

**Manual mit evidenzorientierten Maßnahmen  
zum Abbau und zur Vermeidung von Überbelegung  
von (geschlossenen) Akutstationen**



## Impressum

### Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

### Themen

Maßnahmen zum Abbau von Überbelegung (geschlossener) Akutstationen; Definition monatlicher Maximalbelegung; Faktoren für Überbelegung (geschlossener) Akutstationen; Best-Practice-Beispiele; Indikatoren für die vergleichbare Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann, psychiatrische Versorgung

### Autoren

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Anna-Lena Petri  
Svenja Litzkendorf  
Constance Stegbauer

### Auftraggeber

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Ziele</b>	<b>5</b>
1.1	Auslastung von Akutstationen in psychiatrischen Einrichtungen	5
1.2	Projektziele	6
<b>2</b>	<b>Datengrundlage und Methodik</b>	<b>7</b>
2.1	Literaturrecherche	7
2.2	Sekundärdatenanalyse	8
2.3	Leitfadengestützte Interviews	8
2.4	Online-Befragung	9
2.5	Vorgehensweise zur Ableitung von Maßnahmen	9
<b>3</b>	<b>Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse</b>	<b>10</b>
3.1	Erkenntnisse aus der Literaturrecherche	10
3.2	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	10
3.3	Zusammenfassung der Interviews	11
3.4	Charakteristika der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen	11
<b>4</b>	<b>Evidenzorientierte Erweiterung der Definition von Überbelegung</b>	<b>13</b>
4.1	Ergebnisse zur Definition von Überbelegung	13
4.2	Fazit zur evidenzorientierten Definition von Überbelegung	15
<b>5</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>16</b>
5.1	Aufbau der Empfehlungen	16
5.2	Qualifiziertes Personal finden und binden	16
5.3	Ambulante und teilstationäre Versorgung stärken	20
5.4	Wohneinrichtungen stärken	27
<b>6</b>	<b>Zu prüfende Maßnahmen</b>	<b>34</b>
6.1	Einführung von Übergangseinrichtungen	34
6.2	Möglichkeit fakultativ geschlossener Stationen	34
6.3	Kooperationen zwischen Kliniken zum Verlegen von Patientinnen und Patienten ausbauen	36
6.4	Einführung oder Umsetzung von spezifischen Konzepten und/oder Modellvorhaben	37
<b>7</b>	<b>Fazit</b>	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>Literatur</b>	<b>44</b>
	Anhang 1 – Interviewleitfaden	46
	Anhang 2 – Struktur der Online-Befragung	49

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Stationsformen bei den an der Befragung teilnehmenden Kliniken .....	11
Abbildung 2: Schwerpunkte der an der Befragung teilnehmenden Kliniken.....	12
Abbildung 3: Einflussstärke Maßnahme "Mehr Personal".....	18
Abbildung 4: Einflussstärke Maßnahme "Hinreichend qualifiziertes Personal" .....	18
Abbildung 5: Einflussstärke verschiedener ambulanter Maßnahmen.....	21
Abbildung 6: Einflussstärke Maßnahme "Mehr aufsuchende Krisendienste" .....	24
Abbildung 7: Einflussstärke Maßnahme "Teilstationäre (Weiter-)Behandlung" .....	26
Abbildung 8: Einflussstärke Maßnahme "mehr geschlossene Wohneinrichtungen" .....	28
Abbildung 9: Einflussstärke Maßnahme "Stärkung der Kompetenzen des Personals in geschlossenen Wohneinrichtungen" .....	28
Abbildung 10: Einflussstärke Maßnahme "Pflegerische und ärztliche Beratung von Wohneinrichtungen durch die Klinik" .....	31
Abbildung 11: Einflussstärke Maßnahme "Mehr geschlossene Wohneinrichtungen" .....	33
Abbildung 12: Einflussstärke Maßnahme "Möglichkeit von fakultativ geschlossenen Stationen" .....	35
Abbildung 13: Einflussstärke Maßnahme "Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen" .....	36
Abbildung 14: Einflussstärke Maßnahme "Regionales Budget" .....	38
Abbildung 15: Umgesetzte Konzepte der teilnehmenden Kliniken .....	39

## Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMZ	Bettenmessziffer
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
IRC/NIR	Internal Regulation Committees
NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
PDU	Psychiatric decision unit
pHKP	Psychiatrische häusliche Krankenpflege
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SpDi	Sozialpsychiatrische Dienste
StäB	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZVP	Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem

# 1 Hintergrund und Ziele

## 1.1 Auslastung von Akutstationen in psychiatrischen Einrichtungen

Psychische Krisen, die mit Eigen- oder Fremdgefährdung einher gehen und bei denen keine andere geeignete Versorgung möglich ist, können zu einer Unterbringung gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person auf einer (geschlossenen) Akutstation in einer psychiatrischen Klinik oder Fachabteilung führen. Die rechtliche Grundlage für einen solchen Grundrechtseingriff bei Erwachsenen bilden die §§ 17 oder 18 NPsychKG oder § 1831 BGB. In Niedersachsen erfolgt die Unterbringung in der für das Gebiet zuständigen nach Niedersächsischem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) beliehenen psychiatrischen Klinik bzw. Fachabteilung der Erwachsenenpsychiatrie. Hier werden u. a. Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen versorgt, die einer kurzfristigen Notfall- und intensivpsychiatrischen Versorgung bedürfen. Insgesamt 27 Kliniken und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie sind für Niedersachsen zuständig.

Aus der Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen liegen Hinweise vor, dass diese (geschlossenen) Akutstationen der beliehenen psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen häufig hoch ausgelastet oder gar überbelegt sind. So geht aus den halbjährlichen Datenerhebungen zu dieser Berichterstattung hervor, dass viele Stationen eine monatliche durchschnittliche Auslastung der Betten von 85 % überschreiten. Einige Stationen berichten sogar eine monatliche durchschnittliche Auslastung von über 100 %. Dies trifft sowohl für Versorgungsgebiete mit einer hohen als auch für Versorgungsgebiete mit einer niedrigen Bettenmessziffer zu. Nach NPsychKG beliehene Kliniken und Fachabteilungen sind dazu verpflichtet, die Personen, die in ihrem Einzugsgebiet eine psychische Krise erleben und einer Unterbringung nach NPsychKG oder BGB bedürfen, aufzunehmen und zu versorgen, unabhängig von der Auslastung der entsprechenden Akutstationen. Die Belegung der akutpsychiatrischen Stationen hängt daher auch vom externen Zuweisungsgeschehen ab, dass nicht von den Stationen bzw. Kliniken beeinflusst werden kann.

Überbelegte Akutstationen sind jedoch nicht nur für die Beschäftigten eine Herausforderung, insbesondere das therapeutische Milieu, die Vermeidung von Gewalt und besonderen Sicherungsmaßnahmen (z. B. Fixierung oder Isolierung) sowie nicht zuletzt das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten werden hierdurch beeinträchtigt. Vor diesem Hintergrund sieht das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung Handlungsbedarf, um einerseits einen evidenzorientierten Referenzwert für Überbelegung von Stationen zu entwickeln und zum anderen Maßnahmen zur Vermeidung der Überbelegung definieren und empfehlen zu können.

