

Psychiatrie Barometer

Umfrage 2015 / 2016

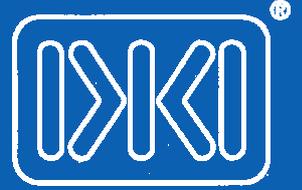
Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



PSYCHIATRIE BAROMETER 2015/2016

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

Düsseldorf, Januar 2017



Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
2	PATIENTENÜBERGRIFFE	4
2.1	ERFASSUNG VON PATIENTENÜBERGRIFFEN	5
2.2	ANZAHL DER PATIENTENÜBERGRIFFE UND BETROFFENE	6
2.3	URSACHEN FÜR PATIENTENÜBERGRIFFE.....	9
2.4	FOLGEN VON PATIENTENÜBERGRIFFEN.....	11
2.5	PRÄVENTION VON PATIENTENÜBERGRIFFEN.....	13
3	ARBEITSZEIT	16
3.1	MODELLE DER ARBEITSZEITORGANISATION.....	16
3.2	ARBEITSZEITFLEXIBILISIERUNG	19
3.3	BEREITSCHAFTS- UND RUFDIENSTE NACH BERUFSGRUPPEN	23
3.4	VERLÄNGERUNG DER TÄGLICHEN HÖCHSTARBEITSZEIT	25
4	VERTEILUNG VON AUFGABEN NACH BERUFSGRUPPEN	27
4.1	MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHER BEREICH.....	27
4.2	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHER BEREICH	34
4.3	ADMINISTRATION / ORGANISATION.....	36
4.4	GRÜNDE FÜR DIE ÜBERNAHME VON AUFGABEN.....	40
4.5	MAßNAHMEN ZUR ERMÖGLICHUNG NEUER AUFGABENVERTEILUNGEN	42
5	FORT- UND WEITERBILDUNGEN	44
5.1	INHALTE UND THEMEN	44
5.1.1	Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten	45
5.1.2	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen	51
5.1.3	Pflegekräfte	56
5.2	NUTZEN VON FORTBILDUNGEN	62
6	WIRTSCHAFTLICHE LAGE	65
6.1	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	65
6.2	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN.....	66
7	LITERATURVERZEICHNIS	67



1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht für das Jahr 2015 die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers vor, einem Informations- und Analysetool für die psychiatrische Versorgung in Deutschland.

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

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

Die Ergebnisse des PSYCHIATRIE Barometers 2015/16 beruhen auf einer Vollerhebung in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von Oktober 2015 bis Dezember 2015 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 123 Einrichtungen.

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

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



2 Patientenübergriffe

Gewalttätige Übergriffe von Patienten gegen Mitarbeiter von Institutionen des Gesundheitswesens sind kein unbekanntes Problem. Sie führen mitunter zu Arbeitsunfällen mit körperlichen und psychischen Folgeschäden für die Betroffenen. Neben unfallbedingten Ausfallzeiten der Mitarbeiter können daraus Folgeproblematiken entstehen, wie beispielsweise der Verlust der Motivation, sich mit schwierigen Patienten auseinanderzusetzen. (Richter und Berger 2001).

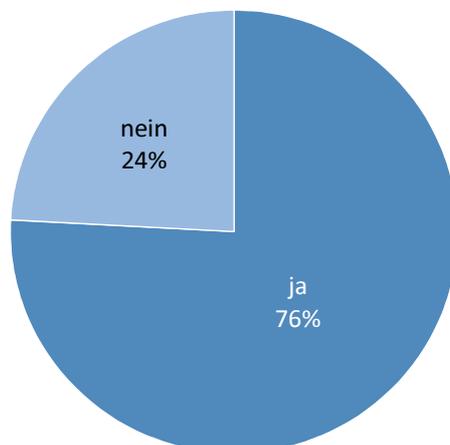
In vielen Einrichtungen haben sich daher mittlerweile Trainingsprogramme etabliert, mit deren Hilfe Mitarbeiter präventiv tätig werden sollen, um Gewalt zu verhindern oder zumindest zu mindern (Richter 2007).

Wenn es jedoch zu aggressiven Übergriffen kommt, leiden dabei die betroffenen Mitarbeiter in der Regel eher weniger unter schweren physischen Schäden (Richter und Berger 2001), sondern unter deren psychischen Folgen. Diesem Thema wurde bis dato aber in der Forschung kaum Aufmerksamkeit gewidmet. Es gibt bis heute nur wenige Studien, die sich überhaupt mit der psychischen Befindlichkeit von Mitarbeitern nach einem Übergriff befassen. Noch schwieriger wird die Datenlage bei Vorfällen in Deutschland und im Bereich des Gesundheitswesens (Richter 2007).

Im PSYCHIATRIE BAROMETER wurden daher die Erfassung, Ursachen, Folgeschäden, Nachsorge- sowie Präventionsmaßnahmen bei Patientenübergriffen auf Klinikpersonal in psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland erfragt. Dabei liegt der Fokus der Betrachtung ausschließlich auf den betroffenen Mitarbeitern der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen.

2.1 Erfassung von Patientenübergriffen

Werden in Ihrer Einrichtung Patientenübergriffe auf Klinikpersonal standardmäßig erfasst? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Standardmäßige Erfassung von Patientenübergriffen auf Klinikpersonal in psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen

Drei Viertel aller Befragungsteilnehmer aus psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen erfassen standardmäßig Übergriffe von Patienten auf Klinikpersonal (Abb. 1). Während 84 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser Patientenübergriffe auf Krankenhausmitarbeiter dokumentieren, erfassen zwei Drittel (67 %) der Abteilungspsychiatrien diese Vorkommnisse standardmäßig.

Gut die Hälfte der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen sammelt Daten zu Patientenübergriffen in einem speziell zu diesem Zweck entwickelten Meldesystem (Abb. 2). Jede dritte Einrichtung dokumentiert Tötlichkeiten durch Patienten anhand eines selbstentwickelten Fragebogens. Rund jede fünfte psychiatrische/psychosomatische Einrichtung sammelt Daten zu Patientenübergriffen nur über die Meldestatistik an ihre Unfallversicherer oder als Bestandteil des klinikinternen CIRS (Critical Incident Reporting System). Als sonstige Erfassung von Patientenübergriffen wurden eine schriftliche Dokumentation besonderer Vorkommnisse, eine Meldung spezieller Aggressionsereignisse (Krisenmeldebogen), das Festhalten der Ereignisse in Verbandbüchern sowie in der ärztlichen und pflegerischen (Verlaufs-)Dokumentation genannt.

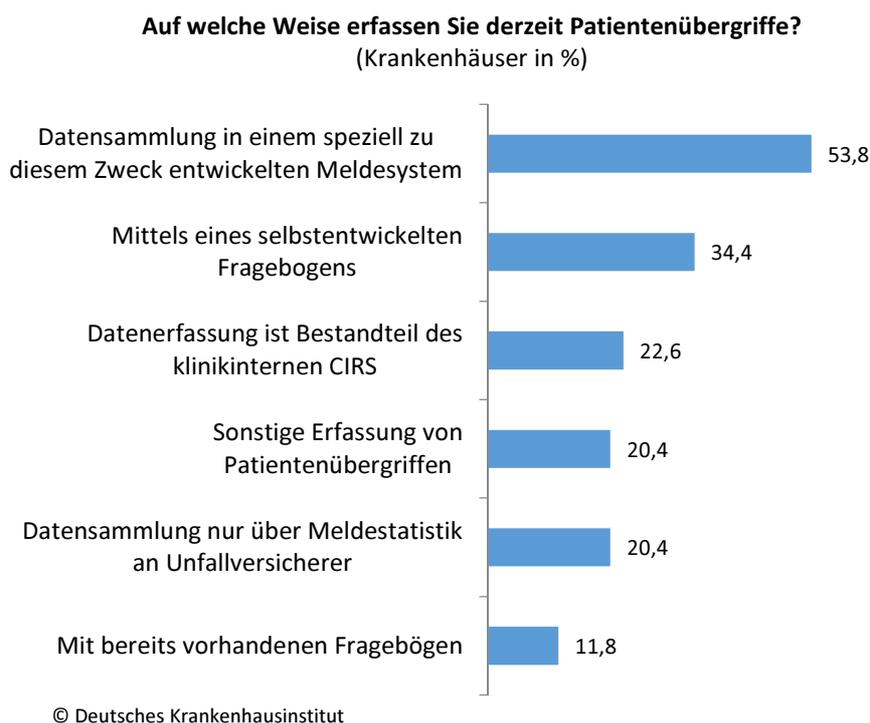


Abb. 2: Dokumentationsart für Patientenübergriffe

Dokumentationsunterschiede zeigten sich hier hinsichtlich der Krankenhausart: Während gut ein Drittel der Abteilungspsychiatrien (35 %) Daten zu Patientenübergriffen in einem speziell zu diesem Zweck entwickelten Meldesystem sammelt, dokumentieren auf diese Weise rund zwei Drittel (68 %) der psychiatrischen Fachkrankenhäuser. Die weitere Datensammlung erfolgt in 25 % der Abteilungspsychiatrien nur über die Meldestatistik an die Unfallversicherer (Einrichtungspychiatrien: 17 %), wohingegen fast jede dritte Einrichtungspychiatrie (30 %) die Datenerfassung als Bestandteil des klinikinternen CIRS durchführt (Abteilungspsychiatrien: 13 %).

2.2 Anzahl der Patientenübergriffe und Betroffene

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die deutschen Unfallkassen sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Unternehmen der deutschen Privatwirtschaft und deren Beschäftigten sowie für die Angestellten und Unternehmen des öffentlichen Dienstes. Beschäftigte, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, werden durch diese Organisationen medizinisch, beruflich und sozial rehabilitiert. Im PSYCHIATRIE



Barometer wurden die teilnehmenden Einrichtungen gefragt, wie viele Unfälle durch Übergriffe stationär behandelter Patienten sie im Jahr 2014 den Berufsgenossenschaften bzw. der Unfallkasse gemeldet haben.

Tab. 1: Anzahl Unfallmeldungen durch Übergriffe von Patienten

BG-Fälle / Unfallkasse in 2014	
Median	2,0
Mittelwert	6,4
25 % Perzentil	0,0
75 % Perzentil	7,5

Die Hälfte der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen haben im Jahr 2014 bis zu zwei Unfälle (Median: 2,0) an ihre Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse aufgrund von Patientenübergriffen gemeldet (Mittelwert: 6,4 Unfallmeldungen) (Tab. 1). Während der Median der Unfallmeldungen in den Abteilungspsychiatrien ebenfalls bei zwei Vorfällen lag (Mittelwert: 4,3), verzeichneten die psychiatrischen Fachkrankenhäuser einen kaum höheren Wert (Median: 3,0 Unfallmeldungen), jedoch bei deutlich höherer Varianz der Werte, welche durch vermehrte Extremwerte verursacht wurde (Mittelwert: 8,3).

Hauptsächlich waren im Jahr 2014 von Unfallmeldungen aufgrund von Patientenübergriffen Mitarbeiter im Pflegedienst betroffen (Median: 2,0). Selten wurden Meldungen für Mitarbeiter im Ärztlichen Dienst / ärztliche Psychotherapeuten (Mittelwert: 0,3) oder sonstige Therapeuten und Mitarbeiter (Mittelwert: 0,2) gemacht (Tab. 2).

Tab. 2: Gemittelte Unfallmeldungen von Übergriffen durch Patienten je betroffener Berufsgruppe

	Mitarbeiter im ÄD/ ärztl. Psychotherapeuten	Mitarbeiter im Pflegedienst	Psychol. Psychotherapeuten/ Psychologen	Sonstige Therapeuten und Mitarbeiter
Median	0,0	2,0	0,0	0,0
Mittelwert	0,3	4,8	0,1	0,2



Erfahrungsgemäß bieten Unfallmeldungen keine zuverlässigen Daten über die wahre Inzidenz von Übergriffen. Deswegen gibt es im Zusammenhang mit Patientenübergriffen eine erhebliche Dunkelziffer, deren Schätzwerte jedoch deutlich schwanken (Richter und Berger 2001). Aus diesem Grund wurden die teilnehmenden Einrichtungen gefragt, wie viele weitere dokumentierte Übergriffe ohne BG-Meldung bzw. Meldung an die Unfallkasse es in ihrem Haus im Jahr 2014 durch stationär behandelte Patienten gab. Eine potenzielle Dunkelziffer kann aber auch in diesem Fall aufgrund von möglicher Untererfassung nicht ausgeschlossen werden.

Insgesamt lag der Median in den psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen bei 30,0 Angriffen ohne körperliche Verletzungen wie beispielsweise verbale Gewalt, Bedrohungen oder Anspucken von Mitarbeitern durch stationär behandelte Patienten im Jahr 2014 (Mittelwert: 149,7 Übergriffe) (Tab. 3).

Tab. 3: Anzahl von Übergriffen durch Patienten ohne Unfallmeldungen

Übergriffe ohne Meldung in 2014	
Median	30,0
Mittelwert	149,7
25 % Perzentil	6,5
75 % Perzentil	88,8

Die Abteilungspsychiatrien lagen dabei mit 25,0 Vorfällen etwas unter dem allgemeinen Median im Jahr 2014, während die psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit einem Median von 33,0 knapp darüber lagen. Aufgrund der größeren Anzahl an Extremwerten, wiesen jedoch die Abteilungspsychiatrien mit 200,0 Übergriffen einen deutlich höheren Mittelwert auf als die Einrichtungspsychiatrien mit durchschnittlich 108,0 Vorfällen im Jahr 2014.

Schwerpunktmäßig waren im Jahr 2014 die Mitarbeiter im Pflegedienst von Übergriffen durch Patienten ohne Unfallmeldungen betroffen (Median: 22,0). Selten wurden Vorfälle wie beispielsweise verbale Gewalt, Bedrohungen oder Anspucken durch stationär behandelte Patienten für Mitarbeiter im Ärztlichen Dienst / ärztliche Psychotherapeuten (Median: 3,0) dokumentiert (Tab. 4).



Tab. 4: Gemittelte Anzahl von Übergriffen durch Patienten ohne Unfallmeldungen je betroffener Berufsgruppe

	Mitarbeiter im ÄD/ ärztl. Psycho- therapeuten	Mitarbeiter im Pflegedienst	Psychol. Psychothera- peuten/ Psychologen	Sonstige Therapeuten und Mit- arbeiter
Median	3,0	22,0	0,0	0,0
Mittelwert	16,9	117,5	5,1	5,1

2.3 Ursachen für Patientenübergriffe

Gefragt nach den üblicherweise erkennbaren Ursachen für Patientenübergriffe gegenüber Klinikmitarbeitern, nannte die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen die spezielle Patientengruppe (Abb. 3): 89 % der Einrichtungen hielten ein gehäuftes Auftreten von Patienten mit Störungen wie z.B. Schizophrenie und Demenz oder auch geistigen Behinderungen für eine Ursache für aggressive Übergriffe. Die Hälfte der befragten Einrichtungen gab zudem noch ein hohes Patientenaufkommen auf den Stationen, Medikamentenverweigerung durch die Patienten sowie Konflikte mit den Mitpatienten als Grund für Patientenübergriffe an. Keine erkennbaren Ursachen für aggressive Vorfälle mit Patienten scheinen dagegen der Anteil an Klinikmitarbeitern mit geringer Berufserfahrung sowie der Fortbildungsstand der Mitarbeiter im Bereich Deeskalation/Aggression zu sein. Als vereinzelt auftretende „sonstige Ursachen“ wurden Sprachbarrieren, Doppeldiagnosen, bauliche/örtliche Gegebenheiten sowie die Verlegung von Ordnungsfunktionen in die Psychiatrie, wie z.B. bei häuslicher Gewalt, genannt.

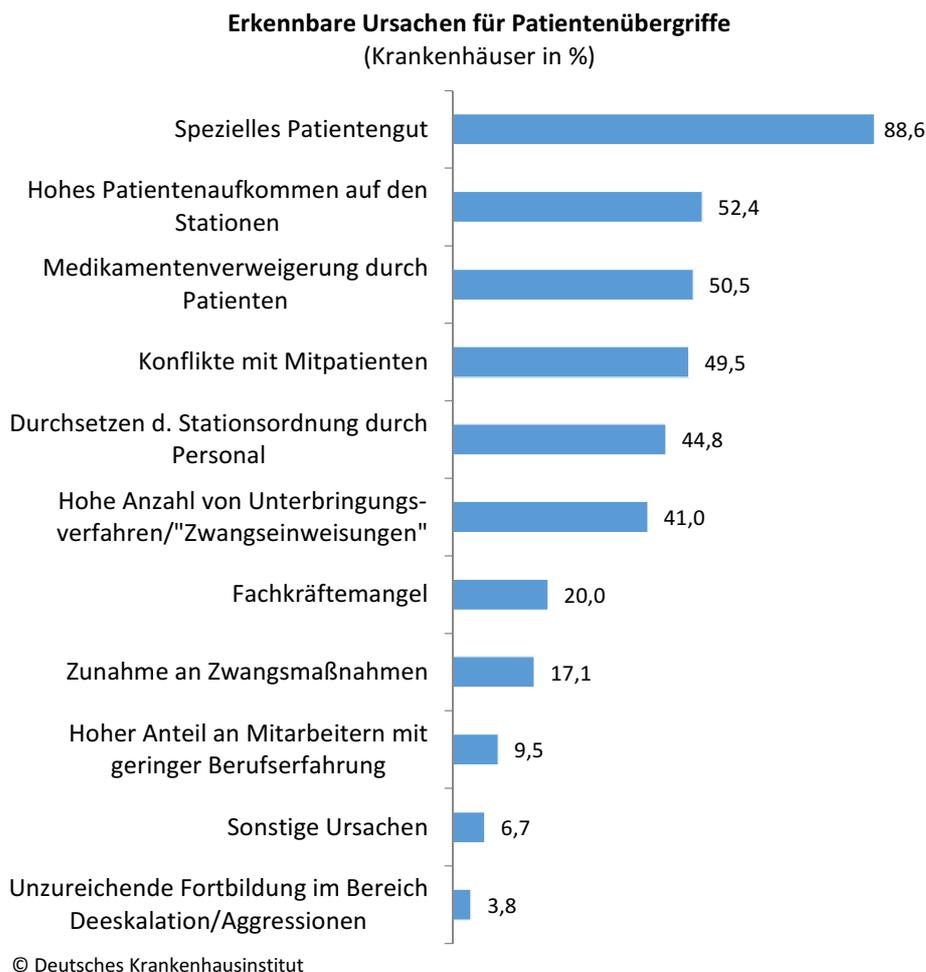


Abb. 3: Erkennbare Ursachen für Patientenübergriffe

Leichte Unterschiede in der Wahrnehmung der Ursachen für Patientenübergriffe lassen sich in den unterschiedlichen Krankenhausarten feststellen: Während 62 % der Abteilungspsychiatrien ein hohes Patientenaufkommen auf den Stationen als Grund angaben, hielten das 44 % der Einrichtungspsychiatrien für ursächlich. Im Gegenzug dazu nannte ein Drittel der Abteilungspsychiatrien eine hohe Anzahl von Unterbringungsverfahren/"Zwangseinweisungen" als Ursache für aggressive Übergriffe. Die Vergleichszahl in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern lag bei 47 %. Ebenso hat gut die Hälfte der Einrichtungspsychiatrien (55 %) Konflikte mit Mitpatienten als Grund für solche Vorfälle genannt (Abteilungspsychiatrien: 44 %).

2.4 Folgen von Patientenübergriffen

Als Folgen von Patientenübergriffen berichteten 23 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen häufig und 65 % gelegentlich geringe physische Schäden wie beispielsweise Kratzwunden, Hämatome oder Bisswunden bei Mitarbeitern (Abb. 4). Hier liegt eine etwas höhere Belastung von Mitarbeitern in psychiatrischen Fachkrankenhäusern vor: Geringe physische Schäden wurden von Einrichtungspsychiatrien in 28 % häufig und 58 % gelegentlich berichtet, während Abteilungspsychiatrien in 17 % häufig und 72 % gelegentlich angaben.

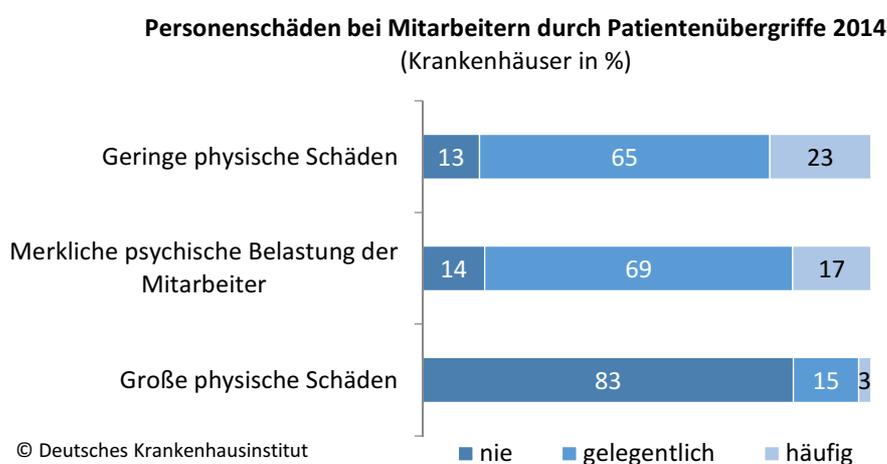


Abb. 4: Personenschäden bei Mitarbeitern durch Patientenübergriffe in 2014

Große physische Schäden wie z.B. Knochenbrüche oder eine Bewusstlosigkeit kamen in 83 % der Einrichtungen nie vor. Eine merkliche psychische Belastung ihrer Mitarbeiter infolge von Patientenübergriffen berichteten 17 % der Kliniken häufig und 69 % gelegentlich festzustellen.

