mit der **Nutzung** der folgenden **digitalen Dienste** insgesamt? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



## 6.5 Prozesse zur Verbesserung der Informationssicherheit

15 % der Fördermittel des KHZG müssen für die Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt werden.

Die Psychiatrien sollten einschätzen, inwiefern die in **Abb. 49** formulierten Aussagen zu Prozessabläufen im Bereich der Informationssicherheit für ihre Einrichtung zutreffend sind.

Knapp drei Viertel (74 %) der Befragungsteilnehmer stimmten ziemlich oder voll zu, dass die Gesamtverantwortung für die Informationssicherheit, deren Management und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Informationssicherheit bei der Einrichtungsleitung liegt. In Bezug auf die weiteren Aussagen gehen die Meinungen der Kliniken auseinander.

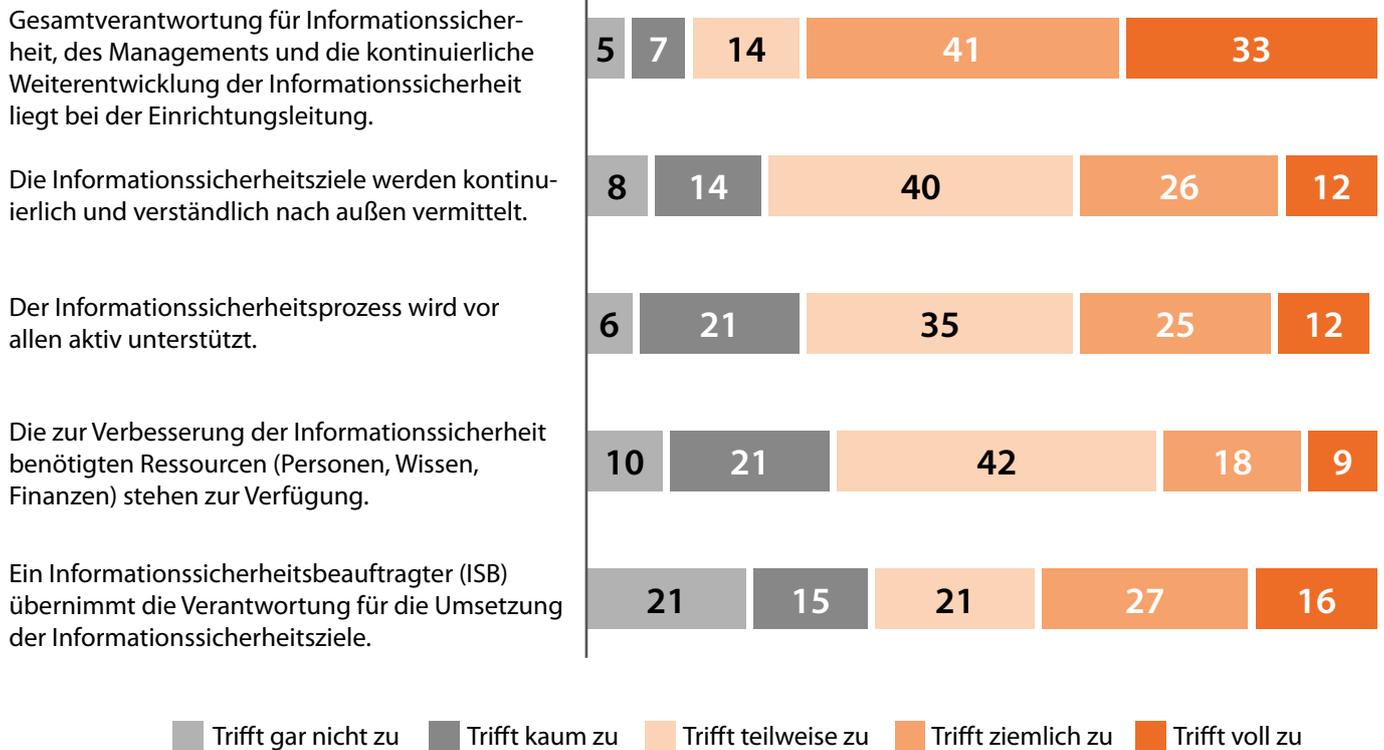
Die kontinuierliche und verständliche Kommunikation der Informationssicherheitsziele sowie die aktive Unterstützung der Informationssicherheitsprozesse von allen Beteiligten sind mehrheitlich umgesetzt.

Dagegen traf die Aussage, dass die zur Verbesserung der Informationssicherheit benötigten Ressourcen zur Verfügung stehen, auf die meisten Einrichtungen nur teilweise (42 %) und auf knapp jede Dritte (31 %) kaum oder gar nicht zu.

Ein uneinheitliches Bild zeichneten die psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken und Abteilungen bei der Verantwortung des Informationssicherheitsbeauftragten für die Umsetzung der Informationssicherheitsziele.

Abb.  
**49**

*Inwieweit treffen die jeweiligen Aussagen Ihrer Einschätzung nach bei Ihnen zu?  
(Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



## Literaturverzeichnis

Cramer, M., Hiller, S., Noltkämper, W., Reisch, L., Wagner, E. (2015): EX-IN in Bezirk Oberbayern – Endbericht zum Modellprojekt. München: Bezirk Oberbayern

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.v. (DGPPN, 02.12.2020). Stellungnahme zum IV. Dialogforum des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen des Bundesgesundheitsministeriums.

Online verfügbar unter:

[https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/90ba511dfd70a39b33866565023f5bd988b-5fe24/2020-12-02\\_STN%20DGPPN%20zum%20IV.%20Dialogforum%20FIN.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/90ba511dfd70a39b33866565023f5bd988b-5fe24/2020-12-02_STN%20DGPPN%20zum%20IV.%20Dialogforum%20FIN.pdf)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG, 2021). Regionale krankenzentrierte Versorgungsnetzwerke als zentrales Leitbild.

Positionspapier, online verfügbar unter:

<https://www.dkgev.de/dkg/positionen/>