## 1.2 Projektziele

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung das Projekt „Abbau und Vermeidung von Überbelegung (geschlossener) psychiatrischer Akutstationen“ in Auftrag gegeben, um konkrete Maßnahmenvorschläge zu erarbeiten. Den beiden folgenden Zielen sollte das Projekt nachgehen:

1. Identifizieren von Maßnahmen zum Abbau und zur Vermeidung von Überbelegung von (geschlossenen) psychiatrischen Akutstationen
2. Erstellen eines Manuals zur Umsetzung der oben genannten Maßnahmen

Um diese beiden Ziele zu erreichen, waren folgende Aufgaben zu übernehmen:

- Definieren, welche monatliche durchschnittliche Belegung einer (geschlossenen) Akutstation in Niedersachsen als maximal gelten kann, damit eine Station nicht überbelegt ist. Diese Definition soll wissenschaftlich begründet sein.
- Identifizieren von internen und externen Faktoren, die die Überbelegung von (geschlossenen) Akutstationen bewirken.
- Identifizieren von Maßnahmen, die zum Abbau von Überbelegung von (geschlossenen) Akutstationen beitragen, unterschieden nach externen und internen Faktoren. Wenn relevant sollen die Ergebnisse des Projektes Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP) berücksichtigt werden.
- Identifizieren von Best-Practice Beispielen aus Niedersachsen oder Best-Practice Beispielen, die auf Niedersachsen übertragen werden können.
- Synopsis: Zusammenstellen von Maßnahmen zum Abbau von Überbelegung von geschlossenen Akutstationen und Aufbereitung in Form eines Manuals für die interessierte Öffentlichkeit.

Die Ergebnisse des Projektes sollen darauf hinwirken, die Versorgung von Menschen, die nach NPsychKG untergebracht sind, zu verbessern und somit dazu beitragen, Beschlüsse zur Unterbringung eher aufheben zu können. Es sollen Ansatzpunkte aufgezeigt werden, die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen weiterzuentwickeln. Zudem könnten die Ergebnisse ggf. in die Landespsychiatrieberichterstattung einfließen und diese somit inhaltlich weitergestalten.

## 2 Datengrundlage und Methodik

Die beschriebenen Ziele wurden sowohl mit Rückgriff auf wissenschaftliche Publikationen als auch auf empirische (qualitativen und quantitativen) Untersuchungen umgesetzt. Die hier dargestellten Empfehlungen zum Abbau und zur Vermeidung von Überbelegung von (geschlossenen) psychiatrischen Akutstationen wurden mit Hilfe folgender vier Methoden erarbeitet:

- Literaturrecherche, insbesondere zu bereits existierenden (Pilot-)Projekten zum Thema Überbelegung und „Regionale Vernetzung“ im Bereich der psychiatrischen Gesundheitsversorgung bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren sowie zu Projekten, mit Hinweisen auf die Vermeidung von Unterbringung an sich
- Sekundärdatenanalyse von Zeitreihen zur durchschnittlichen Belegung aus der Landespsychiatrieberichterstattung (bereitgestellt durch das Ministerium)
- Leitfadengestützte Interviews mit medizinisch und pflegerisch verantwortlichen Personen aus acht nach NPsychKG beliehenen psychiatrischen Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie in Niedersachsen
- Online-Befragung der 27 nach NPsychKG beliehenen psychiatrischen Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie

Die jeweiligen Ergebnisse wurden in die Beschreibung der Maßnahmenvorschläge (s. Kapitel 5) und in die zu prüfenden Maßnahmen (s. Kapitel 6) integriert.

### 2.1 Literaturrecherche

Die erste methodische Herangehensweise bestand in einer Literaturrecherche in der bibliografischen Datenbank Medline (via PubMed) und in sog. „grauer“ Literatur. Der Fokus der Recherche lag dabei auf der Auslastung von Akutstationen und deren Ursachen, einer Definition von Maximal- oder Überbelegung sowie Maßnahmen zur Vermeidung überbelegter Stationen.

Es wurde gezielt nach bereits existierenden (Pilot-)Projekten gesucht, die das Thema „Überbelegung“ adressieren. Von besonderem Interesse waren zudem (Pilot-)Projekte, die das Thema „Regionale Vernetzung“ im Bereich der psychiatrischen Versorgung betrachten bzw. die sog. Gemeindepsychiatrische Zentren im Fokus haben. Darüber hinaus erfolgte eine Suche nach Projekten oder Studien, die zwar gezielt eine Reduzierung von Grundrechtseinschränkungen im Rahmen von Unterbringungen in Kliniken als Gegenstand haben, die aber möglicherweise gleichzeitig Hinweise auf die Vermeidung der Unterbringungen an sich liefern. Zusätzlich wurde hinsichtlich des Kontexts Intensivstationen gesucht, da Intensivstationen einen vergleichbaren „Aufnahmedruck“ haben. Zudem wurden bzw. werden vor dem Hintergrund der Coronapandemie voraussichtlich auf Intensivstationen zahlreiche Studien und Untersuchungen zu Konzepten zum Umgang mit Überbelegung durchgeführt.

Die Literaturrecherche in PubMed wurde mittels folgender Suchsyntax durchgeführt:

*Suchsyntax PubMed:*

```
(((((overcrowd*[Title/Abstract])) OR ('occupancy rate'[Title/Abstract])) OR (bed occupancy[MeSH Terms])) OR (patient* load*[Title/Abstract])) OR ('capacity utilisation'[Title/Abstract])) OR ('capacity utilization'[Title/Abstract])) AND (((((((psychiat*[Title/Abstract]) OR ('acute ward'[Title/Abstract])) OR ('acute care'[Title/Abstract])) OR ('intensive care'[Title/Abstract])) OR ('ICU'[Title/Abstract])) OR ('mental health care'[Title/Abstract])) OR ('emergency department'[Title/Abstract])) OR ('closed ward'[Title/Abstract])) OR ('closed unit'[Title/Abstract])) OR (hospital, psychiatric[MeSH Terms])) AND ((english[Filter] OR german[Filter]) AND (2013:2023[pdat]))
```

Die Recherche der grauen Literatur erfolgte unsystematisch anhand ähnlicher Stichworte.

Die Recherchen erfolgten zu Beginn des Jahres 2023 und schlossen Veröffentlichungen ab 2013 ein. Eingeschlossen werden konnten Publikationen und Berichte in deutscher oder englischer Sprache.

## 2.2 Sekundärdatenanalyse

Für die Sekundärdatenanalyse lagen Daten der Kliniken aus der Landespsychiatrieberichterstattung zum zweiten Halbjahr 2019 sowie zu den Jahren 2020 bis einschließlich 2022 vor. Die nach NPsychKG beliehene psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie erfassen jeweils im Juli und Januar Informationen für das zurückliegende Halbjahr zu:

- entlassenen Behandlungsfällen, die nach §§ 17 oder 18 NPsychKG untergebracht wurden,
- den durchgeführten besonderen Sicherungsmaßnahmen (Fixierung und Isolierung) sowie
- die durchschnittliche Auslastung der beiden zurückliegenden Monate (Mai und Juni bzw. November und Dezember) von Stationen, auf denen Patientinnen und Patienten mit einem Unterbringungsbeschluss regelmäßig untergebracht werden.