Als weitere Folgen von aggressiven Übergriffen durch Patienten haben 69 % der Einrichtungen gelegentlich und 9 % häufig eine ärztliche Behandlung der betroffenen Mitarbeiter verzeichnet (Abb. 5). Eine therapeutische Behandlung der Betroffenen gaben dagegen 48 % der Kliniken gelegentlich (Einrichtungspsychiatrien: 57 %; Abteilungspsychiatrien: 39 %) und 2 % häufig an. Arbeitsunfähigkeit als Folge des Übergriffs bei betroffenen Mitarbeitern gaben 62 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen gelegentlich (Einrichtungspsychiatrien: 68 %; Abteilungspsychiatrien: 55 %) und 5 % häufig an.

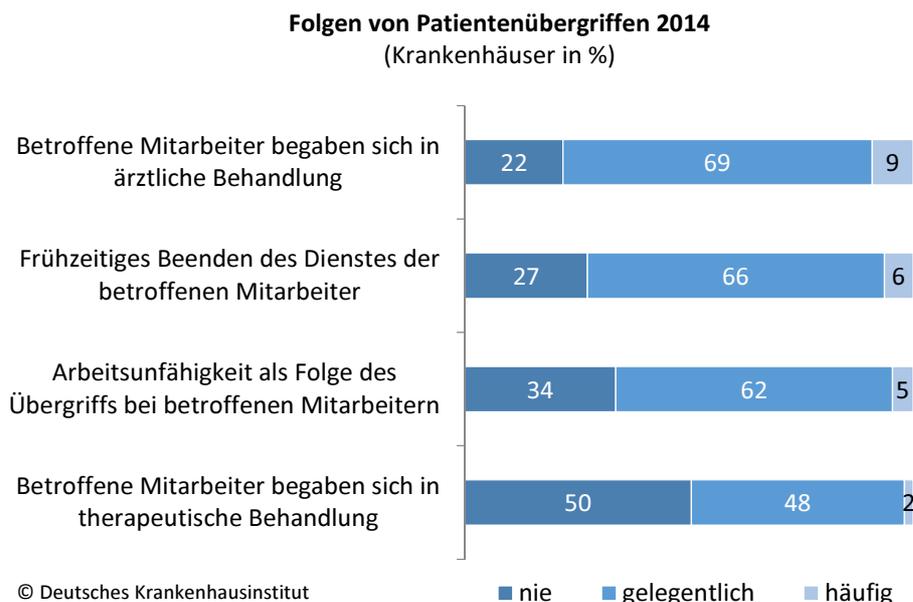


Abb. 5: Folgen von Patientenübergriffen in 2014

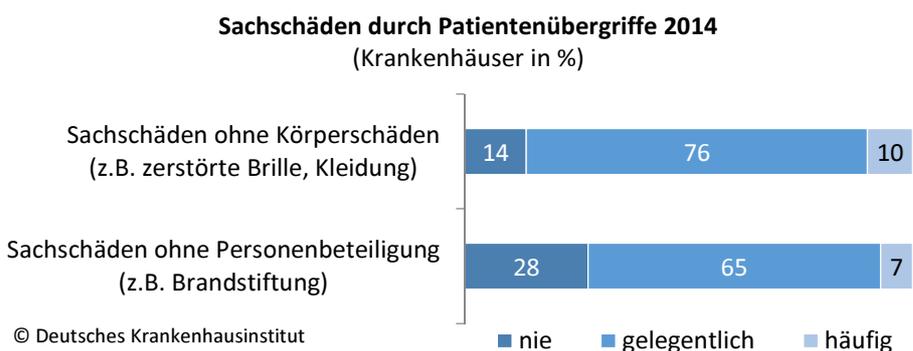


Abb. 6: Sachschäden durch Patientenübergriffe in 2014

Sachschäden ohne Körperschäden, wie beispielsweise eine zerstörte Brille oder zerstörte Kleidung, traten etwas häufiger auf (gelegentlich: 76 %) als reine Sachschäden ohne Personenbeteiligung, z.B. Brandstiftung oder zerstörtes Mobiliar (gelegentlich 65 %) (Abb. 6). Dabei kamen Sachschäden ohne Personenbeteiligung etwas häufiger in Einrichtungspsychiatrien (gelegentlich: 74 %) als in Abteilungspsychiatrien (gelegentlich: 56 %) vor.

Als sonstige Folgen von Patientenübergriffen gegenüber Klinikmitarbeitern wurden Mitarbeiterunzufriedenheit, die Versetzung von betroffenen Mitarbeitern auf deren Wunsch hin sowie die Einrichtung eines Nachsorgeteams genannt.

2.5 Prävention von Patientenübergriffen

Zum Umgang mit und zur Prävention von Patientenübergriffen gegenüber Mitarbeitern setzten die psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken auf eine Kombination von unterschiedlichen Schulungsmaßnahmen (Abb. 7). Rund 60 % der Einrichtungen führen obligatorische Deeskalationstrainings für alle Mitarbeiter und Seminare zum professionellen Umgang mit Gewalt/Aggression für ausgesuchte Mitarbeiter durch. Jede zweite Einrichtung trainiert zudem obligatorisch alle Mitarbeiter oder ausgesuchte Mitarbeiter zur Ausführung von Zwangsmaßnahmen.

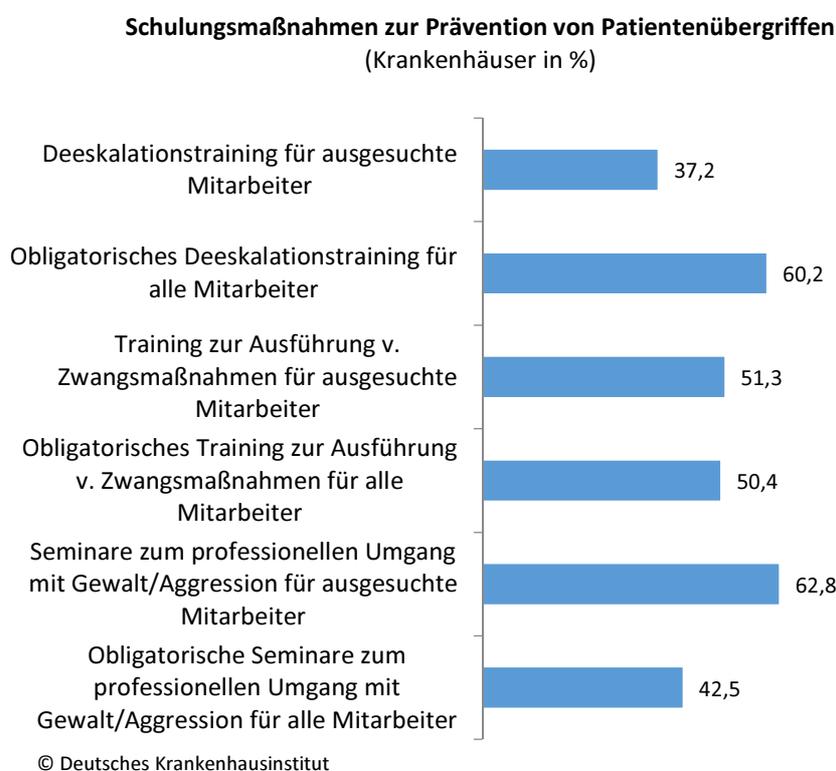
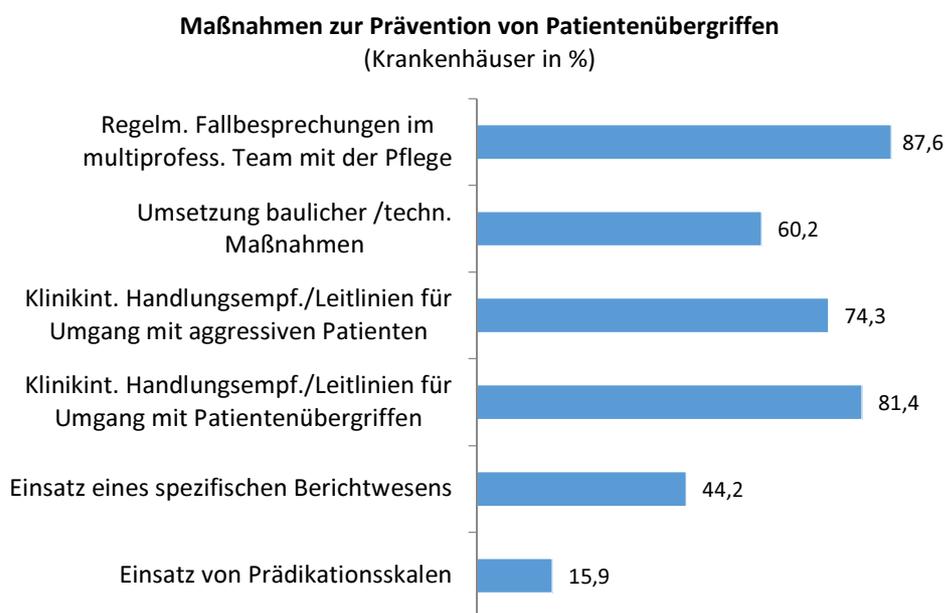


Abb. 7: Schulungsmaßnahmen zur Prävention von Patientenübergriffen

Als weitere Präventionsmaßnahme werden in 88 % der Einrichtungen regelmäßige Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der Pflege durchgeführt (Abb. 8). Die Mehrheit der Kliniken (74 % bzw. 81 %) hat interne Handlungsempfehlungen/Leitlinien für den Umgang mit gespannten, aggressiven Patienten sowie für Übergriffe durch Patienten aufgestellt. Ferner haben 60 % der Einrichtungen bauliche und technische Veränderungen vorgenommen, wie beispielsweise die Beleuchtung dunkler Flure.

Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser setzten bei präventiven Maßnahmen etwas häufiger organisatorische Vorgaben ein als die Abteilungspsychiatrien: So liegen klinikinterne Handlungsempfehlungen/Leitlinien für den Umgang mit gespannten, aggressiven Patienten in 82 % der Einrichtungspsychiatrien (65 % Abteilungspsychiatrien) und für den Umgang mit Patientenübergriffen in 87 % der psychiatrischen Fachkliniken (75 % Abteilungspsychiatrien) vor. Ebenso konnten 71 % der Einrichtungspsychiatrien (48 % Abteilungspsychiatrien) bauliche und technische Maßnahmen zur Prävention von Übergriffen umsetzen



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Maßnahmen zur Prävention von Patientenübergriffen

Sind Mitarbeiter bereits von Patientenübergriffen betroffen, gibt es weitreichende Unterstützung aus den Kliniken (Abb. 9). So bieten 72 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen (Einrichtungspsychiatrien: 77 %; Abteilungspsychiatrien: 65 %) Betroffenen Nachsorge- und Hilfsangebote, wie beispielsweise eine Erstintervention durch Kollegen, an. Auch eine psychologische Unterstützung von Mitarbeitern mit psychischen Belastungen infolge von aggressiven Übergriffen wird von 62 % der Kliniken geboten (Einrichtungspsychiatrien: 75 %; Abteilungspsychiatrien: 46 %).

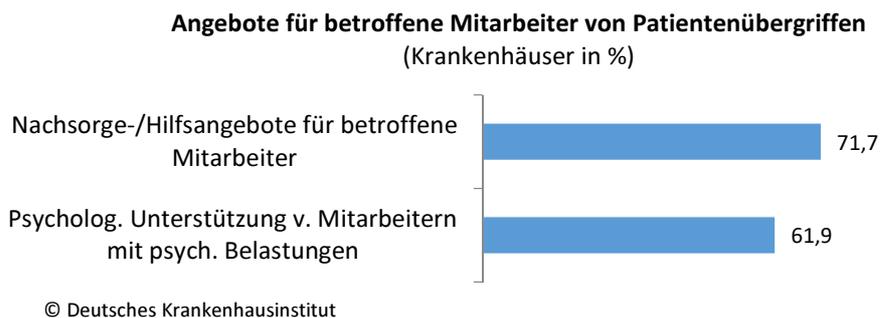


Abb. 9: Angebote für betroffene Mitarbeiter von Patientenübergriffen

Als weitere Maßnahmen zum Umgang mit und zur Prävention von Patientenübergriffen gegenüber Mitarbeitern wurden das Einrichten von Alarm- bzw. Notfallsystemen und die Verwendung von „Notfall-Pagern“ genannt. Andere Kliniken haben einen zusätzlichen Wachdienst in der Nacht oder eine Videoüberwachung gefährdeter Bereiche eingesetzt.



3 Arbeitszeit

3.1 Modelle der Arbeitszeitorganisation

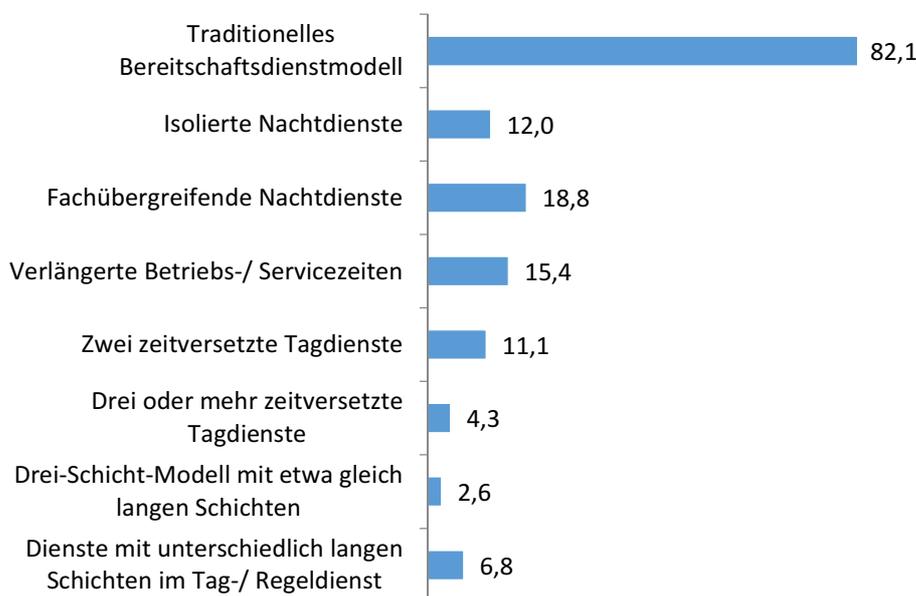
Während vor allem im Kontext der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes im Jahr 2004 die Arbeitszeitorganisation in den Allgemeinkrankenhäusern bzw. in somatischen Einrichtungen umfassend und wiederholt untersucht worden ist (vgl. Blum et al. 2004, Deutsches Krankenhausinstitut, 2004, 2005, 2007, 2013), liegen entsprechende Informationen für die Psychiatrie bislang kaum vor. Vor diesem Hintergrund wird im diesjährigen PSYCHIATRIE BAROMETER erstmalig untersucht, wie die Arbeitszeiten in den psychiatrischen Einrichtungen organisiert sind.

So wurde der Verbreitungsgrad alternativer Arbeitszeitmodelle erhoben. Konkret sollten die Befragten angeben, welche Ansätze bzw. Modelle der Arbeitszeitorganisation im stationären Bereich ihrer psychiatrischen Einrichtung bei verschiedenen Berufsgruppen *standardmäßig* zum Einsatz kommen. Abb. 10 zeigt die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst (Mehrfachnennungen waren möglich).

Danach ist im Ärztlichen Dienst der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen eindeutig das traditionelle Bereitschaftsdienstmodell das vorherrschende Arbeitszeitmodell. Vier von fünf Einrichtungen (82 %) gaben an, dass es bei ihnen standardmäßig zum Einsatz kommt. Dieses Modell sieht zwei Dienste vor: einen Tag-, Normal- oder Regeldienst von ca. 8 Stunden und im Anschluss daran einen Bereitschaftsdienst von bis zu 16 Stunden (Blum et al., 2004, Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, 2003).

Isolierte Nachtdienste (also ohne Regeldienst vor oder nach dem Nachtdienst) führten 12 % der Einrichtungen für den Ärztlichen Dienst an. Fachübergreifende Nachtdienste, d.h. ein diensthabender Arzt versorgt (mindestens) zwei Fachabteilungen, gibt es in 19 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen.

Standardmäßige Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst

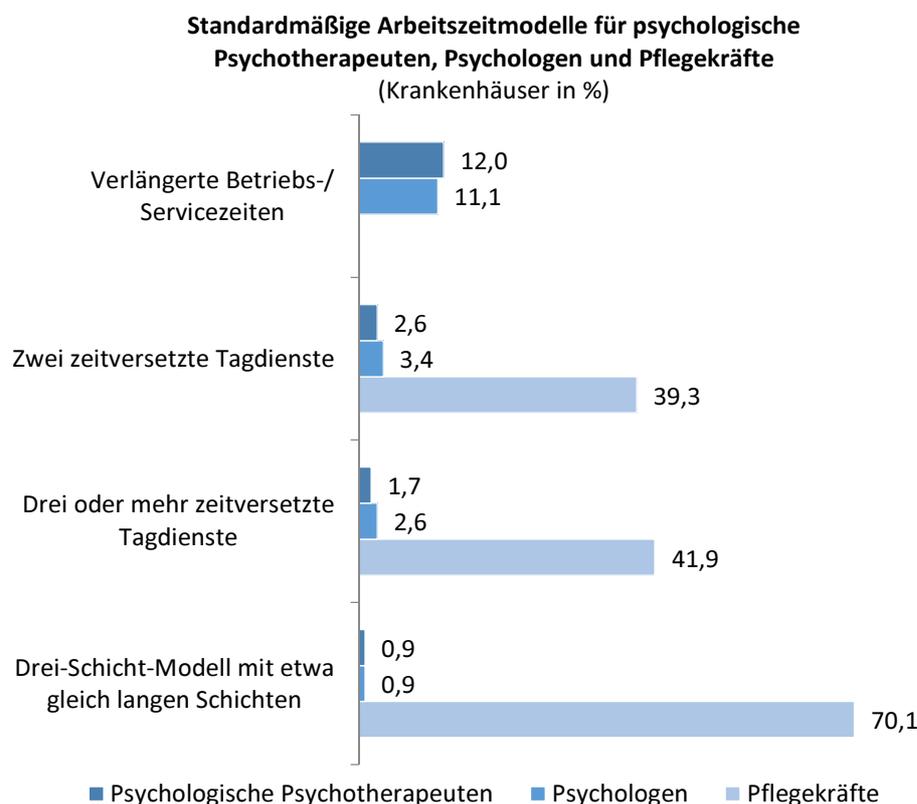
Infolge der Dominanz des traditionellen Bereitschaftsdienstmodells sind verlängerte Service- oder Betriebszeiten in den psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen bislang noch wenig verbreitet. Im Unterschied zum traditionellen Bereitschaftsdienstmodell bedeutet dies Vollarbeit in den späten Nachmittagsstunden bzw. in den Abendstunden. Verlängerte Servicezeiten in diesem Sinne führten nur 15 % der befragten Einrichtungen an.

Verlängerte Servicezeiten werden insbesondere über zwei zeitversetzte Tagdienste erreicht (11 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen), seltener über drei oder mehr zeitversetzte Tagdienste (4 %) oder ein klassisches Drei-Schicht-Modell (3 %). Auch Dienste mit unterschiedlich langen Schichten im Tagdienst sind im Ärztlichen Dienst der Psychiatrien wenig verbreitet (7 %).

Im Unterschied zu den Ärzten leisten psychologische Psychotherapeuten und Psychologen relativ selten Nachtdienste. In lediglich 9 % der befragten Einrichtungen kommt das traditionelle Bereitschaftsdienstmodell bei psychologischen

Psychotherapeuten und in 4 % bei Psychologen zum Einsatz. Isolierte Nachtdienste führte kein Stichprobenkrankenhaus für diese Berufsgruppen an. Bei den Pflegekräften ist das Drei-Schicht-Modell mit isolierten Nachtdiensten hingegen das vorherrschende Arbeitszeitmodell (Ergebnisse nicht dargestellt).