Darüber hinaus wurden Betten- und Einwohnerzahlen zur Ermittlung der Bettenmessziffern (BMZ) herangezogen sowie auf Informationen aus der Krankenhausplanung<sup>1</sup> zurückgegriffen. Die Analyse wurde zum einen dazu genutzt, Kliniken mit möglichst unterschiedlichen Auslastungsquoten für die anschließend stattfindenden Interviews zu identifizieren (s. Kapitel 2.3). Zum anderen sollte mit einer explorativen, deskriptiven Analyse nach Hinweisen auf potenzielle Einflussfaktoren auf die Auslastungsquoten gesucht werden.

### Analysen zur Auswahl Kliniken für Interviews

Für die Auswahl der Kliniken für die Interviews konnte auf die Daten zum Zeitraum 2. Halbjahr 2019 bis einschließlich 1. Halbjahr 2022 zurückgegriffen werden (die Daten zum 2. Halbjahr 2022 lagen zum Zeitpunkt der Auswertung, Beginn 2023, noch nicht vor). Es wurde jeweils die durchschnittliche Auslastungsquote aller Akutstationen einer Klinik herangezogen und nicht der einzelnen Stationen. Weiterhin wurde die Datengrundlage auf den Zeitraum 1. Halbjahr 2021 bis einschließlich 1. Halbjahr 2022, beschränkt, da in den Daten des Jahres 2020 mutmaßlich eine „Coronadelle“ vorliegt. D.h. die Auslastungsquoten der Kliniken im Jahr 2020 waren sehr gering, was insbesondere auf die Vorgaben und Regelungen zum Infektionsschutz und den damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen zurückzuführen ist. Nach Berechnung der Mittelwerte und Mediane der Auslastungsquoten über alle Stationen und den gesamten Kliniken, wurde anhand der Auslastungsquoten der Kliniken eine Rangfolge gebildet. Dem Ministerium wurden sechs Kliniken mit den niedrigsten Auslastungsquoten (Mittelwert und/oder Median < 80 %) und zehn Kliniken mit den höchsten Auslastungsquoten (Mittelwert und/oder Median ≥ 90 %) vorgestellt. Die finale Auswahl aus diesen Kliniken erfolgte in Abstimmung mit dem Ministerium unter Berücksichtigung von weiteren dem Ministerium bekannten Faktoren wie separaten Kooperationsverträgen, potenziell relevante Projekte oder Konzepte, Historie der Kliniken (z. B. ehemaliges Landeskrankenhaus) sowie Größe der Klinik und der Bevölkerungsdichte des Einzugsgebiets. Insgesamt wurden acht Kliniken für die Interviews ausgewählt.

### Analysen zu potenziellen Einflussfaktoren auf die Auslastungsquote

Weiterhin wurden die BMZ analysiert. Dabei lagen die jeweiligen Betten- und Einwohnerzahlen sowie die daraus resultierende BMZ vor. Untersucht werden sollte, ob die BMZ einen unmittelbaren Zusammenhang mit den Auslastungsquoten hat.

## 2.3 Leitfadengestützte Interviews

Für die Interviews wurden je vier Kliniken mit einer überdurchschnittlich hohen sowie einer überdurchschnittlich niedrigen Auslastungsquote ausgewählt und durch das Ministerium für ein Interview angefragt. Eine Klinik hat ein Interview abgelehnt, hierfür wurde eine weitere Klinik nachrekrutiert. Idealerweise sollten sowohl eine ärztlich leitende Person als auch eine pflegerisch leitende Person der jeweiligen Klinik bzw. einer Akutstation an dem Interview teilnehmen. Der Fokus der explorativen Interviews lag dabei u.a. darauf, welche Faktoren die Auslastung der Kliniken beeinflussen, ab wann eine Überbelegung vorliegt und woran sich dies manifestiert. Zudem sollte erfragt werden, wie die Kliniken mit akuter Überbelegung umgehen und welche Maßnahmen und Konzepte umgesetzt werden, um Überbelegung zu vermeiden. Um eine strukturierte

---

<sup>1</sup> Krankenhausplanung kann auf der Webseite des Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung eingesehen werden. Link: <https://www.ms.niedersachsen.de/krankenhaeuser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html>

Durchführung der Interviews zu gewährleisten, wurde ein Leitfaden (s. Anhang 1) entwickelt. Alle Interviews wurden nach Zustimmung von den interviewten Personen tonaufgezeichnet (Tonband). Auf Seiten der Interviewer haben zwei bis drei Personen teilgenommen, eine Person, die das Interview geführt hat und eine weitere Person, die auf die Zeit und die Erfragung aller Inhalte geachtet hat. Die Audioaufnahmen wurden für die Auswertung vollständig transkribiert. Die Transkripte wurden mithilfe der Software MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz et al. 2022).

## 2.4 Online-Befragung

Aufbauend auf den Interviews wurde ein Befragungsinstrument entwickelt, welches die zentralen Ergebnisse aus den Interviews bei den beliebigen niedersächsischen Kliniken und Fachabteilungen quantifizieren sollte. Der Fragebogen bestand aus insgesamt sechs thematischen Blöcken und drei Zusatzfragen zur ausfüllenden Person. Neben allgemeinen Angaben zur Klinik waren u.a. auch Fragen zur persönlichen Wahrnehmung der Auslastung in der Klinik und auf den (geschlossenen) Akutstationen, zur Häufigkeit von Überbelegung und zur Eignung der Auslastungsquote als Kennzahl zur Beschreibung von Überbelegung sowie mögliche Alternativen dazu enthalten. Darüber hinaus wurde speziell nach klinikinternen und -externen Faktoren gefragt, die eine hohe Auslastung bzw. Überbelegung begünstigen können. Weiterhin sollten die teilnehmenden Kliniken Maßnahmen gegen Überbelegung und spezifische Konzepte, die auf den (geschlossenen) Akutstationen umgesetzt werden, angeben. Abschließend wurde nach Patientinnen- und Patientengruppen gefragt, die tendenziell eher zu einer hohen Auslastung bzw. Überbelegung beitragen und welcher Verbesserungsbedarf speziell bei Patientinnen und Patienten, die gemäß BGB oder NPsychKG untergebracht sind, besteht. Eine detaillierte Übersicht der Themenblöcke und der jeweiligen Unterfragen dazu ist im Anhang 2 zu finden. Befragt wurden alle 27 nach NPsychKG beliebigen psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie. Das Ministerium stellte den Kontakt mit den Kliniken her und versendete im Februar 2024 im Auftrag des aQua-Instituts einen Befragungslink sowie notwendige Projektinformationen. Insgesamt haben 14 Kliniken an der Befragung teilgenommen (Rücklaufquote: 52 %). Die Auswertung der Online-Befragung erfolgte deskriptiv mittels Microsoft Excel. Antworten auf offene Fragen wurden themenorientiert narrativ zusammengefasst, wobei soweit möglich Quantifizierungen vorgenommen wurden.

## 2.5 Vorgehensweise zur Ableitung von Maßnahmen

Um aus der Gesamtheit der aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen hervorgegangenen Erkenntnissen Maßnahmenvorschläge zu priorisieren, definierte das Projektteam spezifische Kriterien. Bevor die Kriterien angewendet werden konnten, wurden die aus den Erhebungen identifizierten Maßnahmenvorschläge zusammengefasst, Redundanzen entfernt und als Maßnahme formuliert. Zur Auswahl geeigneter Maßnahmen für dieses Manual wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- **Umsetzbarkeit/Praktikabilität**
  - Die praktische Durchführbarkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung politischer, institutioneller und finanzieller Kontexte, Voraussetzungen und Hindernisse ist gewährleistet.
  - Die Maßnahmen lassen sich (flexibel) an die Gegebenheiten der Einrichtungen anpassen.
- **Erwarteter Effekt/Wirksamkeit (Relevanz für die Befragten)**
  - Effektivität bzw. ein Nutzen der Maßnahme ist anhand der Interviews und Befragung zu erwarten.
  - Studienergebnisse oder Best-Practice-Beispiele und -Konzepte unterstützen die Bedeutsamkeit der Maßnahmen.

In einem Gespräch mit dem Ministerium wurden die Maßnahmenvorschläge, die anhand der beschriebenen Kriterien ausgewählt wurden, diskutiert. Darauf aufbauend wurden die im Kapitel 5 dargestellten Empfehlungen erstellt.

## 3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

### 3.1 Erkenntnisse aus der Literaturrecherche

Insgesamt konnten in der Recherche 70 potenziell relevante Publikationen und Berichte identifiziert werden. Nach einem Titel-/Abstractscreening wurden 28 Dokumente als relevant eingestuft und einer detaillierten Analyse durch mehrere Forschende unterzogen. Die Volltexte der eingeschlossenen Literatur wurden anhand von drei Aspekten (Referenzwert für Auslastung, Maßnahmen und Faktoren) gesichtet und aufgearbeitet. Nicht in jeder Studie waren alle Aspekte enthalten. Insgesamt betrachtet konnten erwartbar viele Studien zu Intensivstationen und Notaufnahmen gefunden werden. Weiterhin waren viele Studien aus den USA enthalten, aber auch Studien aus Brasilien, den Niederlanden und Großbritannien konnten identifiziert werden. Nicht alle im Vorfeld als relevant eingestuften Studien konnten im Nachhinein eingeschlossen werden. Oftmals war die Übertragbarkeit in das deutsche Gesundheitssystem und/oder in den psychiatrischen Bereich schwierig, sodass Studien nicht in das Manual aufgenommen wurden. Insgesamt sind die Ergebnisse aus 27 Publikationen in das Manual eingeflossen.

### 3.2 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

#### Auswahl der Kliniken für die Interviews

Aufbauend auf der Berechnung der Mittelwerte und Mediane konnte eine Rangfolge hinsichtlich der Auslastungsquoten der Kliniken gebildet werden. Die Auslastungsquoten variierten im Mittel zwischen 70,82 % und 99,67 %, wobei der mittlere Mittelwert 86,12 % betrug (vgl. Tabelle 1). Die Mediane lagen zwischen 72,55 % und 98,00 % (mittlerer Median 87,41 %). Jeweils die Hälfte der abschließend für die Interviews mit dem Ministerium ausgewählten Kliniken verfügten über unterdurchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Auslastungsquoten, sodass von einem ausgewogenen Interviewsample ausgegangen werden kann.

Tabelle 1: Übersicht zu den Auslastungsquoten der (geschlossenen) psychiatrischen Akutstationen der nach NPsychKG beliebigen Kliniken (2021 und 1. Halbjahr 2022), aufsteigend sortiert nach den Mittelwerten (Mw)

Mw in %	Ranking Mw	Median in %	Ranking Median	Mw in %	Ranking Mw	Median in %	Ranking Median
70,82	1	72,55	1	87,23	14	89,50	14
71,97	2	75,25	3	87,49	15	89,50	15
73,68	3	73,55	2	88,44	16	87,65	12
74,41	4	81,15	8	88,62	17	90,00	16
75,98	5	76,50	4	88,78	18	90,00	17
77,79	6	78,75	6	89,28	19	91,15	19
78,81	7	80,65	7	89,34	20	94,00	21
79,58	8	83,00	9	92,40	21	95,80	23
81,94	9	78,75	5	94,95	22	95,00	22
84,12	10	85,40	10	95,25	23	95,80	24
84,78	11	87,20	11	98,71	24	99,75	27
85,53	12	90,40	18	99,26	25	92,15	20
86,12	<i>mittlerer Mittelwert</i>	87,41	<i>mittlerer Median</i>	99,51	26	99,50	26
87,06	13	89,00	13	99,67	27	98,00	25

Die blau hinterlegten Kliniken wurden interviewt.

#### Einflussfaktoren auf die Auslastungsquote

Hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen BMZ und Auslastungsquote zeigte sich eine leichte Tendenz: Kliniken mit einer hohen Auslastungsquote befinden sich eher im unteren Drittel der BMZ. Allerdings befanden sich die sechs Kliniken mit einer niedrigen Auslastungsquote verstreut zwischen Rang 4 und 23 der BMZ, sodass sich kein eindeutiger Zusammenhang feststellen lässt.

### 3.3 Zusammenfassung der Interviews

Die acht Interviews fanden von März bis Mai 2023 statt. Sechs Interviews wurden persönlich in der jeweiligen Klinik und zwei online als Videokonferenz geführt, je nach Wunsch der Klinik und dem konkreten vereinbarten Termin. Insgesamt wurden 15 Personen interviewt. Hervorzuheben ist, dass an sieben von acht Interviews sowohl je ein/e leitende/r Arzt/Ärztin als auch je eine verantwortliche Person aus der Pflege teilgenommen haben. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 75 Minuten. Es konnten insgesamt 600 Minuten Audiomaterial mittels MAXQDA ausgewertet werden. Die Codierung erfolgt in der Auswertungssoftware sowohl deduktiv als auch induktiv. Während sich die Hauptcodes am aufgestellten Leitfaden orientieren (deduktives Codieren), stammen die Untercodierungen aus dem Material selbst (induktives Codieren). Es konnten folgende Hauptcodes aufgestellt werden:

- Begriff Überbelegung,
- Versorgungssituation/Herausforderungen in der Versorgung (sowohl klinikintern als auch extern),
- Maßnahmen gegen Überbelegung,
- Faktoren, die Überbelegung bewirken (sowohl klinikintern als auch extern),
- Patientenklientel,
- Auslastung der Einrichtung und Allgemeines zur Einrichtung.