Über die Arbeitszeitorganisation der Tagdienste in den drei genannten Berufsgruppen informiert Abb. 11. Ähnlich wie bei den Ärzten sind auch bei den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen verlängerte Servicezeiten wenig verbreitet. Nur in jeweils gut 10 % aller psychiatrischen Einrichtungen kommen sie hier standardmäßig über verschiedene Varianten zeitversetzter Dienste zur Anwendung. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein Regeldienst bis zum Nachmittag das Standardmodell der Arbeitszeitorganisation in diesen beiden Berufsgruppen bildet.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Arbeitszeitmodelle bei anderen Berufsgruppen



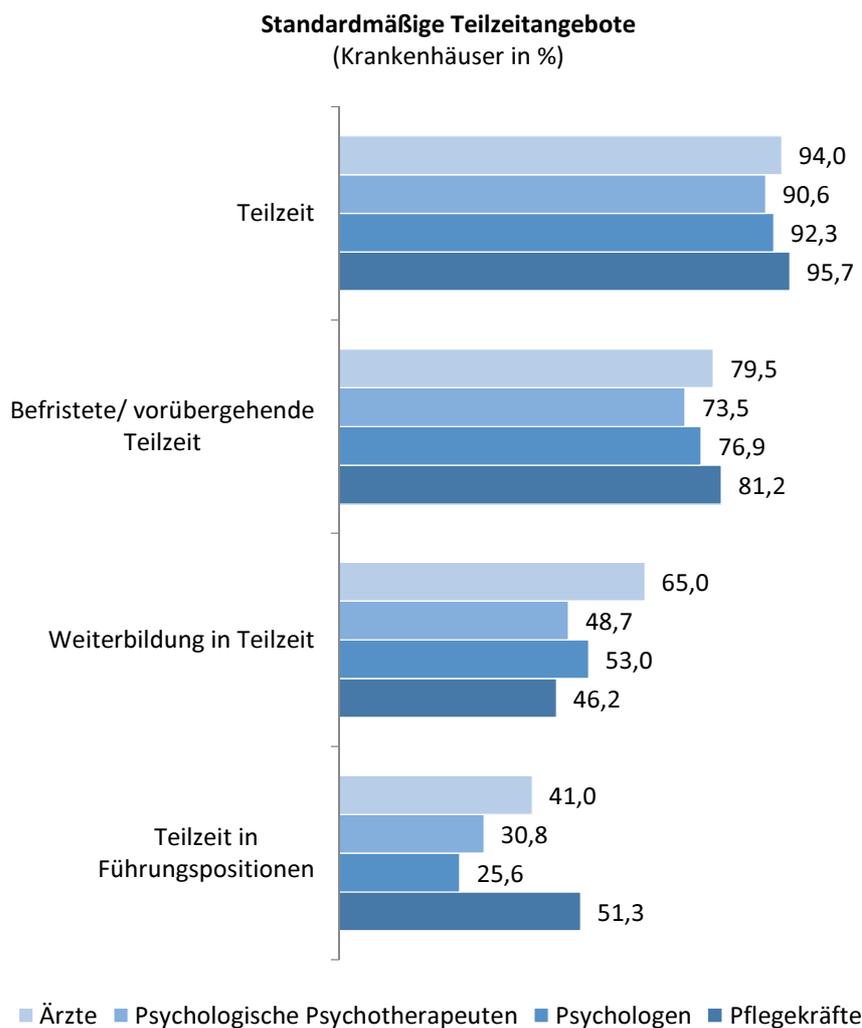
Anders verhält es sich im Pflegedienst. Neben dem dominierenden Dreischicht-Modell (Früh-, Spät-, Nachtdienst), das in 70 % der Einrichtungen standardmäßig angewendet wird, kommen – teilweise parallel dazu – auch zeitversetzte Dienste bzw. Dienste mit unterschiedlich langen Schichten regelmäßig, d. h. in jeweils rund 40 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen zum Einsatz.

3.2 Arbeitszeitflexibilisierung

Arbeitszeitflexibilisierung ist ein zentrales Instrument einer modernen Arbeitszeitorganisation. Flexible Arbeitszeiten erlauben es, die Präsenz im Betrieb gleichermaßen den individuellen Präferenzen der Mitarbeiter wie den Anforderungen des Unternehmens anzupassen. Allerdings sind in einem Dienstleistungsunternehmen mit 24-Stunden-Patientenbetreuung einer Flexibilisierung von Arbeitszeiten Grenzen gesetzt. Bei entsprechender Planung und Organisation ist eine weitreichende Flexibilisierung von Arbeitszeiten gleichwohl auch im Krankenhaus möglich. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer im PSYCHIatrie Barometer angeben, welche Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung sie *standardmäßig* für verschiedene Berufsgruppen anbieten.

Vor allem Teilzeitangebote kommen nahezu flächendeckend zum Einsatz (Abb. 12). Berufsgruppenübergreifend bieten mehr als 90 % der Häuser Teilzeitarbeitsplätze standardmäßig an. Darüber hinaus besteht in jeweils rund drei Viertel der Einrichtungen die Möglichkeit zu einer befristeten oder vorübergehenden Teilzeit. Diese Möglichkeit erleichtert den Verbleib oder Wiedereinstieg in den Beruf bei bestimmten Konstellationen (z.B. Kindererziehung, Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, Studium etc.).

Derzeit offerieren etwa zwei Drittel der Einrichtungen im Ärztlichen Dienst und jeweils rund die Hälfte in den übrigen Berufsgruppen standardmäßig die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit. Diese Option ist nicht nur, aber vor allem für die jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von besonderer Bedeutung, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Die Möglichkeit von Teilzeitarbeit in Führungspositionen wird vor allem in der Pflege angeboten (51 % der Häuser), während die Werte für die übrigen Berufsgruppen unterproportional ausfallen.



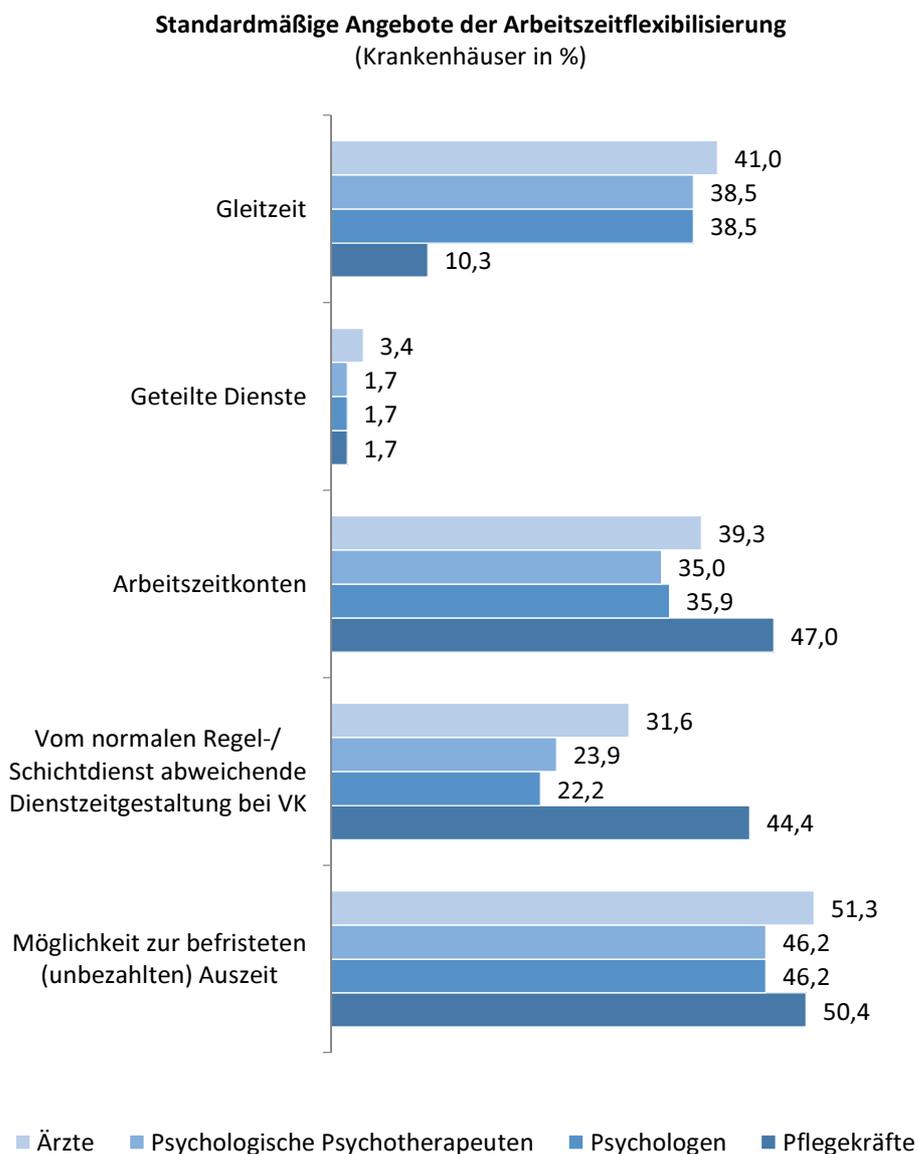
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Teilzeitangebote

Umgekehrt verhält es sich bei Arbeitszeitflexibilisierungen (Abb. 13) in Form von Gleitzeitmodellen. Dabei können die Mitarbeiter innerhalb bestimmter Zeitspannen (Rahmenzeit) über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit selbst entscheiden. Eine Mindestbesetzung bzw. eine Kernarbeitszeit mit Präsenz sollten definiert sein. Die übrige Arbeitszeit richtet sich nach dem jeweiligen Arbeitsanfall bzw. dem Bedarf.

Von den befragten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen bieten 10 % Gleitzeitmodelle im Pflegedienst an. In den übrigen Berufsgruppen sind es jeweils rund 40 %. Wegen der besseren Planbarkeit und des geringeren

Koordinationsaufwandes wird zur Flexibilisierung der individuellen Tagesarbeitszeit in der Pflege eher eine vom normalen Regel-/Schichtdienst abweichende Dienstzeitgestaltung bei Vollkräften präferiert, z. B. in Form eines späteren Dienstbeginns (44 %).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Angebote zur Arbeitszeitflexibilisierung

Arbeitszeitkonten ermöglichen die Bildung von in der Regel größeren Zeitguthaben bzw. Zeitschulden, die zu einem anderen Zeitpunkt ausgeglichen werden. Fast jedes zweite Haus sieht standardmäßig Arbeitszeitkonten für die Pflege vor, während es in den übrigen Berufsgruppen jeweils weniger als 40 % sind.

In etwa jeder zweiten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung besteht berufsgruppenübergreifend die Möglichkeit zu einer befristeten (unbezahlten) Auszeit (Sabbatical o. ä.). Wenig verbreitet sind dagegen geteilte Dienste, bei denen die tägliche Arbeitszeit durch in der Regel längere Pausen (von bis zu mehrere Stunden) unterbrochen ist.

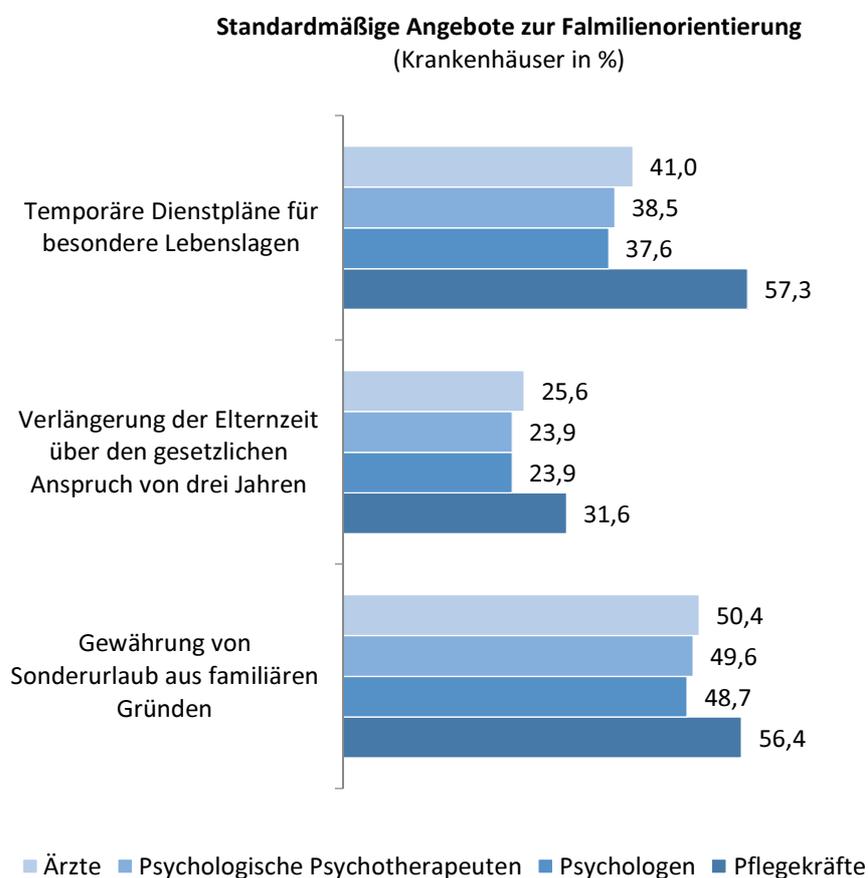


Abb. 14: Angebote zur Familienorientierung

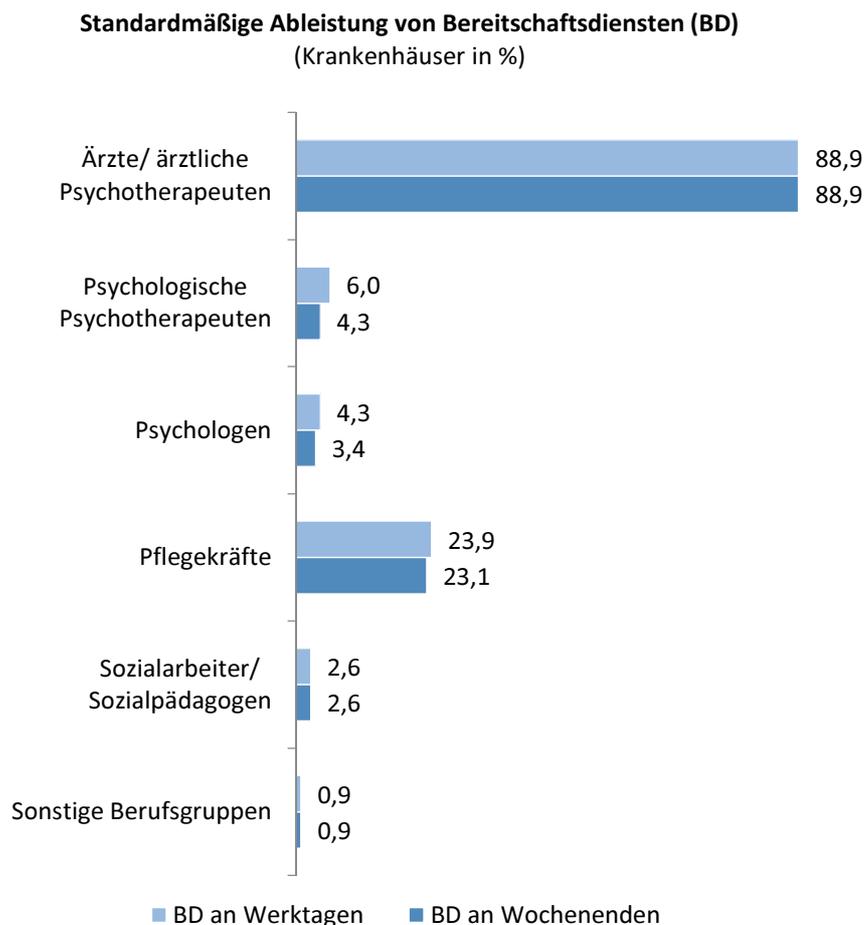


Weitere Formen der Arbeitszeitflexibilisierung befassen sich insbesondere mit den besonderen Anforderungen und Wünschen von Mitarbeitern mit Kindern (Abb. 14). Demnach gewährt etwa jede zweite psychiatrischen/psychosomatische Einrichtung berufsgruppenübergreifend Sonderurlaub aus familiären Gründen (über die gesetzliche Krankengeldregelung bei Kindeserkrankung gemäß § 45 SGBV hinaus). In jeder vierten Einrichtung ist es möglich, die Elternzeit über den gesetzlichen Anspruch von drei Jahren hinaus zu verlängern (betriebliche Elternzeit). Vor allem im Pflegedienst gibt es zudem temporäre Dienstpläne für besondere Lebenslagen (z.B. dauerhafte Früh-/Spätschichten für Mitarbeiter mit Kindern). Dies ist in mehr als der Hälfte der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen der Fall (57 %), während bei den anderen Berufsgruppen jeweils rund 40 % der Einrichtungen temporäre Dienstpläne vorsieht.

3.3 Bereitschafts- und Rufdienste nach Berufsgruppen

Abb. 15 zeigt, inwieweit verschiedene Berufsgruppen in den Psychiatrien Bereitschaftsdienste leisten. Standardmäßig leisten in den Psychiatrien vor allem die Ärzte Bereitschaftsdienst. Dies ist in jeweils knapp 90 % der Einrichtungen an Werktagen wie an Wochenenden der Fall.

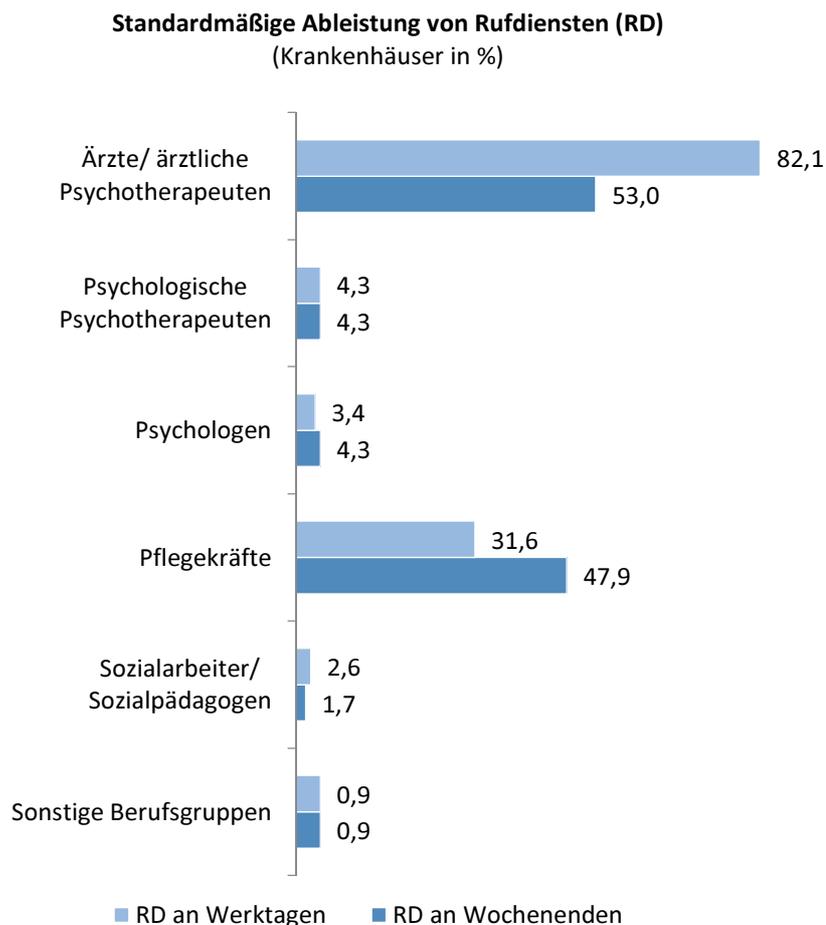
In immerhin noch knapp einem Viertel der Psychiatrien leisten Pflegekräfte standardmäßig Bereitschaftsdienste. Dahingegen bilden Bereitschaftsdienste für psychologische Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen eher die Ausnahme.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Bereitschaftsdienste

Für Rufbereitschaftsdienste resultiert ein ähnliches Bild (Abb. 16). In 82 % der psychiatrischen Einrichtungen leisten die Ärzte standardmäßig Rufbereitschaftsdienste an Werktagen und in etwa jedem dritten Haus der Pflegedienst. Bei den übrigen Berufsgruppen bilden Rufdienste wiederum die Ausnahme.



© Deutsches Krankenhausinstitut

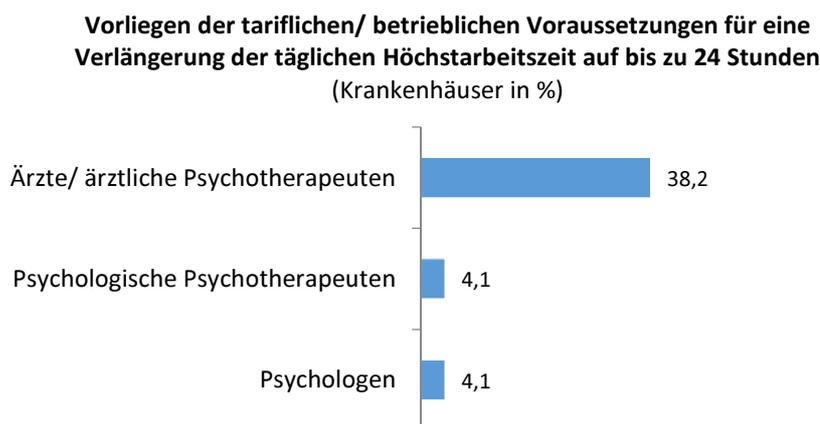
Abb. 16: Rufdienste

3.4 Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der täglichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden (vgl. im Einzelnen Schlottfeldt & Herrmann, 2008). Im PSYCHIATRIE BAROMETER sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob für ihr Krankenhaus die tariflichen und die ggf. erforderlichen betrieblichen Voraussetzungen für eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf bis zu 24 Stunden für den Ärztlichen Dienst, psychologische Psychotherapeuten und Psychologen vorliegen (Abb. 17).



Demnach liegen in 38 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen die Voraussetzungen für eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Stunden für den Ärztlichen Dienst vor. Bei den psychologische Psychotherapeuten und Psychologen ist dies eher selten der Fall (in jeweils 4 % der Einrichtungen).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Tarifliche/ betriebliche Voraussetzungen für Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit

Die psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen mit vorliegenden Voraussetzungen für 24-Stunden-Dienste an Werktagen sollten die Anzahl der Ärzte benennen, die solche Dienste tatsächlich ableisten. Eine entsprechende Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit ist nur zulässig, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt. Demnach erbringen bundesweit 54 % der Krankenhausärzte in den genannten Häusern 24-Stunden-Dienste.

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen leisten, selbst bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen, hingegen nur in Ausnahmefällen 24-Stunden-Dienste (Ergebnisse nicht dargestellt).



4 Verteilung von Aufgaben nach Berufsgruppen

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung hat bereits und wird weiterhin in den Patienten versorgenden Einrichtungen in Deutschland zu einem höheren Bedarf an Pflegekräften führen. Es wird jedoch zunehmend schwieriger, die erforderlichen Stellen im Pflegebereich mit qualifiziertem Personal zu besetzen, wodurch es zu einer zusätzlichen Belastung des vorhandenen Personals kommt. Zur Entlastung der Pflegekräfte wird seit geraumer Zeit die Übertragung von Aufgaben auf andere Berufsgruppen diskutiert (Offermanns, 2010). Ebenso wurden in den letzten Jahren Untersuchungen unternommen und Regelungen aufgestellt, um Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes in die Verantwortung nicht-ärztlicher Berufsgruppen zu übertragen (G-BA, 2011; Offermanns, 2010; Blum, 2003).

Bei den getätigten Untersuchungen lag der Fokus bisher jedoch immer im somatischen Bereich. Aber auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen können vorhandene Personalressourcen durch eine Übernahme differenzierter therapeutischer Aufgaben durch entsprechend qualifiziertes Personal effizienter eingesetzt werden (Kahl et al., 2009). In der Praxis leiten Pflegekräfte häufig Entspannungs- oder Aktivierungsgruppen. Sie führen Wächtherapie und Lichttherapie durch, sind Co-Therapeuten in Gruppenpsychotherapien und Angehörigengruppen. Auch das Stations- und Patientenmanagement mit Erledigung zahlreicher administrativer Aufgaben erfolgt durch das Pflegepersonal (Spießl, 2008). Die Praxis zeigt, dass hierbei die Patientenzufriedenheit und die Mitarbeiterzufriedenheit gleichermaßen wachsen (Kahl et al., 2009).

Für eine erste Bestandsaufnahme wurden die teilnehmenden Einrichtungen im PSYCHIATRIE Barometer nach einer Übernahme von Tätigkeiten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Berufsgruppen gefragt.

4.1 Medizinisch-Therapeutischer Bereich

In einem großen Teil der befragten Kliniken (64 %) sind die psychologischen Psychotherapeuten sowie Psychologen an den psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufnahmeuntersuchungen (ohne körperliche Untersuchung) beteiligt (Abb. 18). Ebenso ist die Mehrheit der Psychologen und psychologischen Psychotherapeuten (64 % der Einrichtungen) in die psychiatrisch-psychotherapeu-

tische Diagnosestellung involviert. In die Erstellung der Anamnese werden sowohl psychologische Psychotherapeuten und Psychologen (76 % der Einrichtungen) als auch Pflegekräfte (48 % der Kliniken) einbezogen. In gut jeder fünften Klinik sind an der Anamneseerstellung auch sonstige Therapeuten bzw. medizinisches Fachpersonal beteiligt. In die Indikationsstellung für Psychotherapie und komplementäre (Fach-)Therapien ist die Mehrheit der Psychologen und psychologischen Psychotherapeuten involviert (78 % bzw. 70 % der Einrichtungen). In jeder fünften Klinik sind auch Pflegekräfte und sonstige Therapeuten an der Indikationsstellung für komplementäre Therapien, wie beispielsweise die Ergotherapie, beteiligt.

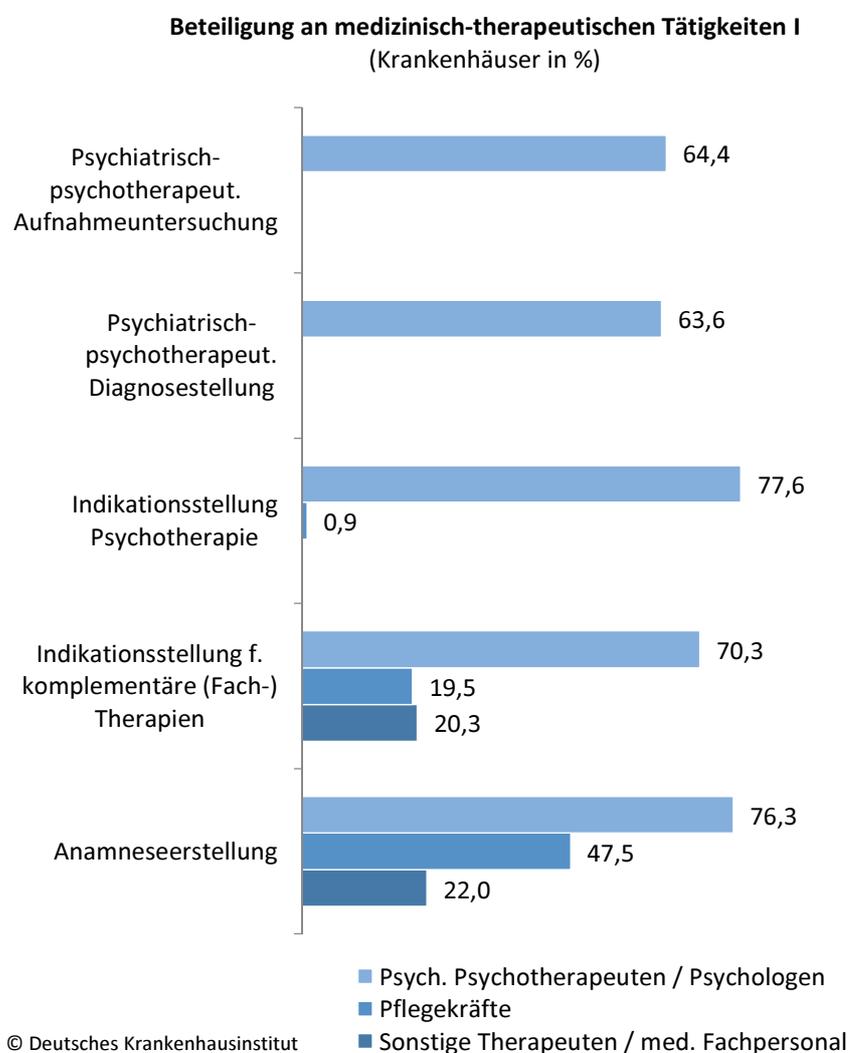


Abb. 18: Beteiligung an medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten I



Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen sind dabei in den Abteilungspsychiatrien etwas häufiger in bestimmte Tätigkeiten einbezogen als in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern. So führen sie in 73 % der Abteilungspsychiatrien und in 57 % der Einrichtungspsychiatrien psychiatrisch-psychotherapeutische Aufnahmeuntersuchungen durch. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnosestellung gehört in 75 % der Abteilungspsychiatrien und 54 % der Einrichtungspsychiatrien zu den Aufgaben von psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen. Auch an der Anamneseerstellung sind in 86 % der Abteilungspsychiatrien und 68 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser Psychologen beteiligt.

Die Durchführung und Auswertung psychodiagnostischer Testverfahren wird in 96 % der Einrichtungen von den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen (Abb. 19) durchgeführt. Ein großer Teil der psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen ist ebenso in die Abklärung der Suizidalität (65 % der Kliniken) und die Behandlungsaufklärung (50 % der Einrichtungen) involviert. Des Weiteren sind auch in geringem Maße andere Berufsgruppen, wie beispielsweise die Pflege oder sonstige Therapeuten/medizinisches Fachpersonal bei der Abklärung der Suizidalität oder der Behandlungsaufklärung beteiligt, ggf. mit unterschiedlicher Zielsetzung bzw. Inhalten. Zwangsmaßnahmen und (Schutz-)Fixierungen werden hauptsächlich von Pflegekräften durchgeführt (83 % der Einrichtungen). In knapp 20 % der Einrichtungen wird diese Aufgabe auch von psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen übernommen. Das Therapiemanagement ist dagegen eine Tätigkeit, in die häufig verschiedene Berufsgruppen eingebunden sind, ggf. mit unterschiedlicher Zielsetzung bzw. therapeutischen Inhalten. Während in knapp drei Vierteln der Einrichtungen psychologische Psychotherapeuten und Psychologen (Abteilungspsychiatrie: 85 %; Einrichtungspsychiatrie: 63 %) diese Aufgabe ausführen, übernehmen auch Pflegekräfte in jeder zweiten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung (Abteilungspsychiatrie: 53 %; Einrichtungspsychiatrie: 42 %) und sonstige Therapeuten bzw. medizinisches Fachpersonal in jeder dritten Klinik diese Tätigkeit.



Beteiligung an medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten II
(Krankenhäuser in %)

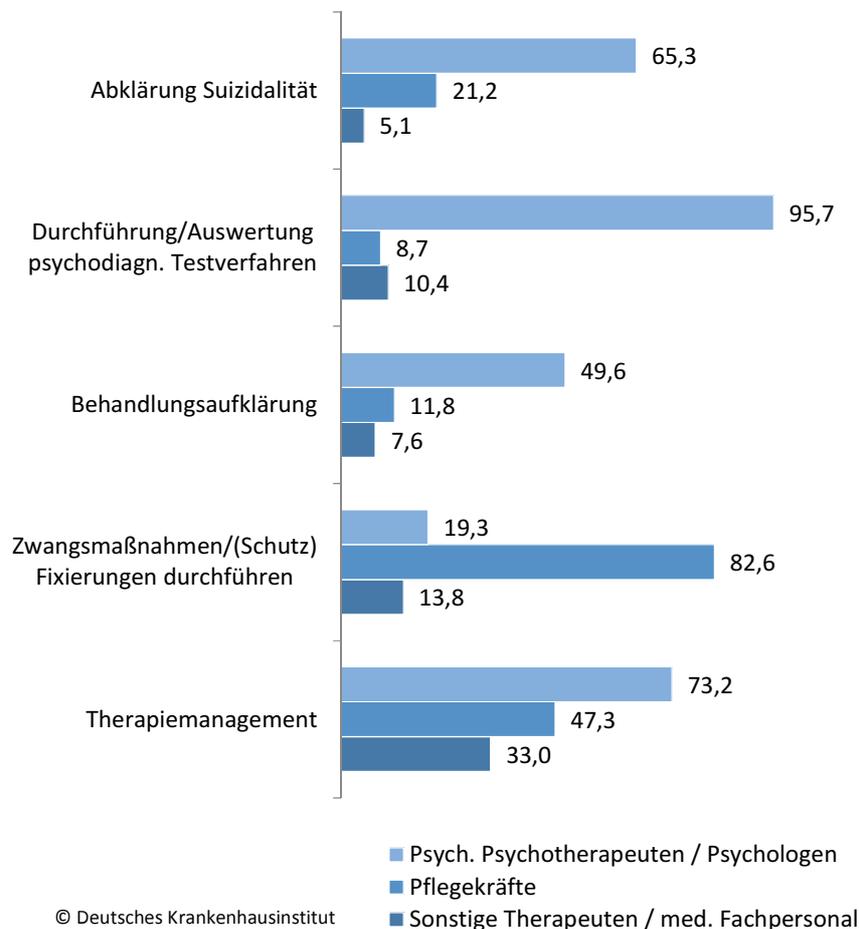


Abb. 19: Beteiligung an medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten II

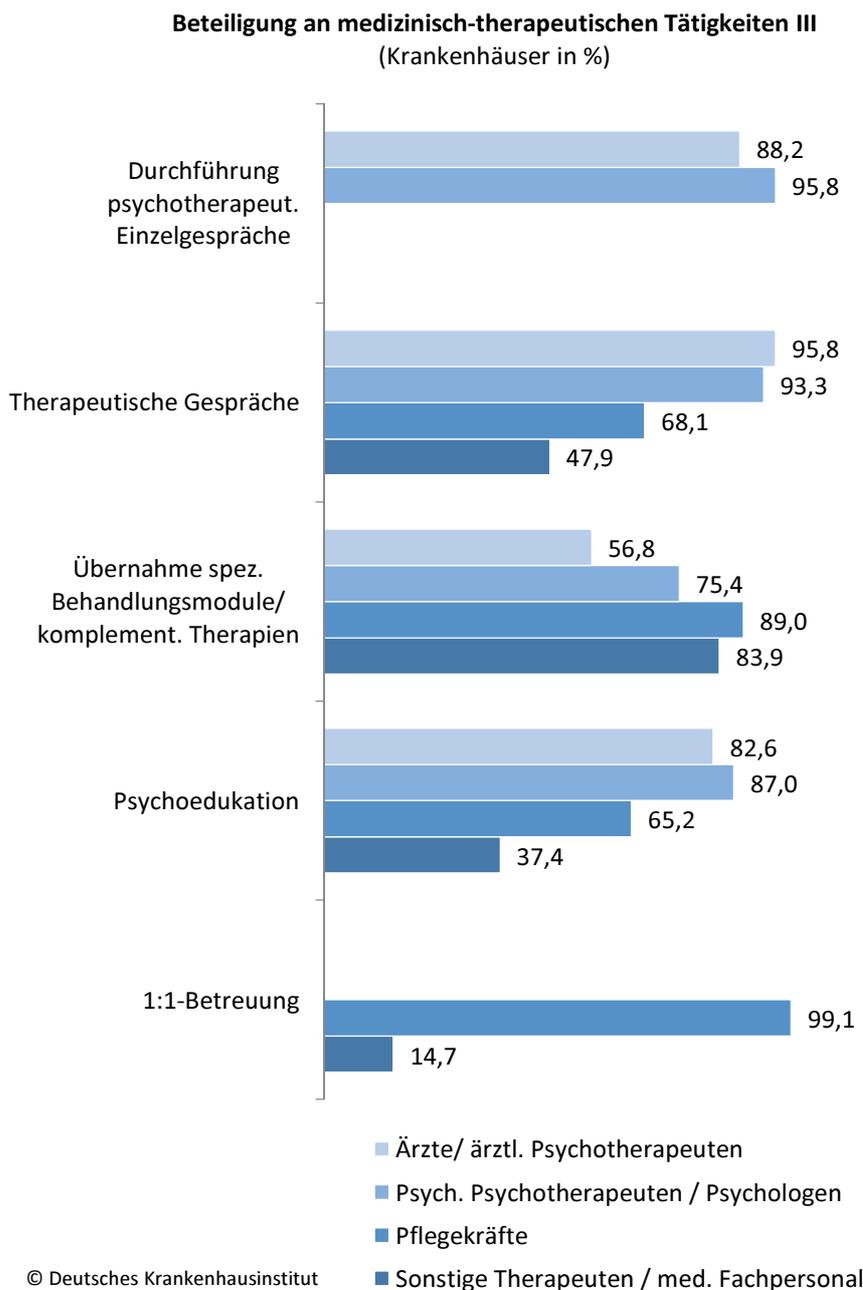


Abb. 20: Beteiligung an medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten III

Die Durchführung therapeutischer Gespräche ist ebenso wie das Therapiemanagement ein Aufgabenbereich, welcher von unterschiedlichen Berufsgruppen übernommen wird (Abb. 20). Diese sind jedoch durch abweichende Inhalte, Umfang und Zielsetzungen gekennzeichnet. In nahezu allen psychiatrisch/psychosomatischen Einrichtungen werden therapeutische Gespräche von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten/Psychologen (96 % bzw. 93 %)

durchgeführt. Auch die Pflegekräfte (68 % der Einrichtungen) sowie sonstigen Therapeuten und medizinisches Fachpersonal (48 % der Einrichtungen) sind in diesen Aufgabenbereich eingebunden. In die Durchführung spezifischer Behandlungsmodule und komplementärer Therapien, wie z. B. das Training sozialer Kompetenzen oder eine Expositionsbegleitung, sind in der Regel die Pflegekräfte (89 % der Einrichtungen) und sonstigen Therapeuten bzw. medizinischem Fachpersonal (84 % der Einrichtungen) involviert. In drei Viertel der Einrichtungen übernehmen weiterhin Psychologen und psychologische Psychotherapeuten (Abteilungspsychiatrie: 84 %; Einrichtungspsychiatrie: 68 %) und in gut der Hälfte der Kliniken Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten (Abteilungspsychiatrie: 64 %; Einrichtungspsychiatrie: 50 %) diese Aufgaben. An der Psychoedukation sind dagegen schwerpunktmäßig die Psychologen und Mediziner (87 % bzw. 83 % der Einrichtungen) (Abteilungspsychiatrie: 91 %; Einrichtungspsychiatrie: 75 %) beteiligt. Maßgeblich sind ferner Pflegekräfte (65 % der Einrichtungen) und sonstige Therapeuten (37 % der Einrichtungen) (Abteilungspsychiatrie: 43 %; Einrichtungspsychiatrie: 33 %) involviert. Im Gegensatz zu der umfangreichen vorherigen Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen, wird in nahezu sämtlichen psychiatrisch/psychosomatischen Kliniken (99 %) die 1:1 Betreuung von Patienten fast ausschließlich von den Pflegekräften gewährleistet.



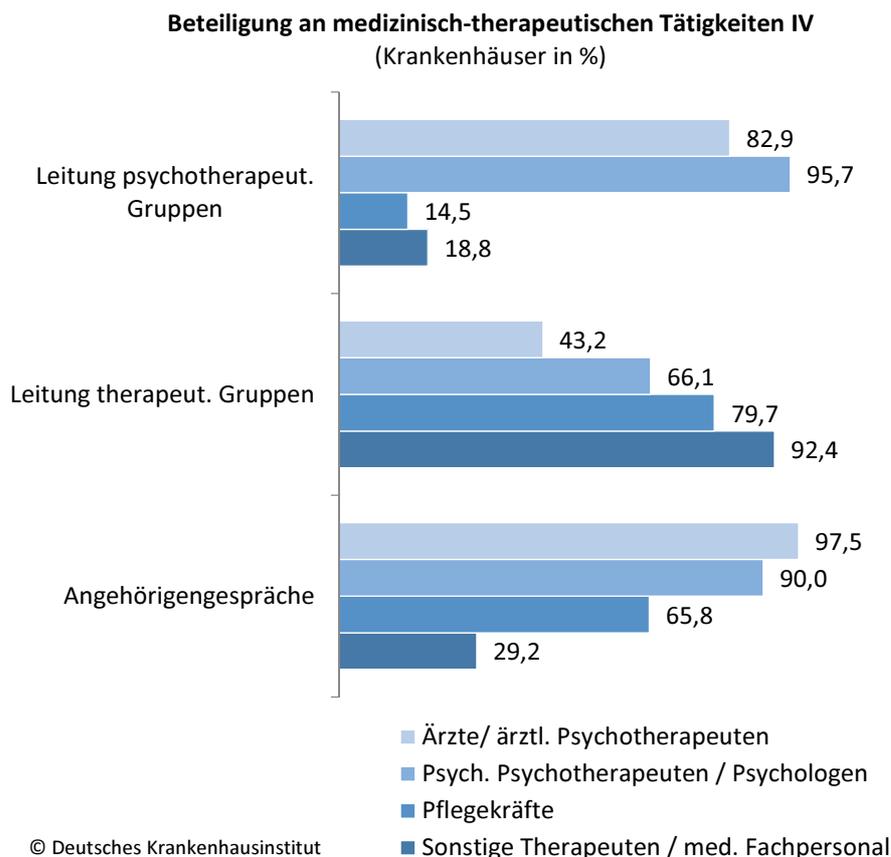


Abb. 21: Beteiligung an medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten IV

Weitere Beispiele für die umfangreiche Übernahme von Aufgaben sind die Leitung therapeutischer Gruppen sowie die Durchführung von Angehörigengesprächen (Abb. 21), welche häufig in Behandlungsteams mehrerer Professionen erfolgen. In fast sämtlichen psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken (98 %) werden Angehörigengespräche in der Verantwortung von Medizinerinnen und Psychologen (90 % der Einrichtungen) geführt. In zwei Dritteln der Einrichtungen sind dabei Pflegekräfte und in 29 % der Kliniken sonstige Therapeuten und medizinisches Fachpersonal, mit ggf. unterschiedlichen Inhalten, Umfang und Zielen, in diesen Aufgabenbereich eingebunden. In die Leitung therapeutischer Gruppen, wie beispielsweise Entspannungsgruppen oder Ergotherapie, sind in der Hauptsache die sonstigen Therapeuten bzw. medizinisches Fachpersonal (92 % der Einrichtungen) eingebunden. Aber auch Pflegekräfte übernehmen in 80 % der Einrichtungen diese Aufgabe, sowie Psychologen in 66 % der Kliniken (Abteilungspsychiatrie: 73 %; Einrichtungspsychiatrie: 60 %) und



Mediziner in 43 % der psychiatrischen-psychosomatischen Krankenhäuser (Abteilungspsychiatrie: 52 %; Einrichtungspsychiatrie: 36 %). Psychotherapeutische Gruppen werden in den meisten Einrichtungen von Ärzten/ärztlichen Psychotherapeuten (83 %) und psychologischen Psychotherapeuten/Psychologen (96 %) geleitet. Des Weiteren sind in einigen Einrichtungen Pflegekräfte (15 %) und sonstige Therapeuten/medizinisches Fachpersonal (19 %) in die Leitung psychotherapeutischer Gruppen, z. B. als Co-Leitung, einbezogen.