Zu den Hauptcodes wurden je nach Datenmaterial unterschiedlich viele Untercodierungen gebildet. Die Ergebnisse ermöglichten detaillierte Einblicke in die Erfahrungen und Sichtweisen der Praktikerinnen und Praktiker, bildeten die Grundlage für die weiterführende Online-Befragung und flossen in die hier empfohlenen Maßnahmen ein.

### 3.4 Charakteristika der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen

An der Onlinebefragung beteiligten sich 14 der 27 angeschriebenen psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie, welches einer Rücklaufquote von 51,85 % entspricht. Die teilnehmenden Kliniken verfügen über durchschnittlich drei geschlossene Stationen mit durchschnittlich insgesamt 61 Betten, wobei eine große Heterogenität bei der Bettenanzahl je Klinik festzustellen ist (Spannweite 7 bis 148 Betten, Median 38 Betten). Auch die Zimmeraufteilung der geschlossenen Stationen ist sehr heterogen: Es gibt durchschnittlich 6 Ein-Bett-Zimmer (Spannweite 0 bis 26, Median 4), 22 Zwei-Bett-Zimmer (Spannweite 0 bis 58, Median 11) und 4 Drei-Bett-Zimmer (Spannweite 0 bis 14, Median 2).

Insgesamt betrachtet haben die Kliniken unterschiedliche Anteile an geschlossenen, fakultativ geschlossenen und offenen Stationen (s. Abbildung 1). Dabei hat jede Klinik mind. eine geschlossene Station.

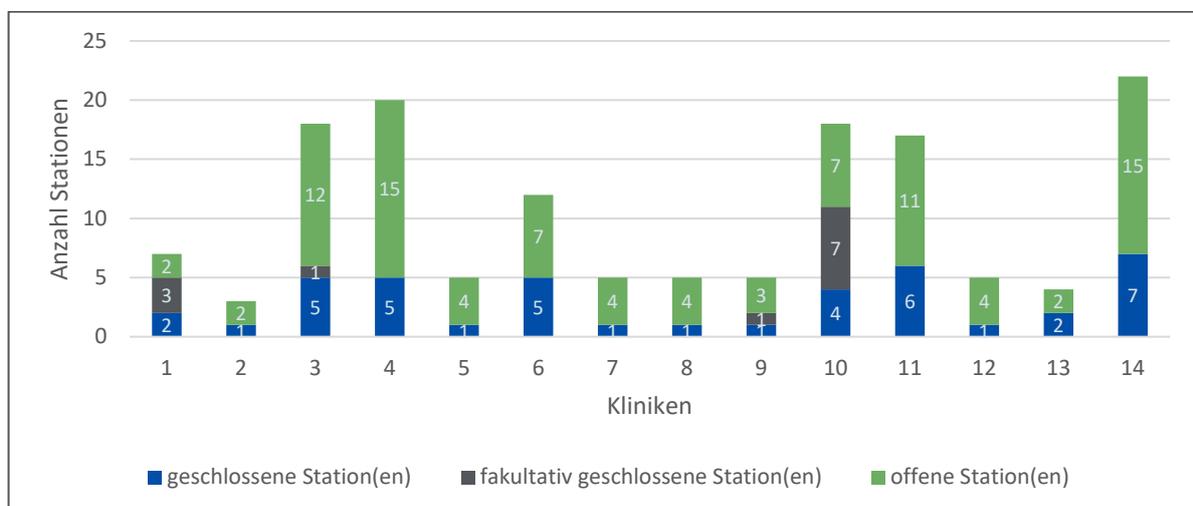


Abbildung 1: Verteilung der Stationsformen bei den an der Befragung teilnehmenden Kliniken

Die Kliniken haben sich diverse inhaltliche Schwerpunkte gesetzt (s. Abbildung 2).

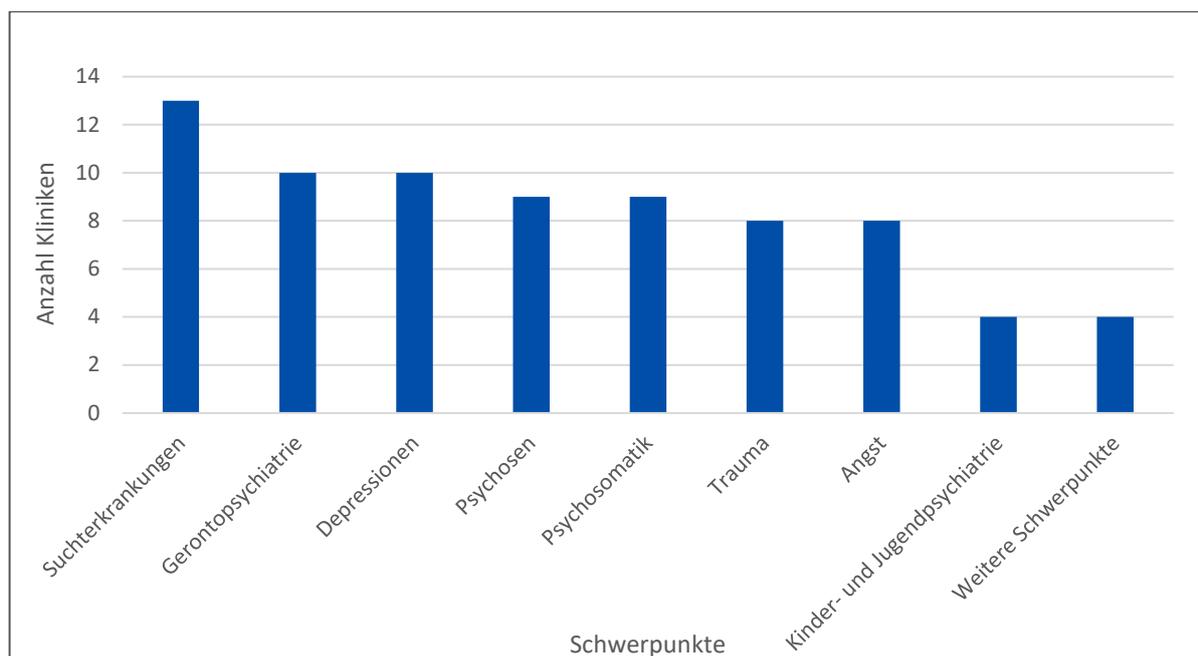


Abbildung 2: Schwerpunkte der an der Befragung teilnehmenden Kliniken

Neun Kliniken verfügen über eine oder mehrere psychiatrische Institutsambulanz(en) (PIAs) und elf Kliniken betreiben eine oder mehrere Tagesklinik(en). Alle teilnehmenden Kliniken verfügen über ein Belegungsmanagement. Hierbei werden durch Koordination und Kontrolle die aktuellen Belegungszahlen erfasst, um eine Überbelegung zu vermeiden, bzw. im Falle einer Überbelegung entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Neun Kliniken betreiben eine Notfallhotline, über die sich Betroffene und Angehörige im Vorfeld über eine stationäre Behandlung, insbesondere in akuten Krisensituationen, jederzeit fachkundig beraten lassen können.