4.2 Medizinisch-pflegerischer Bereich

Die Übernahme medizinisch-pflegerischer Tätigkeiten durch unterschiedliche Berufsgruppen in psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen unterscheidet sich kaum von denen in rein somatischen Bereichen (Abb. 22). Die venöse Blutentnahme wird standardmäßig in fast allen Einrichtungen (89 %) von Medizinern, in nahezu der Hälfte der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken (43 %) zusätzlich von Pflegekräften und in jedem fünften Krankenhaus auch von sonstigem medizinischen Fachpersonal durchgeführt. Das Anlegen der ersten Infusion obliegt in erster Linie dem ärztlichen Personal (96 % der Einrichtungen), während der weitere Umgang mit bzw. der Wechsel der Infusionen hauptsächlich durch das Pflegepersonal (89 % der Einrichtungen) vorgenommen wird.

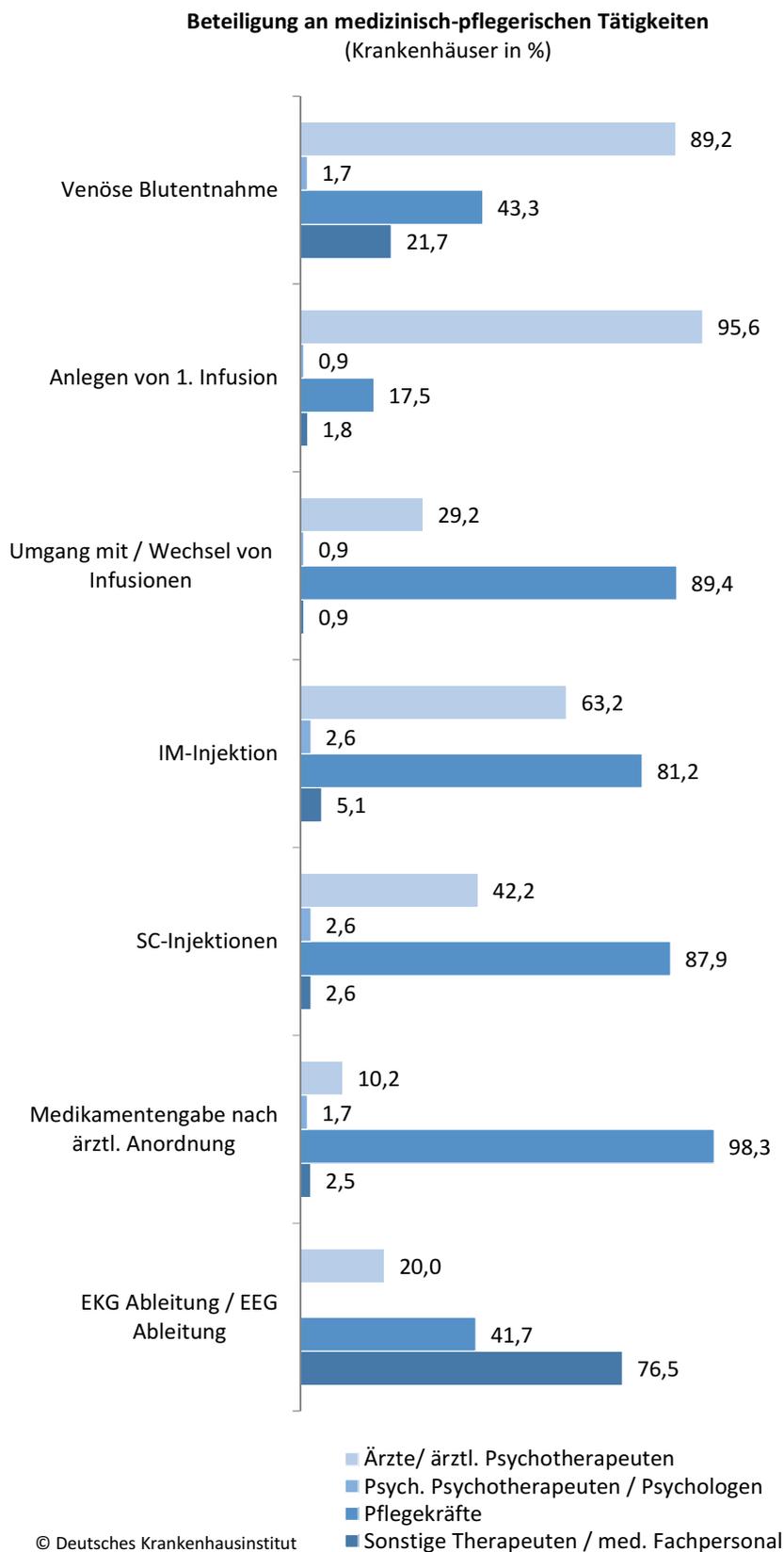


Abb. 22: Beteiligung an medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten



4.3 Administration / Organisation

Die DKI-Studie „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“ hat bereits 2003 (Blum, 2003) gezeigt, dass es in der Pflege ein nicht unerhebliches Potenzial an Aufgaben gibt, die zur Übertragung geeignet sind. Allein auf die Bereiche Dokumentation und Administration, Logistik und Beschaffung, Patientenbegleit-, Hol- und Bringendienste entfielen damals 20 % der pflegerischen Arbeitszeit. Weitere Untersuchungen zur „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ (Offermanns, 2008) haben ein Potenzial zur Übertragung von Aufgaben des ärztlichen auf den pflegerischen Bereich aufgezeigt. Dabei wurde insbesondere der so genannte Kaskadeneffekt betrachtet, der die Belastungen der Pflege durch neue Aufgabenbereiche und die daraus notwendigen Entlastungen von Tätigkeiten beschreibt.

Vor diesem Hintergrund wurden die teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäuser im PSYCHIatrie Barometer gefragt, welche Tätigkeiten die unterschiedlichen Berufsgruppen standardmäßig im Bereich Administration und Organisation übernehmen.

Die Patientenaufnahme gehört in 98 % der teilnehmenden psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäuser zu den Kernaufgaben der Pflegekräfte, wohingegen das Entlassmanagement von unterschiedlichen Berufsgruppen übernommen wird (Abb. 23). In 89 % der Einrichtungen fällt das Entlassmanagement ebenfalls in den Aufgabenbereich der Pflege. In gut jeder zweiten Klinik übernimmt diese Aufgabe auch das ärztliche Personal (Abteilungspsychiatrie: 70 %; Einrichtungspsychiatrie: 46 %). In rund einem Drittel der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen sind in das Entlassmanagement zusätzlich die Psychologen bzw. psychologischen Psychotherapeuten (Abteilungspsychiatrie: 48 %; Einrichtungspsychiatrie: 23 %) oder sonstigen Therapeuten bzw. medizinisches Fachpersonal involviert.

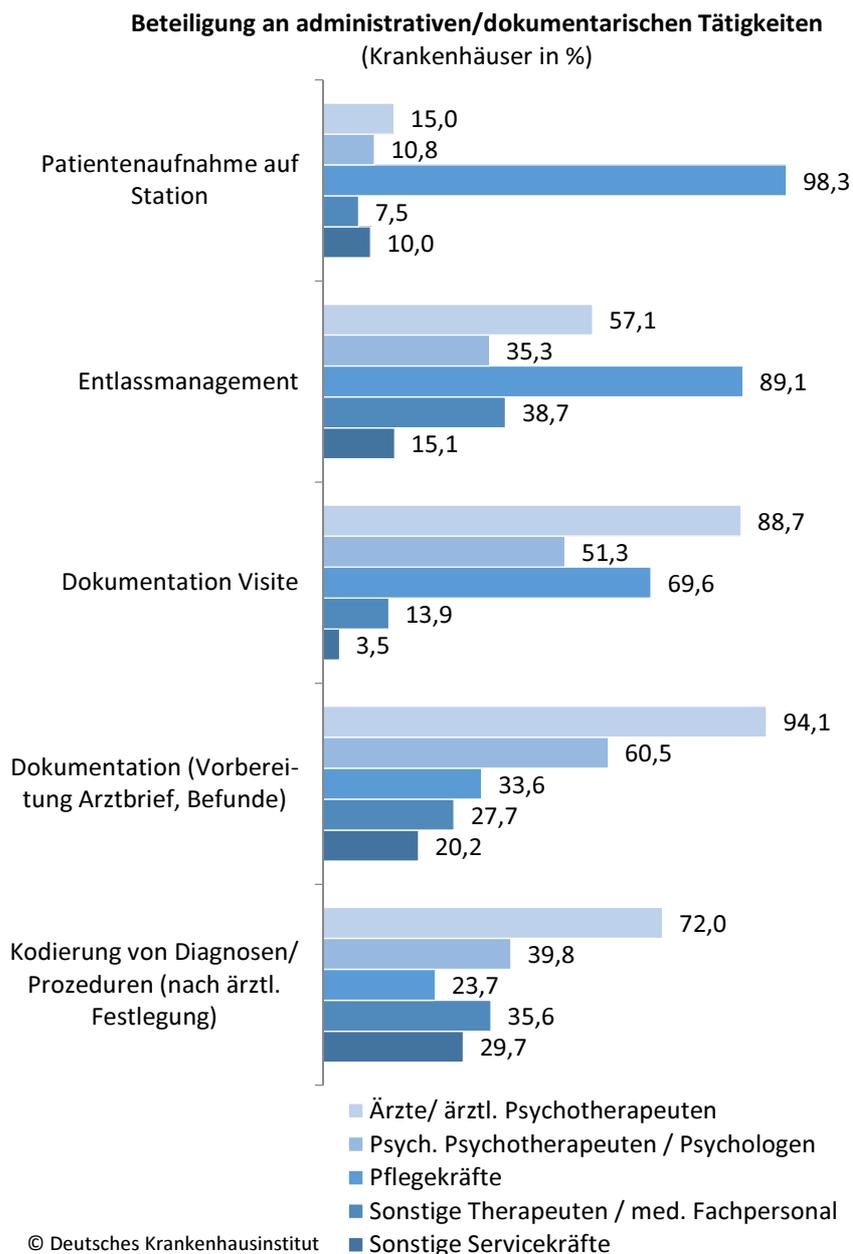


Abb. 23: Beteiligung an administrativen / dokumentarischen Tätigkeiten

Dem Ärztlichen Dienst obliegt die Hauptverantwortung für die Dokumentation der Visite (89 % der Einrichtungen), der weiteren Dokumentation, wie z. B. der Vorbereitung des Arztbriefs oder der Befunddokumentation (94 % der Einrichtungen) sowie für die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren (72 % der Einrichtungen) nach erfolgter ärztlicher Festlegung (Abb. 23). Häufig werden in diese Tätigkeiten aber auch andere Berufsgruppen miteinbezogen. Demnach



wird die Dokumentation der Visite in 70 % der Einrichtungen auch durch Pflegekräfte und in jeder zweiten psychiatrischen/psychosomatischen Klinik gleichermaßen durch Psychologen durchgeführt. Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen sind ebenfalls in 61 % der Einrichtungen an der weiteren Dokumentation (z. B. Vorbereitung Arztbrief, Befunddokumentation) und in 40 % der Krankenhäuser an der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren beteiligt. Weiterhin wird die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren in rund jeder dritten Einrichtung auch durch sonstige Therapeuten / medizinisches Fachpersonal und sonstige Servicekräfte durchgeführt.

Klassischerweise werden in den meisten psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen (84 %) die Aufnahme und Koordination der Essenwünsche sowie die Essenausgabe (80 % der Einrichtungen) standardmäßig von den Pflegekräften mit Unterstützung sonstiger Servicekräfte (38 % bzw. 48 % der Einrichtungen) durchgeführt (Abb. 24). Auch das Bettenmachen sowie Beschaffung und Logistik werden in den meisten Einrichtungen von der Pflege (77 % bzw. 79 % der Einrichtungen) mit Hilfe zusätzlicher Servicekräfte (45 % bzw. 50 % der Einrichtungen) erledigt. In der überwiegenden Mehrheit der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen werden dagegen die Hol- und Bringendienste sowie die Reinigungsdienste von Servicekräften (92 % bzw. 97 % der Einrichtungen) ausgeführt. Zusätzlich führt die Pflege in rund jeder dritten Klinik diese Dienste durch.

Der Einsatz von Servicekräften wird bei der Essenausgabe und dem Bettenmachen etwas häufiger in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern genutzt als in den Abteilungspsychiatrien der Allgemeinkrankenhäuser: Essenausgabe durch Servicekräfte in Abteilungspsychiatrien: 35 %, in Einrichtungspsychiatrien: 60 %. Bettenmachen durch Servicekräfte in Abteilungspsychiatrien: 30 %, in Einrichtungspsychiatrien: 57 %.

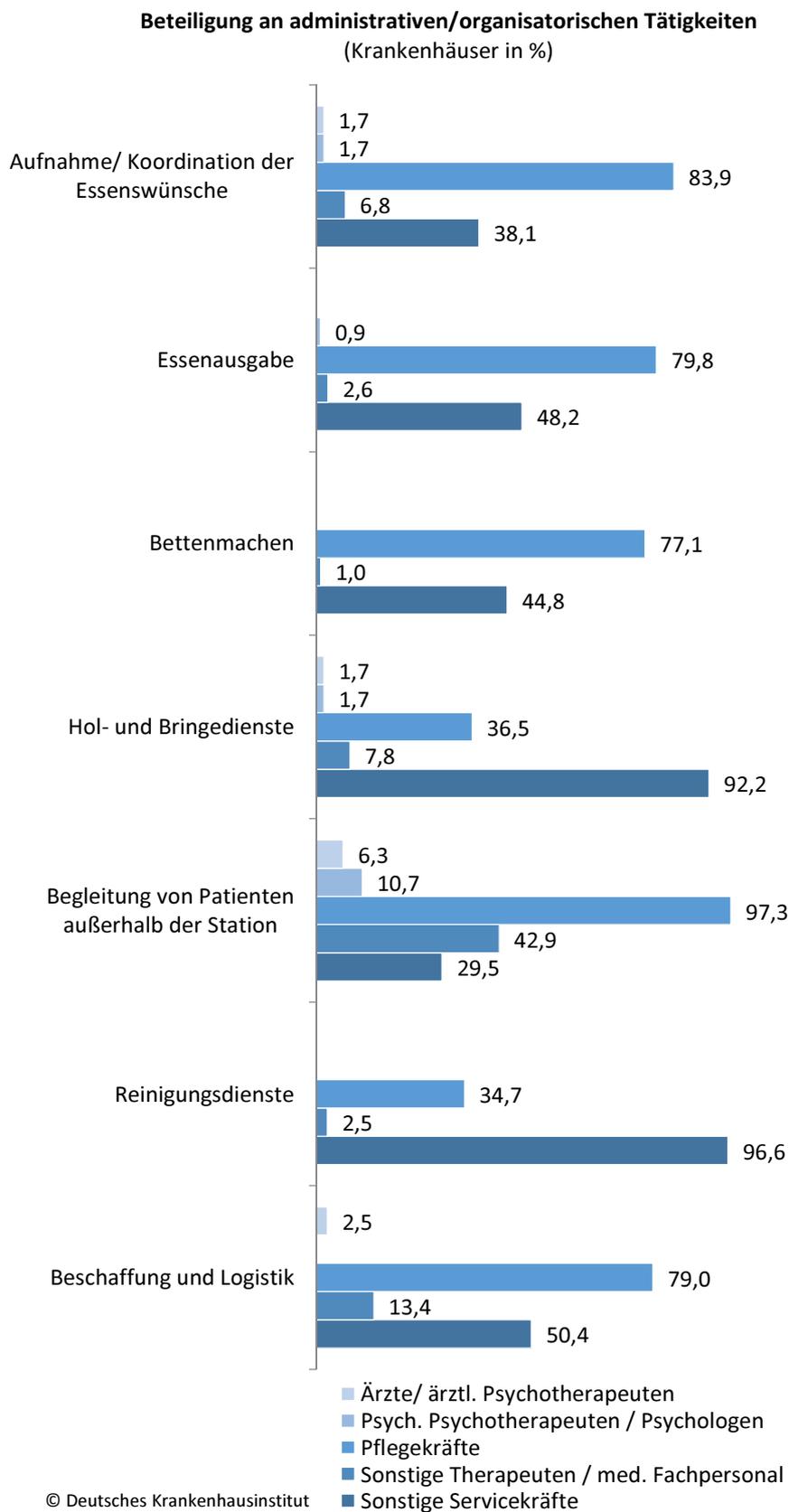


Abb. 24: Beteiligung an administrativen / organisatorischen Tätigkeiten



4.4 Gründe für die Übernahme von Aufgaben

Die Gründe für die Übernahme von Aufgaben durch unterschiedliche Berufsgruppen sind vielfältig (Abb. 25). In 74 % der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen (stimme eher zu/stimme voll zu) werden spezielle Aufgaben von anderen Berufsgruppen zur Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung übernommen. Eine Prozessoptimierung ist der Grund für die Übernahme von Tätigkeiten durch weitere Berufsgruppen in 67 % der Kliniken (stimme eher zu/stimme voll zu).

Des Weiteren spielen personale Gründe eine entscheidende Rolle bei der Übernahme von Aufgaben. 61 % der Einrichtungen möchten auf diese Weise ihre Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes sowie die ärztlichen Psychotherapeuten entlasten (stimme eher zu/stimme voll zu). Rund jede zweite Klinik nutzt die Übernahme von Tätigkeiten zur Verbesserung der Berufszufriedenheit der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten und zur Höherqualifizierung des Pflegedienstes. Auch die Verbesserung der Berufszufriedenheit (44 % stimme eher zu/stimme voll zu) und die Entlastung des Pflegedienstes (43 % stimme eher zu/stimme voll zu) sind wichtige Gründe für die Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen.

Der Mangel an qualifiziertem Personal spielt dagegen eine eher untergeordnete Rolle bei der Übernahme von Aufgaben durch andere Berufsgruppen. Weder Personalmangel bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen (77 % stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu), examinierten (66 % stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu) oder fachweitergebildeten Pflegekräften (63 % stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu) sowie anderen Berufsgruppen (74 % stimme gar nicht zu/stimme eher nicht zu) wurde von den psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen als Grund vorgegeben.

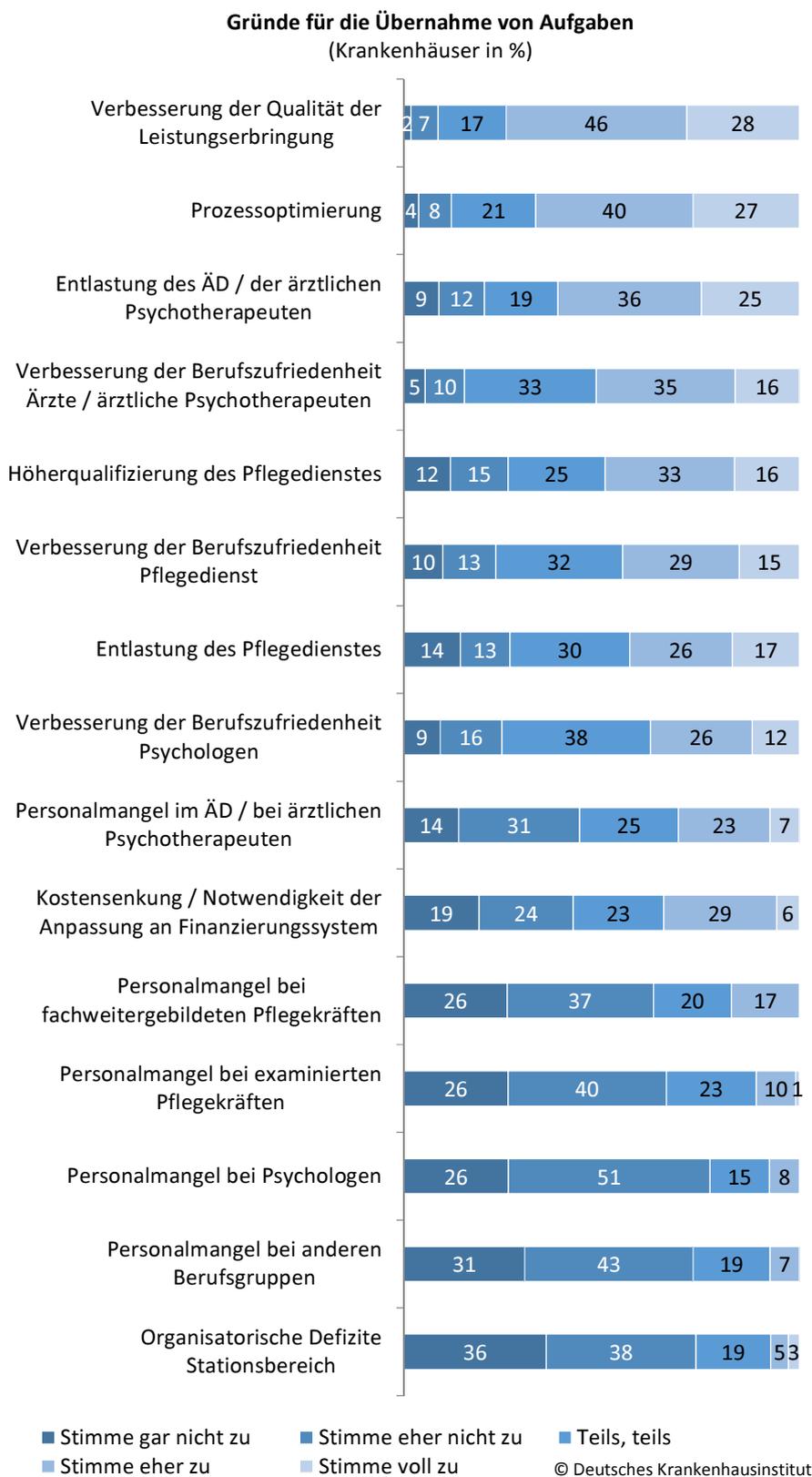


Abb. 25: Gründe für die Übernahme von Aufgaben

4.5 Maßnahmen zur Ermöglichung neuer Aufgabenverteilungen

Bevor Einzeltätigkeiten durch andere Berufsgruppen übernommen werden können, sind in der Regel die Rahmenbedingungen, die Prozesse und die daraus folgenden organisatorischen Aspekte zu beachten (Offermanns, 2010). Daher wurden die teilnehmenden Einrichtungen im PSYCHIATRIE Barometer gefragt, welche Maßnahmen sie ergreifen, um neue Aufgabenverteilungen zwischen den Berufsgruppen zu ermöglichen.