Bei der Befragung wurde zudem die personelle Aufstellung thematisiert. Insgesamt gaben 9 von 14 Kliniken an, dass die vorgesehenen Stellen nicht ausreichend sind, um eine gute Versorgung auf den Akutstationen gewährleisten zu können. Insgesamt 4,57 % der ärztlichen/therapeutischen und 15,18 % der pflegerischen Stellen sind gemäß der Befragungsdaten nicht besetzt. Zudem sind unter dem Verwaltungspersonal und sonstigen Angestellten 8,47 % bzw. 15,45 % der Stellen vakant.

Tabelle 2: Vorgesehene und nicht besetzte Stellen in den Akutstationen der an der Befragung teilnehmenden Kliniken

	Vorgesehene Stellen	Nicht besetzte Stellen	Anteil nicht besetzter Stellen (%)
Ärztliches/therapeutisches Personal	589	26	4,57
Pflegerisches Personal	1344	204	15,18
Verwaltendes Personal	59	5	8,47
Sonstiges Personal	110	17	15,45

## 4 Evidenzorientierte Erweiterung der Definition von Überbelegung

In der Landespsychiatrieberichterstattung wird die durchschnittliche Auslastungsquote für die Monate Mai, Juni, November und Dezember jener Stationen erfasst, auf denen Patientinnen und Patienten mit einem Unterbringungsbeschluss nach NPsychKG regelmäßig untergebracht sind. Dies entspricht den (geschlossenen) Akutstationen. Die durchschnittliche Auslastungsquote wird ermittelt, indem die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt wird. In den geführten Interviews wurde berichtet, dass zur Ermittlung der durchschnittlichen Auslastungsquote die Mitternachtsstatistik herangezogen wird. Die Mitternachtsstatistik ist ein Begriff aus der Krankenhausstatistik und gibt die Anzahl der Patientinnen und Patienten um Mitternacht eines Tages an.

In der Literatur wird für psychiatrische Einrichtungen ab einer Auslastungsquote von 85 % bis 90 % von einer Überbelegung gesprochen (Royal College of Psychiatrists 2011). Es liegen jedoch Hinweise aus den Interviews und den Befragungen vor, dass eine Definition, die sich ausschließlich am Verhältnis von belegten zu vorhandenen Betten orientiert, zu kurz greift und wesentliche weitere Einflussfaktoren ausblendet. Insbesondere scheint die dabei zugrunde gelegte Mitternachtsstatistik, aufgrund der hohen Dynamik des Unterbringungs- und Versorgungsprozesses nur begrenzt geeignet. Eine umfassendere und evidenzorientierte Definition des Begriffs Überbelegung erscheint deshalb sinnvoll. Diese sollte neben der Patientenkonstellation und dessen Versorgungsaufwand auch die Größe der Station sowie die Anzahl und Qualifikation des Personals berücksichtigen.

### 4.1 Ergebnisse zur Definition von Überbelegung

Literaturrecherche: Die recherchierte Literatur bezieht sich vorwiegend auf Definitionen von Überbelegung im Kontext der Herausforderungen für die Versorgung. So wurde Überbelegung in unterschiedlichen Studien als eine Situation beschrieben, in der die Funktion einer Station beeinträchtigt ist; in den meisten Fällen aufgrund einer übermäßigen Anzahl von Patientinnen und Patienten, die die vorhandenen Ressourcen übersteigen. Konkret ist Überbelegung durch ein Ungleichgewicht zwischen der Verfügbarkeit von Betten, Leistungserbringern und anderen Ressourcen auf der Station (Angebot) und der Notwendigkeit, kritisch kranke Patientinnen und Patienten aufzunehmen zu können und zu versorgen (Nachfrage), gekennzeichnet (Lindner et al. 2021; Kenny et al. 2020; Habib et al. 2017; Emeny et al. 2013). Aus der Literatur geht hervor, dass eine hohe Belegungsrate sich negativ auf die Ergebnisse der Patientinnen und Patienten auswirkt und den Zugang zu den Leistungen einschränkt (Savioli et al. 2022; Soares 2017; Tierney et al. 2014). Es scheint jedoch keine übereinstimmenden Erkenntnisse darüber zu geben, wie die optimale Zielvorgabe für die Belegung von psychiatrischen Akutstationen aussehen sollte. Auch konnten keine Bemühungen recherchiert werden, wie die bisherigen Definitionen sinnvoll erweitert werden können. Einige Studien schlagen jedoch vor, zwischen hoher und niedriger Auslastung im Sinne des Versorgungsaufwands zu unterscheiden (Tierney et al. 2014), welches sich mit den Ergebnissen der Interviews und Befragungen deckt.

Interviews: In den Interviews gaben mehrere Befragte an, dass die Auslastungsquote keine geeignete Kennzahl zur Feststellung einer Überbelegung sei. Insbesondere mit zunehmender Stationsgröße nehme die Aussagekraft des prozentual belegten Bettenanteils ab. Die Interviewten konnten aber gleichzeitig keine geeignetere Kennzahl benennen. Hingegen wurde erläutert, was Situationen ausmacht, die sie als eine Überbelegung wahrnehmen. Vielmehr als die reine Bettenauslastung sei vor allem die Größe der Station und die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung einer deeskalierenden Umgebung sowie der Versorgungsaufwand an den Patientinnen und Patienten ausschlaggebend, wenn es um die Wahrnehmung von Überbelegung geht. So seien immer wieder auch Patientinnen und Patienten zu versorgen, die aufgrund ihrer akuten psychischen Krise nicht mit einer anderen Patientin bzw. einem anderen Patienten ein Doppelzimmer belegen können. In diesen Situationen wäre zwar ein Bett frei, es wäre aber nicht zumutbar, dieses zweite Bett in einem Doppelzimmer mit einer weiteren Patientin oder einem weiteren Patienten zu belegen. Somit steht das Bett der Station vorübergehend nicht zur Verfügung. Solche Situationen sind über die aktuell genutzte Kennzahl nicht abbildbar. Ein

solches, vorübergehend nicht belegbares Bett kann sich auch aus der Zusammensetzung von Frauen und Männern auf einer Station ergeben.

Auch die Mitternachtsstatistik als Bewertungsgrundlage für die Auslastung wird kritisch gesehen. Statt der Berücksichtigung tagesbezogener Aufnahmen und Entlassungen, könnten Tagesprofile, welche Zeiten mit besonderen Aufwendungen wie Fixierungen und Unterbringungen in Kriseninterventionsräumen abbilden, herangezogen werden. Für den Bereich der Intensivstationen gibt es vergleichbare Ansätze bspw. in Form von Beatmungstunden. Neben den beschriebenen Faktoren müsse auch die Anzahl und Qualifikation des Personals einbezogen werden. Dabei sollte diese nach Möglichkeit nicht für sich, sondern in Relation zum Versorgungsaufwand berücksichtigt werden.

**Befragung:** Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung sind weitestgehend übereinstimmend mit den Aussagen der Interviews. Rund 78,6 % der Befragten halten die Auslastungsquote nicht für eine geeignete Kennzahl, um Überbelegung feststellen zu können. Nach alternativen Parametern zur Operationalisierung der Auslastungsgrenze bzw. einer Überbelegung befragt, geben die Teilnehmenden ebenfalls die Berücksichtigung von Krankheitsbildern/-schwere und des Versorgungsaufwands an. Neben dem pflegerischen Aufwand sollte auch der therapeutische und diagnostische Versorgungsbedarf berücksichtigt werden. Ferner seien Maßnahmen der Intensivversorgung (z. B. Fixierungen und Isolierungen), die viele Kapazitäten der Versorgenden erfordern, bislang unzureichend abgebildet. Darüber hinaus werden auch Stationsgrößen und Zimmerbelegungen sowie patientenseitig das Gewaltpotential als relevante Einflussgrößen benannt.

In der Befragung wurde u.a. die Anzahl der (fakultativ) geschlossenen Stationen sowie die Anzahl der Betten in den jeweiligen Bereichen erfragt. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie viele Betten im Durchschnitt nicht belegt sein dürfen, um eine Auslastungsquote von 85 % nicht zu überschreiten.

*Tabelle 2: Anzahl Betten, die durchschnittlich nicht belegt sein dürfen, um eine Auslastungsquote von 85 % nicht zu überschreiten*

	Anzahl geschlossene Stationen	Anzahl Betten auf geschlossenen Stationen	Anzahl durchschnittlich nicht belegter Betten, bei einer Auslastungsquote $\leq 85\%$
Klinik 1	2	39	6
Klinik 2	1	16	3
Klinik 3	5	108	17
Klinik 4	5	111	17
Klinik 5	1	22	4
Klinik 6	5	108	17
Klinik 7	1	7	2
Klinik 8	1	25	4
Klinik 9	1	17	3
Klinik 10	4	67	11
Klinik 11	6	126	19
Klinik 12	1	24	4
Klinik 13	2	36	6
Klinik 14	7	148	23
	Anzahl fakultativ geschlossene Stationen	Anzahl Betten auf fakultativ geschlossenen Stationen	Anzahl durchschnittlich nicht belegter Betten, bei einer Auslastungsquote $\leq 85\%$
Klinik 1	3	40	6
Klinik 2	1	16	3
Klinik 3	1	20	3
Klinik 4	7	98	15

## 4.2 Fazit zur evidenzorientierten Definition von Überbelegung

Die Recherchen, Erhebungen und deren Analysen bieten keine Evidenz für die aktuell eingesetzten Auslastungsquote von 85 % zur Bestimmung von Überbelegung. Gleichzeitig lässt sich aber auch kein anderer geeigneterer Grenzwert ableiten. Wird die Auslastungsquote als Kennzahl für Überbelegung genutzt, dann wird 85 % als Grenzwert zur Überbelegung definiert (Royal College of Psychiatrists 2011). Insbesondere für Stationen mit wenig Betten hat ein belegtes Bett mehr oder weniger großen Einfluss auf deren Auslastungsquote.

Die Auslastungsquote scheint nur ein beschränktes Bild der tatsächlichen Auslastung zu geben. Die Auslastungsquote tendiert dazu, Überbelegung von (geschlossenen) Akutstationen zu unterschätzen, da immer wieder Betten aus unterschiedlichen Gründen (Situation von Patientinnen/Patienten oder Personal) nicht belegt werden können, diese aber in der Auslastungsquote bzw. der zugrundeliegenden Mitternachtsstatistik als belegbares, nicht belegtes Bett geführt werden. Somit liegt ggf. eine hohe Auslastung bzw. eine Überbelegung vor, obwohl die Auslastungsquote dies nicht anzeigt. Dieses trifft insbesondere auf kleine Stationen zu.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Betrachtung der tatsächlich belegbaren Betten unter Berücksichtigung der Patientenkonstellation und der verfügbaren personellen Ressourcen eine zuverlässigere Einschätzung zur Auslastung und ggf. vorliegenden Überbelegung zu. In Betracht gezogen werden könnten beispielsweise die durchschnittliche Auslastung der tatsächlich belegbaren Betten oder die durchschnittliche Anzahl der tatsächlich belegbaren, freien Betten im Verhältnis zur durchschnittlichen Anzahl an neuen Unterbringungen je Tag. Aus Perspektive der Fähigkeit einer Klinik, ungeplant Personen auf (geschlossene) Akutstationen aufnehmen zu können, könnte betrachtet werden, an wie vielen Tagen die Stationen weniger als 2 (oder mehr, je nach durchschnittlicher Anzahl an neuen Unterbringungen je Tag) belegbare Betten vorhalten konnten. Ganz konkret wäre die Angabe an Stunden, in denen die Klinik bzw. Fachabteilung nicht in der Lage war, ungeplant weitere Patientinnen und Patienten aufzunehmen, ohne tatsächlich überbelegt zu sein. Dies würde auch die über den Tag schwankende Auslastung von Stationen berücksichtigen können.

Die hier aufgeführten Möglichkeiten berücksichtigen einige Schwächen der Auslastungsquote basierend auf der Mitternachtsstatistik. Der Nachteil all dieser Optionen ist allerdings, dass diese Zahlen, im Vergleich zur Auslastungsquote basierend auf der Mitternachtsstatistik, von den Kliniken und Fachabteilungen zuverlässig nur mit viel Aufwand zu ermitteln sind. Mit Blick auf die Zielstellung, die mit der Auslastungsquote als Kennzahl verfolgt wird, dem Erkennen von besonders hoch ausgelasteten bzw. überbelegten Stationen, kann somit festgehalten werden, dass die durchschnittliche monatliche Auslastungsquote von 85 % spezifisch ist und überbelegte Stationen anzeigt, ggf. aber nicht sensitiv genug ist, um alle überbelegten Stationen zu identifizieren.

## 5 Empfehlungen

### 5.1 Aufbau der Empfehlungen

Der Aufbau der Empfehlungen zum Abbau und zur Vermeidung von Überbelegung folgt jeweils dem gleichen Muster: Zunächst wird die Empfehlung benannt. Anschließend werden die Herausforderungen bzw. die IST-Situation, die mit der jeweiligen Empfehlung einhergehen, beschrieben, um darauf aufbauend einen Handlungsoptionen vorzustellen. Dieser basiert auf den gewonnenen Erkenntnissen aus der Literaturrecherche, den durchgeführten Interviews und/oder der Online-Befragung, welche jeweils beschrieben werden. Danach werden die Akteure benannt, die mit der Empfehlung angesprochen werden und abschließend werden die Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann, beschrieben.

### 5.2 Qualifiziertes Personal finden und binden

Die Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen stellt einen wesentlichen Faktor für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung dar. Bereits seit Jahren ist jedoch ein Fachkräftemangel in den Einrichtungen zu verzeichnen. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Neben der Babyboomer-Generation, die bis 2036 in Rente geht, tragen vor allem Standortfaktoren dazu bei, dass es im ländlichen Versorgungsraum an ärztlichem und pflegerischem Personal fehle. Auch eine zunehmende Konkurrenz um Fachkräfte durch den ambulanten Versorgungsbereich ist zu beobachten.

In diesem Maßnahmenblock wird eine Empfehlung gegeben, die auf eine Stärkung des Personals in den Einrichtungen fokussiert.