Demnach haben drei Viertel der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen vor der Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe ein Konzept dazu erstellt (Abb. 26). Gut die Hälfte der Kliniken hat im Anschluss und vor der generellen praktischen Umsetzung dieses Konzept in ausgewählten Stationen/Kliniken erprobt (Abteilungspsychiatrie: 47 %; Einrichtungspsychiatrie: 63 %). Weiterhin hat jedes zweite Krankenhaus nach erfolgter Umsetzung die neue Aufgabenverteilung evaluiert. Eine juristische Abklärung des aufgestellten Konzeptes durch einen ausgewiesenen Fachjuristen hat jede vierte Einrichtung eingeholt.

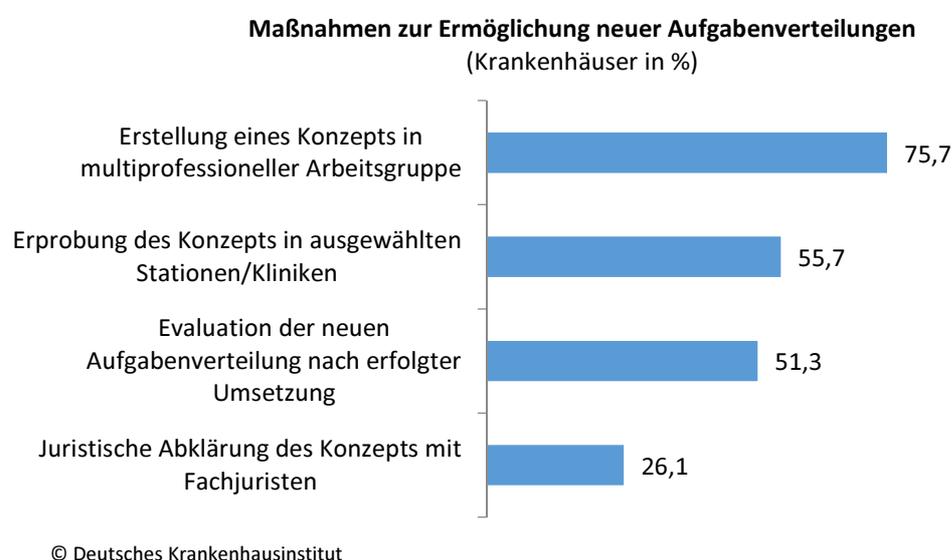


Abb. 26: Maßnahmen zur Ermöglichung neuer Aufgabenverteilungen



Im Personalbereich haben 89 % der psychiatrisch/psychosomatischen Einrichtungen ihre betroffenen Mitarbeiter geschult bzw. qualifiziert, um in der Lage zu sein, die neue Tätigkeit zu übernehmen (Abb. 27). Den Qualifikationsstand der Mitarbeiter haben zuvor rund drei Viertel der Krankenhäuser erhoben. Des Weiteren sahen sich 64 % der Kliniken der Notwendigkeit gegenüber (Abteilungspsychiatrie: 57 %; Einrichtungspsychiatrie: 69 %), neue Mitarbeiter und ggf. neue Berufsgruppen einzustellen, um die angedachte Aufgabenverteilung umzusetzen.

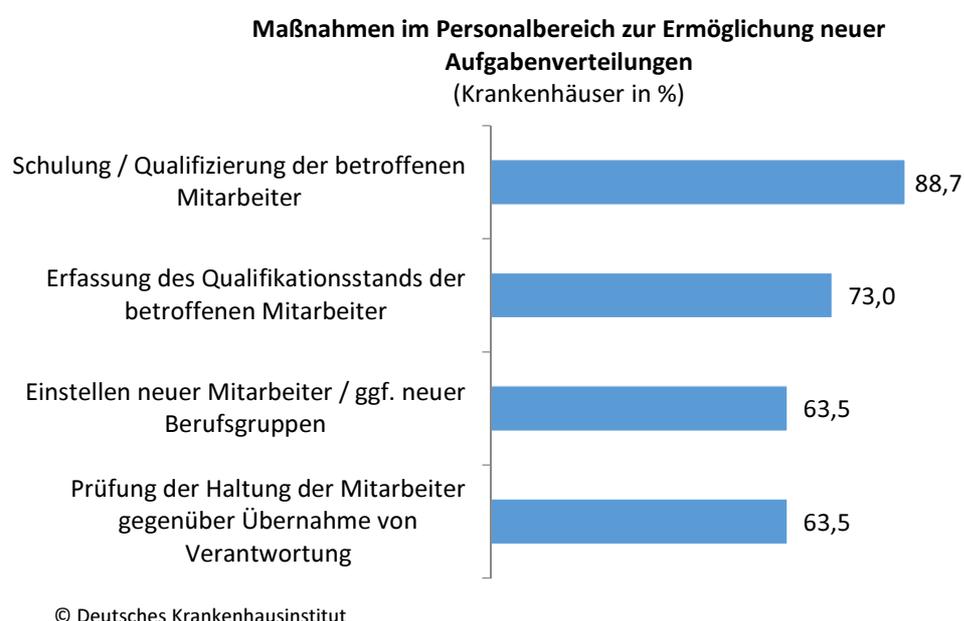


Abb. 27: Maßnahmen im Personalbereich zur Ermöglichung neuer Aufgabenverteilungen



5 Fort- und Weiterbildungen

Das Berufsbildungsgesetz gibt vor, dass es dem Einzelnen ermöglicht werden soll, seine berufliche Handlungsfähigkeit durch berufliche Fortbildung zu erhalten und anzupassen oder zu erweitern und beruflich aufzusteigen (BBiG 2005, Teil 1, § 1 (4)).

Unter Fortbildungen sind Maßnahmen zur Verbesserung der Qualifikation von Mitarbeitern am vorhandenen Arbeitsplatz, der Vertiefung oder Erweiterung spezifischer Fertigkeiten oder auch der persönlichen Entwicklung zu verstehen. Sie sind damit eine zeitlich eher kurze Maßnahme, die sich normalerweise auf ein spezielles Thema beschränkt.

Im Gegensatz dazu sind Weiterbildungen in der Regel vom Zeitaufwand her erheblich umfangreicher. Man setzt sich mit einem Themenkomplex auseinander, der eigene Fachkenntnisse erweitert. Weiterbildungen enden i. d. R. mit einem (anerkannten) Weiterbildungsabschluss nach einer bestandenen Prüfung (z. B. Umschulungen, Zusatzqualifikationen).

Dieser formalen Definition zum Trotz werden die Begriffe Fort- und Weiterbildungen nicht immer eindeutig getrennt bzw. häufig synonym verwandt. Im Rahmen des PSYCHIATRIE Barometers wurden die Befragten daher explizit gebeten, nur solche Fort- und Weiterbildungen anzugeben, die die bestehende berufliche Ausbildung erhalten oder erweitern. Es wurde darauf hingewiesen, dass Weiterbildungen mit (staatlicher) Prüfung, wie z.B. zur Gesundheits- und Krankenpflegerin für psychiatrische Pflege in dieser Befragung nicht gemeint waren. Auch erfolgte der Hinweis, dass beim Ausfüllen sowohl an fachliche als auch persönliche Qualifizierungen gedacht werden sollte.

5.1 Inhalte und Themen

Fort- und Weiterbildungen können verschiedene Themen und Inhalte umfassen. Die Vermittlung entsprechender Inhalte und Themen kann in den verschiedenen Berufsgruppen variieren. Im PSYCHIATRIE Barometer wurde erfragt, welche Themen den Mitarbeitern der drei Berufsgruppen „Ärzte / ärztliche Psychotherapeuten“, „psychologische Psychotherapeuten / Psychologen“ und „Pflegekräfte“ standardmäßig im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen angeboten werden. Die Themen lassen sich den vier Themenblöcken „fachlich-inhaltlich“,



„Qualitäts- und Risikomanagement“, „Kommunikation und Führung“ sowie „betrieblichen Themen“ zuordnen. Die Ergebnisse werden jeweils separiert für die drei Berufsgruppen dargestellt.

5.1.1 Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten

Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten werden in erster Linie „fachlich-inhaltlich“ fort- und weitergebildet, das zeigt der Vergleich aller erfragten Blöcke. Zu dem „fachlich-inhaltlichen“ Block zählen mit „fachlichen Neuerungen“ und „Hygiene“ auch die zwei Themen, in denen diese Berufsgruppe häuserübergreifend am häufigsten geschult wird. In 86 % der Häuser werden Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten in „fachlichen Neuerungen¹“, in 82 % der Häuser in Hygiene fortgebildet.

Drei Viertel aller psychiatrischen und / oder psychosomatischen Einrichtungen bzw. Fachabteilungen bilden ihren Ärztlichen Dienst in „Arzneimittelsicherheit“ weiter. Fortbildungen in „Geräteschulung / Gerätewartung“ zählen in dieser Berufsgruppe in etwas mehr als der Hälfte der Kliniken zum Standard.

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser bietet Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten jeweils regelhaft Fort- und Weiterbildungen zum „Erlernen von Entspannungstechniken“, zum „Erlernen von Schutztechniken / Resilienztraining / Stärkung der Widerstandsfähigkeit“ sowie zu „Therapieansätzen als Selbsterfahrung“, wie z.B. tiefenpsychologisch orientierter Therapie oder Biofeedback, an. Gut ein Viertel der Häuser schult den Ärztlichen Dienst standardmäßig in „gesunder Lebensführung / Ernährung“ (Abb. 28).

¹ Unter „fachlichen Neuerungen“ sind nicht die standardmäßigen fachlich-inhaltlichen Fortbildungen zu verstehen, sondern solche, die darüber hinausgehen.

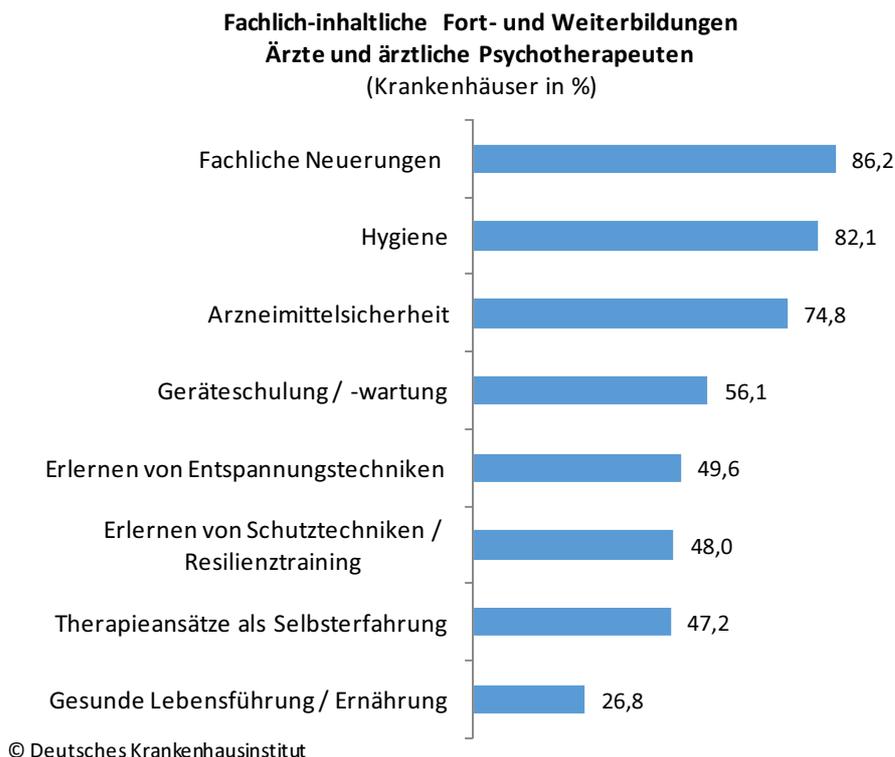


Abb. 28: Fachlich-inhaltliche Fort- und Weiterbildungen bei Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten

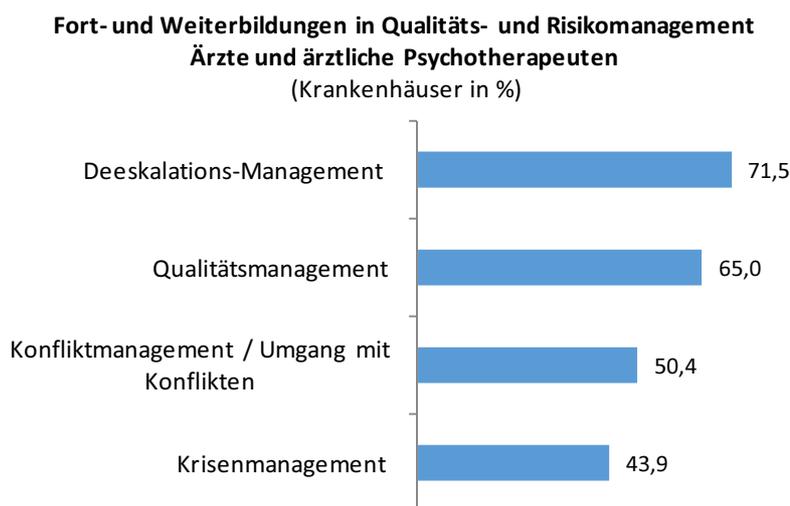
Die Krankenhäuser bilden ihre Ärzte bzw. ärztlichen Psychotherapeuten im Mittel in fünf der erfragten „fachlich-inhaltlichen Themenbereichen“ in dem Sinne fort- und weiter, der Median liegt bei fünf. Das Minimum befindet sich bei eins, das Maximum bei acht.

Die genannten „fachlich-inhaltlichen Themen“ werden den Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern nahezu durchweg häufiger standardmäßig angeboten als in den Allgemeinkrankenhäusern. Hier sind insbesondere Fortbildungen in „Arzneimittelsicherheit“ sowie der „gesunden Lebensführung / Ernährung“ zu nennen.

Auch dem Themenblock „Qualitäts- und Risikomanagement“ kommt in den Häusern bei der Fort- und Weiterbildung der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten ein hoher Stellenwert zu. Diese Berufsgruppe wird standardmäßig insbesondere im „Deeskalations-Management“, z.B. im Umgang mit Gewalt und Aggression, geschult (72 % der Häuser). In knapp zwei Dritteln der Kliniken

werden dem Ärztlichen Dienst regelmäßig Fortbildungen im „Qualitätsmanagement“ angeboten.

Rund die Hälfte der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. der Fachabteilungen schult die Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten im „Konfliktmanagement / Umgang mit Konflikten“, in 44 % der Einrichtungen steht das „Krisenmanagement“ regelhaft auf dem Fort- und Weiterbildungsplan (Abb. 29).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Fort- und Weiterbildungen in Qualitäts- und Risikomanagement bei Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten

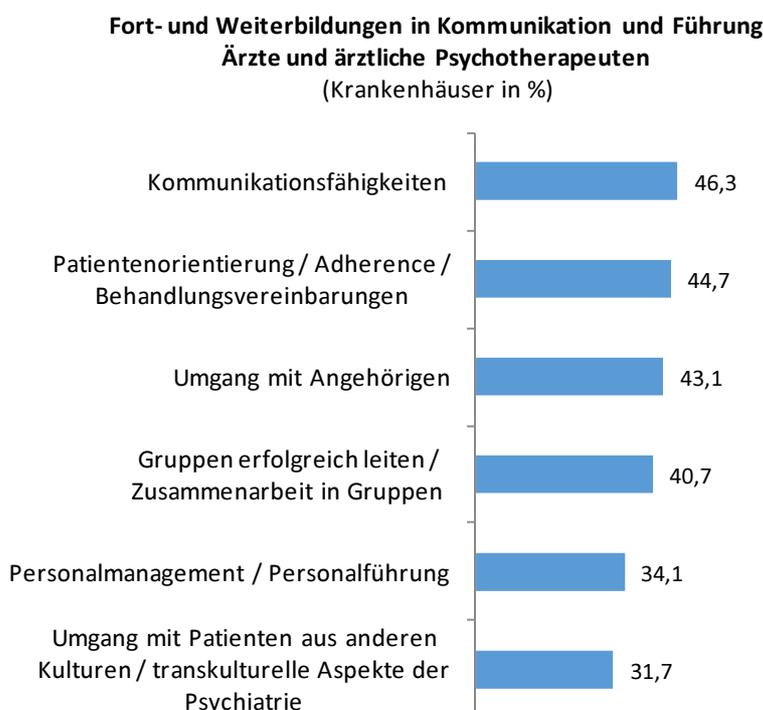
In den Häusern werden den Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten im Mittel drei der vier erfragten Fort- und Weiterbildungsthemen des „Qualitäts- und Risikomanagements“ standardmäßig angeboten. Der Median beträgt drei.

In psychiatrischen Facheinrichtungen sind alle Themen des „Qualitäts- und Risikomanagements“ häufiger im Fort- und Weiterbildungsangebot von Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten fest verankert als in den Abteilungspsychiatrien. Deutliche Unterschiede treten vor allem beim „Konfliktmanagement“ zutage.

Von den vier erfragten Bereichen ist der Themenblock „Kommunikation und Führung“ derjenige, der den Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten von den Häusern am seltensten angeboten wurde. Die genannten Themen zählen jeweils in weniger als der Hälfte der Häuser standardmäßig zum Fort- und Weiterbildungsprogramm des Ärztlichen Personals.

Knapp die Hälfte der Kliniken schult ihre Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten jeweils in „Kommunikationsfähigkeiten“ und „Patientenorientierung / Adherence / Behandlungsvereinbarungen“. Der „Umgang mit Angehörigen“ ist in 43 % der Häuser, „Gruppen erfolgreich leiten / Zusammenarbeit in Gruppen“, wie z.B. multi-professionelle Zusammenarbeit, in 41 % der Einrichtungen fest verankert.

Gut ein Drittel der Kliniken bildet ihre Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten regelmäßig in „Personalmanagement / Personalführung“ fort. 32 % der Häuser machen den „Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen / transkulturelle Aspekte der Psychiatrie“ standardmäßig zum Schulungsgegenstand (Abb. 30).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation und Führung bei Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten

Im Mittel werden den Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten von den Kliniken drei der sechs Themen aus „Kommunikation und Führung“ standardmäßig angeboten. Der Median lag bei drei. In psychiatrischen Fachkrankenhäusern betragen sowohl Median als auch Mittelwert jeweils vier.

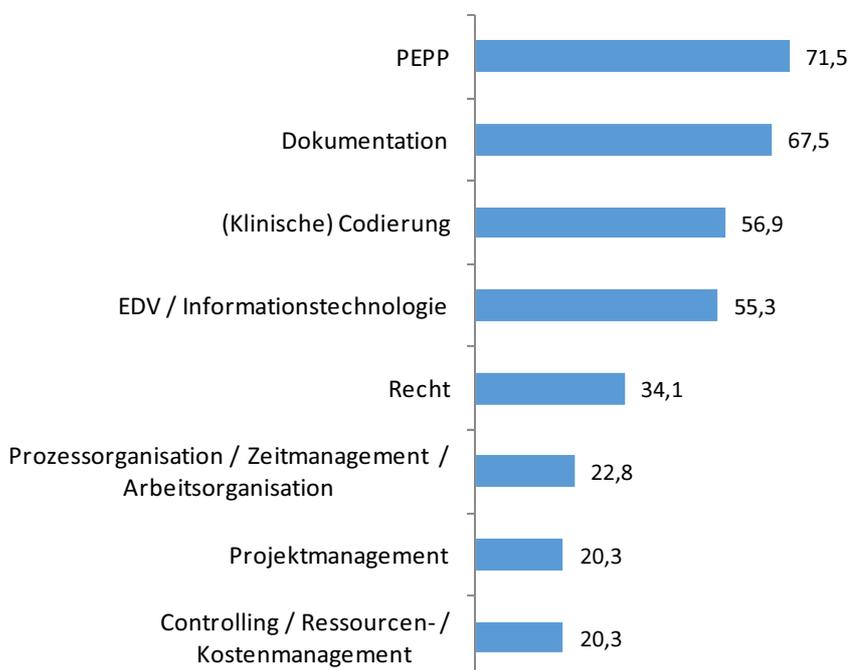


Psychiatrische Einrichtungen bieten ihren Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten in der Regel häufiger Fort- und Weiterbildungen in „Kommunikation und Führung“ an als Allgemeinkrankenhäuser. Deutliche Unterschiede zeigen sich insbesondere beim „Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen / transkulturellen Aspekten der Psychiatrie“ sowie dem Bereich „Personalmanagement / Personalführung“. Dahingegen zählten Fort- und Weiterbildungen zu „Patientenorientierung / Adherence / Behandlungsvereinbarungen“ in Abteilungspsychiatrien deutlich öfter zum Standard als in den Fachkrankenhäusern.

Von den übergreifenden „betrieblichen Themen“ werden Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten von den Häusern insbesondere in „PEPP“ (72 % der Häuser) und „Dokumentation“ (68 % der Häuser) fort- und weitergebildet. In mehr als der Hälfte der Kliniken zählen „(Klinische) Codierung“ und „EDV / Informationstechnologie“ regelmäßig zu den Themen, in denen Ärztliches Personal geschult wird. Fortbildungen zu „Rechtsfragen“ erhält der Ärztliche Dienst in gut einem Drittel der Häuser.

Die Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten werden in 20 bis 23 % der Häuser regelmäßig in „Prozessorganisation / Zeitmanagement / Arbeitsorganisation“, „Projektmanagement“ und „Controlling / Ressourcen- / Kostenmanagement“ fortgebildet (Abb. 31).

**Fort- und Weiterbildungen in betrieblichen Themen
Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten
(Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Fort- und Weiterbildungen in betrieblichen Themen bei Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten

In der Regel bieten die Häuser ihren Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten vier der acht verschiedenen „betrieblichen Themen“ im Rahmen ihres Fort- und Weiterbildungsprogramms an (Median und Mittelwert jeweils vier).

Psychiatrische Fachkrankenhäuser bieten ihren Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten die meisten der acht „betrieblichen Themen“ häufiger in Fort- und Weiterbildungen an als Allgemeinkrankenhäuser. Deutliche Unterschiede zeigen sich insbesondere bei „Prozessorganisation / Zeitmanagement / Arbeitsorganisation“, „Dokumentation“ und „(klinischer) Codierung“.



5.1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen

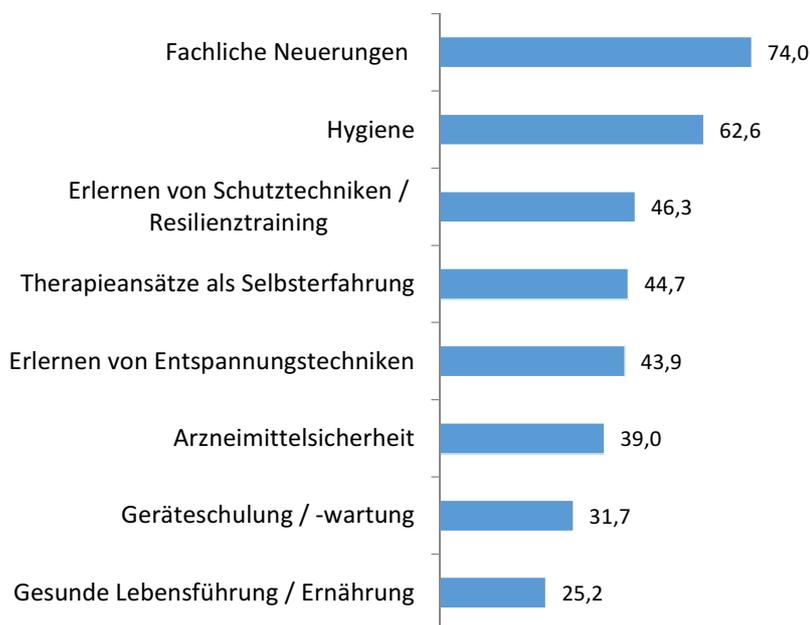
Die Kliniken bieten ihren psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen regelmäßig „fachlich-inhaltliche“ Fort- und Weiterbildungen an. Unter diesen Themenbereich fällt mit „fachlichen Neuerungen²“ auch das Gebiet, das von allen erfragten die größte Rolle bei der Fortbildung von psychologisch-psychotherapeutischen Personals spielt. Knapp drei Viertel der Häuser schult diese Berufsgruppe entsprechend.

Auch der Bereich der „Hygiene“ ist in den Häusern häufiges Fortbildungsthema dieser Berufsgruppe: In knapp zwei Dritteln der Kliniken finden regelmäßig entsprechende Schulungen statt. Etwas weniger als die Hälfte der Einrichtungen bildet ihre psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen regelmäßig im „Erlernen von Schutztechniken / Resilienztraining / Stärkung der Widerstandsfähigkeit“, in „Therapieansätzen als Selbsterfahrung“ und im „Erlernen von Entspannungstechniken“ fort (44 – 46 % der Häuser).

Knapp ein Drittel der Einrichtungen schult die Mitarbeiter im psychologisch-psychotherapeutischen Dienst in „Geräteschulung und -wartung“, ein Viertel in „Gesunde Lebensführung / Ernährung“ (Abb. 32).

² Unter „fachlichen Neuerungen“ sind nicht die standardmäßigen fachlich-inhaltlichen Fortbildungen zu verstehen, sondern solche, die darüber hinausgehen.

**Fachlich-inhaltliche Fort- und Weiterbildungen
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen
(Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

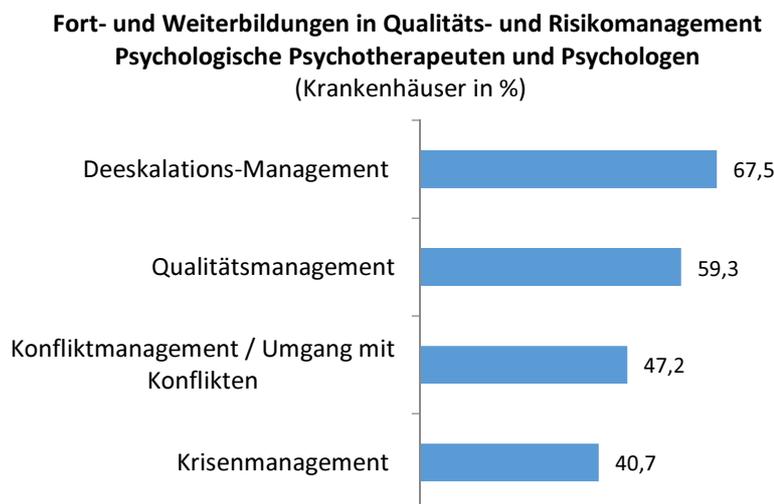
Abb. 32: Fachlich-inhaltliche Fort- und Weiterbildungen bei psychologische Psychotherapeuten und Psychologen

Psychologische Psychotherapeuten bzw. Psychologen erhalten im Mittel vier fachlich-inhaltliche Fort- und Weiterbildungen. Der Median liegt bei vier. Im Minimum werden die psychologischen Psychotherapeuten bzw. Psychologen von den Häusern in einem, im Maximum in acht fachlich-inhaltlichen Themen fort- und weitergebildet.

Psychiatrische Fachkrankenhäuser bilden ihre psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen im Schnitt in vier, Allgemeinkrankenhäuser in drei „fachlich-inhaltlichen“ Themen fort. Der Median beträgt vier bzw. drei. Die meisten der acht erfragten Inhalte werden dem psychologisch-psychotherapeutischen Personal in den fachspezifischen Einrichtungen häufiger als in den Abteilungspsychiatrien angeboten. Hier sind vor allem Fortbildungen zu „Gesunder Lebensführung / Ernährung“ oder „Therapieansätze als Selbsterfahrung“ zu nennen.

Die psychologischen Psychotherapeuten sowie Psychologen werden von allen vier Bereichen am häufigsten in „Qualitäts- und Risikomanagement“ fortgebildet. Das Thema „Deeskalations-Management“ zählt neben den „fachlichen Neuerungen“ zu den häufigsten Fortbildungsgegenständen. Gut zwei Drittel der Kliniken schulen ihr psychologisches Personal z. B. im Umgang mit Gewalt und Aggression. Knapp 60 % der Häuser bieten ihren psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen Kurse in „Qualitätsmanagement“ an.

Etwas weniger als die Hälfte der Einrichtungen qualifizieren ihre psychologisch-psychotherapeutischen Mitarbeiter in „Konfliktmanagement und Umgang mit Konflikten“. 41 % bilden ihre psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen in „Krisenmanagement“ weiter (Abb. 33).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Fort- und Weiterbildungen in Qualitäts- und Risikomanagement bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen

Im Durchschnitt erhalten psychologische Psychotherapeuten und Psychologen drei der vier erfragten Fortbildungsthemen zum Thema „Qualitäts- und Risikomanagement“. Der Median liegt bei zwei. Bei Mittelwert und Median gibt es keine Unterschiede zwischen Fachkliniken und Abteilungspsychiatrien. Gleichwohl bieten Psychiatrische Kliniken ihrem psychologisch-psychotherapeutischen Personal nahezu alle vier Fortbildungsthemen im Bereich „Qualitäts- und

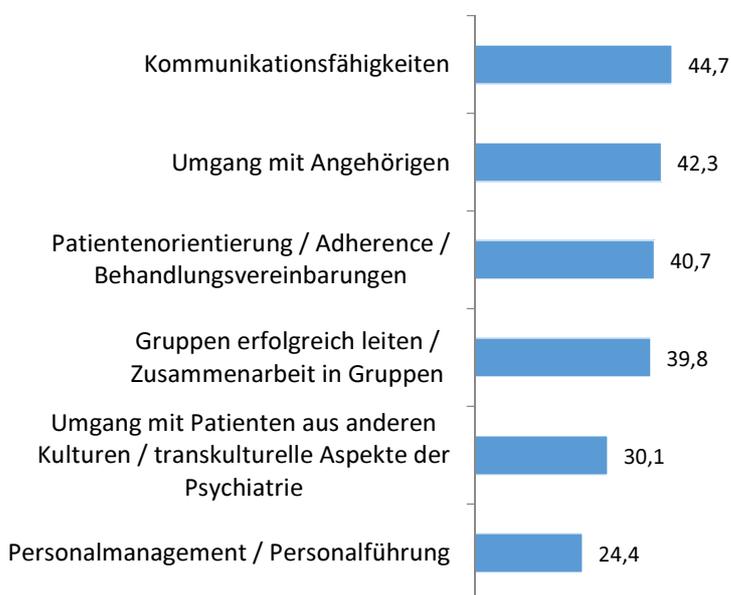


Risikomanagement häufiger an als entsprechende Abteilungen in Allgemein-krankenhäusern.

Der Bereich „Kommunikation und Führung“ ist derjenige, der den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen am seltensten angeboten wird. Dennoch finden entsprechende Fortbildungen vergleichsweise häufig statt. Schulungen der „Kommunikationsfähigkeiten“, zum „Umgang mit Angehörigen“, zur „Patientenorientierung / Adherence / Behandlungsvereinbarungen“ sowie zu der Frage, wie man Gruppen erfolgreich leitet bzw. in Gruppen zusammenarbeitet, werden am häufigsten offeriert (40 – 45 % der Häuser).

Weniger als ein Drittel der Häuser macht den „Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen / transkulturelle Aspekte der Psychiatrie“ zum Thema. Knapp ein Viertel schult die psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen in „Personalmanagement / Personalführung“ (Abb. 34).

**Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation und Führung
Psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen
(Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation und Führung bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen

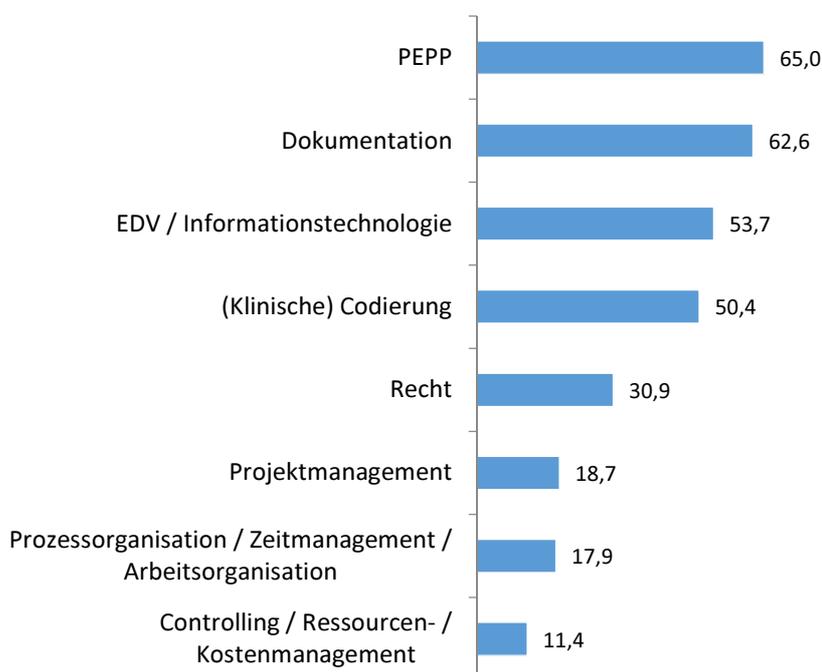


Psychologische Psychotherapeuten sowie Psychologen werden von den Krankenhäusern im Schnitt in drei der sechs erfragten Themen aus „Kommunikation und Führung“ fortgebildet. Der Median beträgt drei. In psychiatrischen Fachkliniken liegen Mittelwert und Median jeweils bei vier, in Abteilungspsychiatrien bei jeweils drei. Bei fast allen der sechs erfragten Themen bilden Fachkrankenhäuser ihre psychologischen Psychotherapeuten sowie Psychologen häufiger fort als entsprechende Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Hier sind insbesondere der „Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen / transkulturelle Aspekte der Psychiatrie“ oder das „Personalmanagement / Personalführung“ zu nennen.

Die Themen des vierten erfragten Fort- und Weiterbildungsbereichs „betriebliche Themen“ werden den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen von den Häusern unterschiedlich häufig angeboten. In „PEPP“ oder „Dokumentation“ wird das psychologisch-psychotherapeutische Personal vielfach, in rund drei Dritteln der Häuser regelmäßig fortgebildet. Etwas mehr als die Hälfte der Häuser schult diese Berufsgruppe jeweils in „EDV / Informationstechnologie“ und „(Klinische) Codierung“. Knapp ein Drittel der Kliniken bildet ihre psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen in „Recht“ weiter.

Das psychologisch-psychotherapeutische Personal erhält von allen erfragten Themen am seltensten Fortbildungen in „Projektmanagement“, „Prozessorganisation / Zeitmanagement / Arbeitsorganisation“ und „Controlling / Ressourcen- / Kostenmanagement“ (11 – 19 % der Häuser) (Abb. 35).

**Fort- und Weiterbildungen in betrieblichen Themen
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen
(Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Fort- und Weiterbildungen in betrieblichen Themen bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen

Die Krankenhäuser schulen ihre psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen im Mittel in vier der acht erfragten Themen (Median: vier). Die entsprechenden Kennwerte betragen in psychiatrischen Krankenhäusern jeweils vier, in Abteilungspsychiatrien jeweils drei. Das entsprechende Personal wird in den Fachkrankenhäusern in den verschiedenen Themen jeweils häufiger geschult als in den Allgemeinkrankenhäusern. Hier ist besonders das Thema „(Klinische) Codierung“ zu nennen.

5.1.3 Pflegekräfte

„Fachlich-inhaltliche“ Fort- und Weiterbildungen bieten die Krankenhäuser ihren Pflegekräften regelmäßig an. Vor allen anderen Themen, auch der anderen Bereiche, wird der Pflegedienst in „Hygiene“ geschult. 89 % der Häuser offerieren entsprechende Fortbildungen.



Auch „Geräteschulungen und -wartungen“ zählen zum Standard-Fortbildungsangebot der Kliniken. In 82 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser bzw. Abteilungspsychiatrien werden diese bei Pflegekräften realisiert. Ca. drei Viertel der Häuser schulen den Pflegedienst in „fachlichen Neuerungen“³.

Mehr als die Hälfte der Kliniken bietet dem Pflegepersonal regelmäßig Fortbildungen zur „Arzneimittelsicherheit“ und dem „Erlernen von Schutztechniken / Resilienztraining / Stärkung der Widerstandsfähigkeit“ an. Das „Erlernen von Entspannungstechniken“ steht in rund der Hälfte der Häuser standardmäßig auf der Agenda.

Fortbildungen zur „gesunden Lebensführung / Ernährung“ werden den Pflegekräften in gut einem Drittel der Einrichtungen angeboten. „Therapieansätze als Selbsterfahrung“ sind das Angebot, was den Pflegekräften im Vergleich am seltensten offeriert wird. 22 % der Häuser realisieren für diese Berufsgruppe entsprechende Schulungen (Abb. 36)

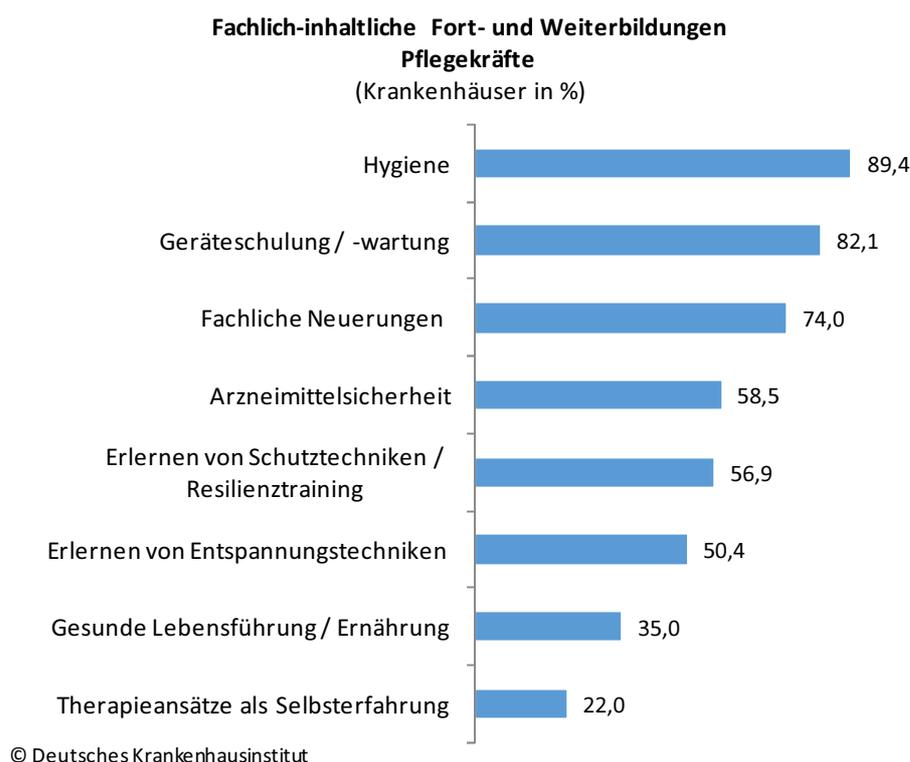


Abb. 36: Fachlich-inhaltliche Fort- und Weiterbildungen bei Pflegekräften

³ Unter „fachlichen Neuerungen“ sind nicht die standardmäßigen fachlich-inhaltlichen Fortbildungen zu verstehen, sondern solche, die darüber hinausgehen.

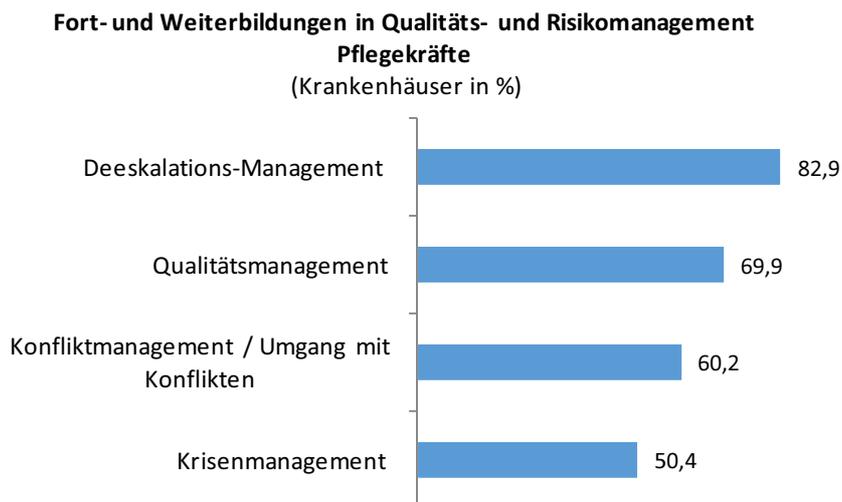


Die Krankenhäuser haben ihre Pflegekräfte im Schnitt in fünf inhaltlich-fachlichen Themen fort- und weitergebildet. Der Median beträgt fünf. Die Spannweite umfasst ein bis acht verschiedene fachlich-inhaltliche Themen.

Psychiatrische Fachkliniken haben den Pflegekräften im Mittel häufiger Fort- und Weiterbildungen in „fachlich-inhaltlichen Themen“ angeboten als Allgemeinkrankenhäuser (fünf vs. vier). Der Median liegt in den Fachkrankenhäusern bei sechs, in den Abteilungspsychiatrien bei vier. Nahezu alle der acht erfragten „fachlich-inhaltlichen“ Fortbildungen werden dem Pflegepersonal in psychiatrischen Kliniken häufiger als in den Abteilungspsychiatrien angeboten. Beispielsweise das Thema „Gesunde Ernährung / Lebensführung“ oder „Erlernen von Entspannungstechniken“ stehen in den Fachkrankenhäusern deutlich häufiger auf der Agenda.

Die Pflegekräfte erhalten in den Häusern von allen erfragten Themenbereichen am häufigsten Fort- und Weiterbildungen zum „Qualitäts- und Risikomanagement“. In diesem Themenfeld werden dem Pflegepersonal standardmäßig häufig Schulungen zum „Deeskalations-Management“ angeboten. In 83 % der Häuser ist dies der Fall.

Fortbildungen zum „Qualitätsmanagement“ werden dem pflegerischen Dienst in 70 % der Kliniken regelhaft offeriert. Qualifizierungen zum „Konfliktmanagement / Umgang mit Konflikten“ finden in dieser Berufsgruppe in 60 % der Einrichtungen standardmäßig statt. Rund die Hälfte aller Krankenhäuser schult sein pflegerisches Personal in „Krisenmanagement“ (Abb. 37).



© Deutsches Krankenhausinstitut

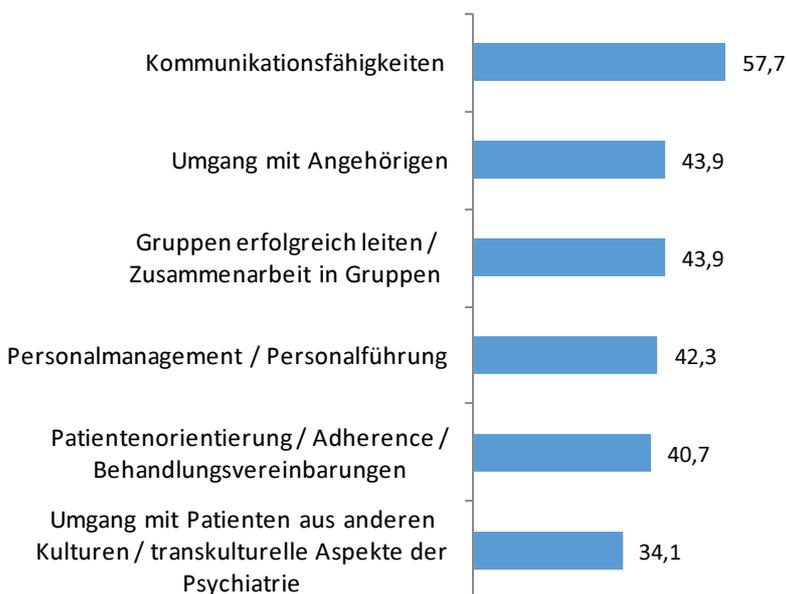
Abb. 37: Fort- und Weiterbildungen in Qualitäts- und Risikomanagement bei Pflegekräften

Die Pflegekräfte erhalten im Schnitt das Angebot von drei der vier erfragten Fortbildungsthemen zum „Qualitäts- und Risikomanagement“ (Mittelwert und Median je drei). Drei der vier erfragten Themenbereiche werden dem pflegerischen Personal von den psychiatrischen Fachkrankenhäusern etwas häufiger angeboten als in den Abteilungspsychiatrien.

Fort- und Weiterbildungen in „Kommunikation und Führung“ werden dem Pflegedienst von den Krankenhäusern ebenfalls regelmäßig offeriert. In erster Linie wird das pflegerische Personal in „Kommunikationsfähigkeiten“ geschult (58 % der Häuser). Je gut 40 % der Häuser bilden Mitarbeiter des Pflegedienstes im „Umgang mit Angehörigen“, in „Gruppen erfolgreich leiten / Zusammenarbeit in Gruppen“, in „Personalmanagement / Personalführung“ sowie „Patientenorientierung / Adherence / Behandlungsvereinbarungen“ fort (41 – 44 % der Häuser).

Der „Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen / transkulturelle Aspekte der Psychiatrie“ wird dem Pflegepersonal in gut einem Drittel der Häuser regelhaft in Schulungen näher gebracht (Abb. 38).

**Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation und Führung
Pflegekräfte**
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation und Führung bei Pflegekräften

Die Pflegekräfte erhalten im Mittel drei der sechs erfragten Fort- und Weiterbildungsthemen in „Kommunikation und Führung“ (Mittelwert sowie Median je drei). Die psychiatrischen Fachkliniken bieten ihrem pflegerischen Personal im Schnitt vier der sechs erfragten Fort- und Weiterbildungsthemen zu „Kommunikation und Führung“ an, in den Abteilungspsychiatrien sind es im Mittel je drei. Der Median beträgt in den Fachkrankenhäusern vier, in den Allgemeinkrankenhäusern zwei. Nahezu alle der sechs erfragten Fortbildungsinhalte zum Bereich „Kommunikation und Führung“ werden dem Pflegepersonal in den Fachkliniken häufiger als in den Abteilungspsychiatrien angeboten. Hier sind beispielhaft z.B. der „Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen / transkulturelle Aspekte“ oder „Personalmanagement / Personalführung“ zu nennen.

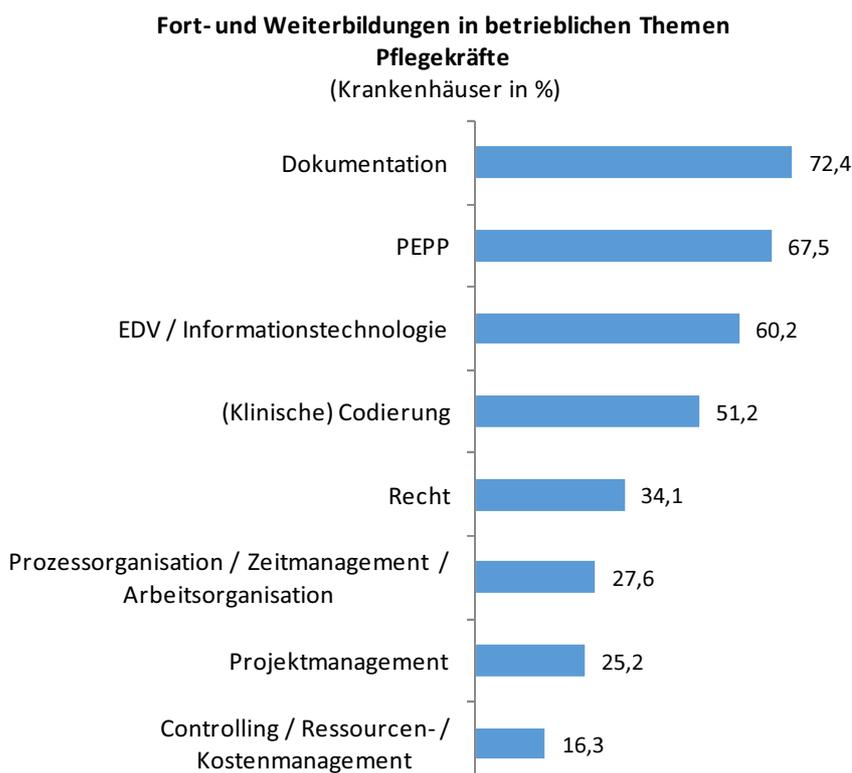
Fort- und Weiterbildungen in „betrieblichen Themen“ bieten die Krankenhäuser den Pflegekräften regelmäßig an. Hier sind an erster Stelle Schulungen in „Dokumentation“ zu nennen, die in knapp drei Viertel der Häuser zum Standard-



Fortbildungsprogramm zählen. Auch Fortbildungen in „PEPP“ erhält das pflegerische Personal regelhaft. In gut zwei Dritteln der Kliniken ist das der Fall.

Schulungen zu „EDV / Informationstechnologie“ bieten 60 % der Häuser ihrem pflegerischen Dienst an. Gut die Hälfte schult das Pflegepersonal in „(Klinischer) Codierung“.

Das Thema „Recht“ macht gut ein Drittel der Häuser zum regelmäßigen Schulungsthema von Pflegekräften. Je rund bzw. gut ein Viertel der Häuser bildet sein pflegerisches Personal in „Prozessorganisation / Zeitmanagement / Arbeitsorganisation“ sowie „Projektmanagement“ weiter. Der Bereich „Controlling / Ressourcen- / Kostenmanagement“ wird dem Pflegepersonal von allen erfragten am seltensten angeboten. 16 % der Häuser machen ein entsprechendes Angebot (Abb. 39).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Fort- und Weiterbildungen in betrieblichen Themen bei Pflegekräften



Das Pflegepersonal erhält in den Häusern im Durchschnitt vier der acht erfragten „betrieblichen“ Fortbildungsthemen (Mittelwert und Median je vier). Der Mittelwert liegt in den psychiatrischen Krankenhäusern bei fünf, in Abteilungspsychiatrien bei vier. Der Median beträgt jeweils vier.

Die Psychiatrien bieten ihrem pflegerischen Personal nahezu bei fast allen „betrieblichen Themen“ häufiger Fortbildungen an als die Allgemeinkrankenhäuser. Hier sind vor allem die Bereiche „Prozessorganisation / Zeitmanagement / Arbeitsorganisation“ sowie „Projektmanagement“ zu nennen.

5.2 Nutzen von Fortbildungen

Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser bzw. Abteilungspsychiatrien wurden danach gefragt, welche Bedeutung sie Fort- und Weiterbildungen im Rahmen eines strukturierten Personalentwicklungsprogramms beimessen. Guten Fortbildungsprogrammen werden eine Vielzahl von Vorteilen zugeschrieben. Fort- und Weiterbildungen haben insgesamt einen hohen Stellenwert im Personalmanagement der Krankenhäuser. Der Nutzen eines guten Fortbildungsprogramms liegt aus Sicht der Krankenhäuser in erster Linie in der Bindung qualifizierter Mitarbeiter sowie der Förderung sozialer und persönlicher Qualifikationen. Nahezu alle Häuser vertreten jeweils diese Meinungen.

Die Wichtigkeit eines guten Fortbildungsprogramms im Rahmen einer gezielten Personalführung sowie zur Führungskräfteentwicklung erkennen die Häuser mit Zustimmungsraten von 93 – 94 % fraglos an. Einem guten Fortbildungsprogramm wird von dem Großteil der Kliniken auch die Möglichkeit zugeschrieben, langfristig flexibel und innovativ auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren zu können. 92 % aller Kliniken sind dieser Ansicht. Hier zeigen sich leichte Unterschiede zwischen Fachkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrien in der Form, dass die psychiatrischen Einrichtungen diesem Aspekt eine etwas größere Bedeutung zumessen.

Ein gutes Fortbildungsprogramm ist aus Sicht vieler Krankenhäuser auch hilfreich, um geeignete Bewerber zu gewinnen, sich einen strategischen Wettbewerbsvorteil zu sichern sowie die Wünsche der Mitarbeiter zu berücksichtigen. Die Fachkrankenhäuser gehen deutlich häufiger davon aus, dass ein gutes Fortbildungsprogramm einen strategischen Wettbewerbsvorteil bringen kann als die Abteilungspsychiatrien (91 vs. 79 %). 80 % der Krankenhäuser sieht die

Chance, durch ein adäquates Fortbildungsprogramm, den eigenen Mitarbeitern einen Leistungsanreiz zu bieten.

Der Nutzen von guten Fortbildungsprogrammen wird beim Abbau des Fachkräftemangels oder als Belohnung für besonders leistungsstarke Mitarbeiter aus Sicht der Häuser etwas weniger positiv eingeschätzt: Gut drei Viertel bzw. knapp zwei Drittel der Krankenhäuser sehen hier die Chance von Fortbildungen (Abb. 40).



Bitte geben Sie an, welche Bedeutung Ihre Einrichtung Fort- und Weiterbildungen im Rahmen eines strukturierten Personalentwicklungsprogramms beimisst?
 Ein gutes Fortbildungsprogramm ist hilfreich...
 (Krankenhäuser in %)

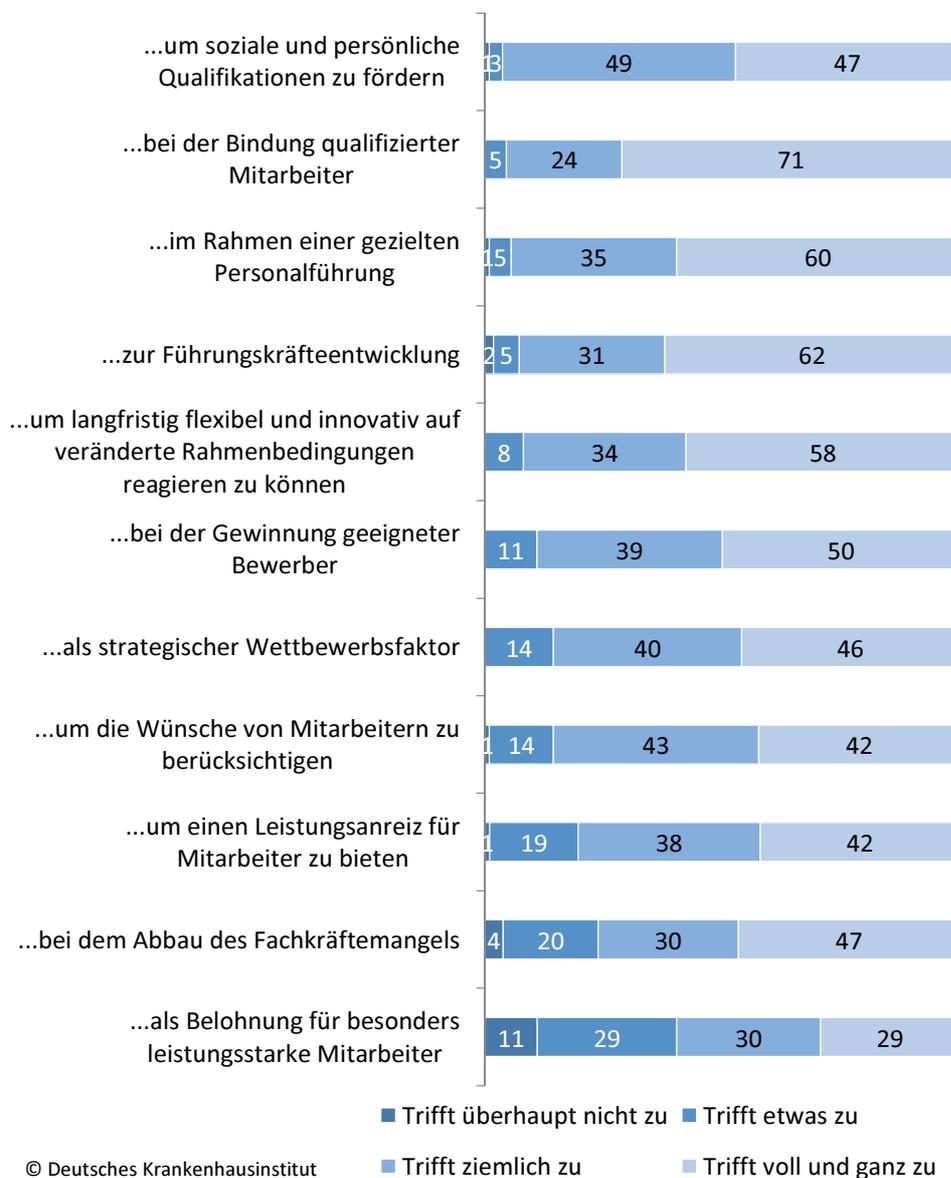
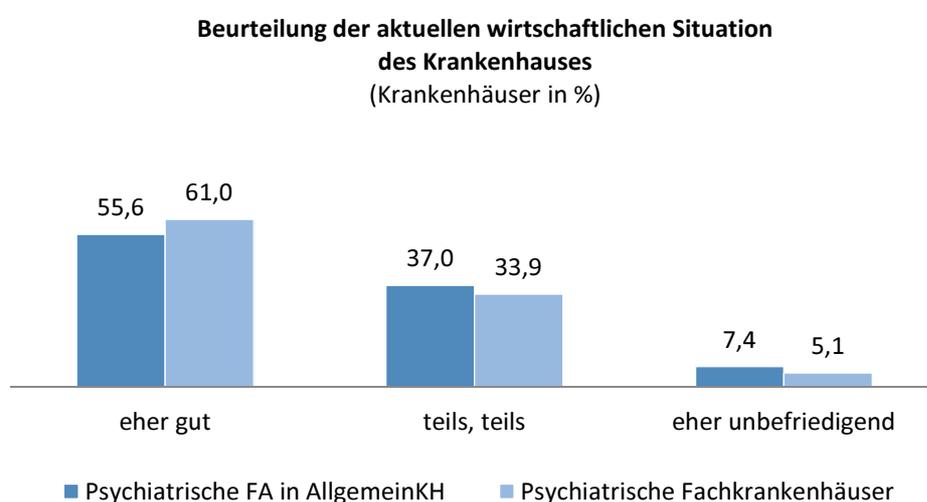


Abb. 40: Nutzen von Fort- und Weiterbildungen im Rahmen eines strukturierten Personalentwicklungsprogramms

6 Wirtschaftliche Lage

6.1 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Die psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen sollten ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt zur Jahreswende 2015/2016 beurteilen. Bei den Allgemeinkrankenhäusern sollten sich die Angaben ausdrücklich nur auf die psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen beziehen, bei den psychiatrischen oder psychosomatischen Fachkrankenhäusern auf das Haus als Ganzes. Abb. 41 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Krankenhaustypen.



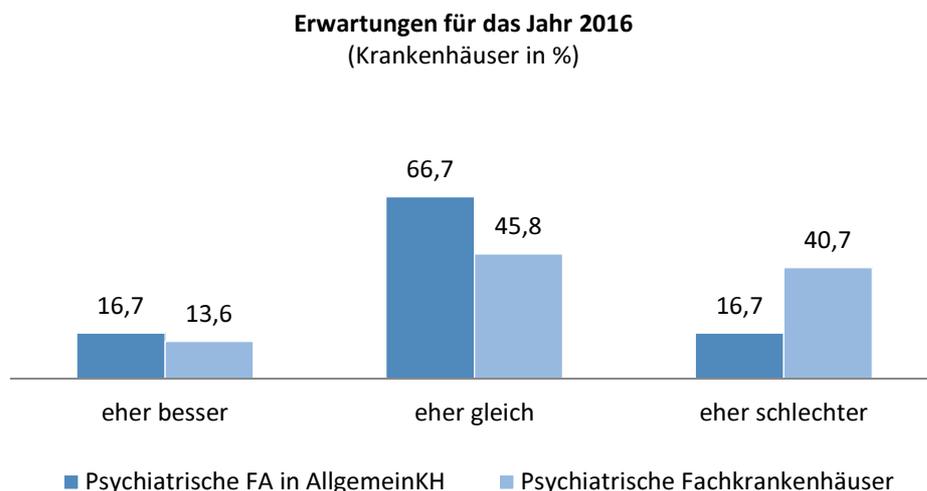
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Wirtschaftliche Situation 2015

Insgesamt schätzten die psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen ihre wirtschaftliche Lage vergleichsweise positiv ein. 56 % (Abteilungspsychiatrien) bzw. 61% (Einrichtungspychiatrien) bewerteten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut. Jeweils weniger als 10 % der psychiatrischen Einrichtungen stufen ihre wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein. Die übrigen sind in dieser Hinsicht unentschieden.

6.2 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Schließlich sollten sich die psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen auch zu ihren Erwartungen für das Jahr 2016 äußern (Abb. 42). Die Mehrheit der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen (67 %) sowie 46 % der psychiatrischen Fachkrankenhäuser erwarten keine Veränderung ihrer wirtschaftlichen Lage für dieses Jahr. Nur eine Minderheit von jeweils rund 15 % der psychiatrischen Einrichtungen erwartet eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation. Vor allem die Einrichtungspsychiatrien (41 %) gehen von einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation in 2016 aus, während dies nur 17 % der Abteilungspsychiatrien annehmen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 42: Wirtschaftliche Erwartungen für 2016



7 Literaturverzeichnis

Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt geändert durch Art. 436 des der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474).

Blum K (2003). Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).

Blum, K. Offermanns, M.; Müller, U. (2004): Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherung

Deutsches Krankenhausinstitut (2004 ff.): *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. www.dki.de.

G-BA (2011). Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/77/#details/1401/list-Context/beschluesse>)

Godemann F, Hauth I, Richert, A, Berton R (2015). Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 86: 367-372.

Kahl K, Bartusch S-M, Greetfeld M, Schulz M (2009). Differenzierung pflegerischer Aufgaben in der Psychiatrie durch neue Berufsbilder und Zusatzausbildungen. *Psychiatrische Praxis*, 36: 208-210.

Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (2003): Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern. Hamburg: LASI

Offermanns M (2010). Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).

Offermanns M (2008). Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).

Richter D (2007). Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag (978-3-88414-446-6)

Richter D, Berger K (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt*; 72:693-699.

Spießl H, Hausner H, Hajak G, Klein HE (2008). Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben – Wohin führt der Weg in der Psychiatrie? *Psychiatrische Praxis* 35: 265-266.