### Qualifiziertes Personal finden und binden



#### Empfehlung

*„In den Kliniken sollten Fluktuation minimiert und erfahrene Mitarbeitende gebunden werden.“*

- Um die Folgen des Fachkräftemangels auf den (geschlossenen) Akutstationen in Niedersachsen abzumildern, sind Anstrengungen zur Bindung des eigenen Personals zu unternehmen. Möglichkeiten zur Weiterbildung und interne Mentoringprogramme können dabei unterstützen, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu steigern und Personal zu binden.
- Dabei geht es insbesondere um qualifiziertes Fachpersonal, welches entweder über weitreichende Erfahrungen in der akutpsychiatrischen Versorgung oder über relevante Zusatzqualifikationen (z. B. Deeskalationstraining) verfügt.
- Eine Delegation (ärztlicher) Leistungen an Pflegefachkräfte scheint vor dem Hintergrund der unter Kapitel 3.4 dargestellten pflegerischen Personalsituation nicht zielführend zu sein. Eine Verlagerung in den ambulant fachärztlichen Versorgungsbereich könnte die Belastung für das Klinikpersonal jedoch entspannen. Auch eine Delegation von (nicht-ärztlichen) Leistungen an ungelernete, jedoch geeignete Kräfte („1:1-Betreuungspool“) ist möglich.
- Auch ein Ausbau von Stellen, begründet z. B. durch einen besonderen Versorgungsaufwand und die Notwendigkeit für 1:1-Betreuungen, kann in Betracht gezogen werden.

**Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich an die Kliniken selbst, aber auch die Gesundheitspolitik.

**Begründung**

**Literaturrecherche:** Mangelndes, unerfahrenes und häufig fluktuierendes Personal ist auch in einer der recherchierten Studien als Faktor für Überbelegung in Kliniken beschrieben: Als Maßnahmen zur Vorbeugung und Bewältigung damit verbundener Belastungen wird u. a. die Möglichkeit für eine vorübergehende Aufstockung des Personals in Zeiten der Überlastung benannt. Um Personal langfristig zu binden und Fluktuation entgegenzuwirken werden außerdem Mentorenprogramme für weniger erfahrene Mitarbeitende, eine höhere Vergütung für Überstunden sowie die Ausbildung neuer Mitarbeitenden empfohlen (Bagshaw et al. 2017).

**Interviews:** In den Interviews ist das Thema ärztliches und pflegerisches Personal in verschiedensten Ausführungen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten zur Sprache gekommen. Insgesamt sei es schwierig, qualifiziertes Personal zu gewinnen, da das Personal im psychiatrischen Bereich vor allem aufgrund des Arbeitsbereiches sorgfältig ausgewählt werden müsse.

Die Interviewten berichteten häufig davon, dass es schwierig sei, insbesondere Fach- und Oberärztinnen und -ärzte zu gewinnen. In einem Fall arbeiteten bspw. die Chefärztinnen und -ärzte oberärztlich mit, da die Klinik zu der Zeit keine einzige Oberärztin bzw. keinen einzigen Oberarzt hatte. Oftmals würden Studierende nach dem Praktischen Jahr oder der Famulatur in der Klinik verbleiben. Ohne eine Universität in der Nähe einer Klinik sei es demzufolge schwieriger, ärztliches Personal auf diese Weise zu gewinnen. Insgesamt stelle sich die Gewinnung von Personal im ländlichen Bereich als schwieriger dar. Daneben sei die Konkurrenz des ambulanten Sektors (attraktivere Rahmenbedingungen) enorm hoch und Abwerbungsversuche des vorhandenen ärztlichen Personals seien an der Tagesordnung.

Aufgrund dessen seien viele Kliniken auf die Gewinnung von ausländischem ärztlichem Personal angewiesen. Allerdings seien hier insbesondere die bürokratischen Hürden hoch. Ausländische Ärztinnen und Ärzte brauchen eine Berufserlaubnis und eine Fachsprachenprüfung, um in Deutschland tätig sein zu können. Die Fachsprachenprüfung sei für die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung eine Grundvoraussetzung, der Prozess selbst sei allerdings nach Aussagen der Interviewten oft sehr langwierig – allein die Wartezeiten auf die Termine für die Prüfungen seien äußerst lang (z.T. mehrere Monate). Die Zusammenarbeit mit den dafür zuständigen Ämtern sei schwierig. In diesem Zusammenhang wurde auch ein Sonderparagraf erwähnt, den es zur Pandemiezeit gegeben habe. Dieser sei äußerst hilfreich gewesen, da das ausländische Personal dadurch auch ohne Fachsprachenprüfung beginnen konnte und diese im Verlauf nachgeholt hätte. In einer Klinik wurde davon berichtet, dass aufgrund des Personalmangels ausländische Kolleginnen und Kollegen mit Fachsprachenprüfung, aber ohne Approbation eingestellt werden würden. Diese würde nachgeholt. Neben den bürokratischen Hürden sei die Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal aus dem Ausland insgesamt aufgrund von Sprachbarrieren und einer intensiven Einarbeitungsphase sehr aufwändig.

Darüber hinaus werden weitere Hürden bzgl. des Personals angesprochen: Zum einen hätten die Arbeitsanforderungen zugenommen. Hier wurden insbesondere die administrativen Aufgaben genannt. Zum anderen gäbe es mehr Teilleistungen und das Personal identifiziere sich nicht mehr so stark mit einer Station bzw. einem Fachbereich, sondern rotiere stärker. Die Work-Life-Balance habe sich geändert. Weiterhin hätte die Qualität der pflegerischen Übergabe abgenommen. Eine Person berichtete bspw., dass sie bzw. er früher viel von der pflegerischen Übergabe über die Patientinnen und Patienten gelernt habe, da viel inhaltlich diskutiert wurde. Dies wird nun nicht mehr so wahrgenommen. Zudem gäbe es mehr Fluktuation und damit Neueinstellungen, was mit intensiven Einarbeitungen verbunden sei.

Hilfreich sei außerdem ein Ausbau der pflegerischen Ausbildungsplätze. Durch Pflegeschulen direkt an der Klinik könne Personal gewonnen werden. Zu guter Letzt wurde noch das Thema gesellschaftliche Wertschätzung angesprochen. Eine Person sprach bspw. davon, dass es im psychiatrischen Bereich keinen Coronabonus gegeben habe und sich deswegen pflegerische Auszubildende nicht für die Psychiatrie entschieden hätten, da ihnen die Wertschätzung gefehlt habe.

**Befragung:** Hinsichtlich der Frage, inwiefern mehr Personal zu einer Reduzierung von Überbelegung auf den Akutstationen beitragen könne, schätzte der überwiegende Teil der Befragten einen positiven Effekt. Während die Teilnehmenden von vier Einrichtungen angaben, ein Ausbau an Personalkapazitäten trüge „gar nicht“ oder „wenig“ dazu bei, Überbelegung abzubauen, bewerteten zehn Teilnehmende den Einfluss mit „eher“, „viel“ und „sehr stark“ (s. Abbildung 3).

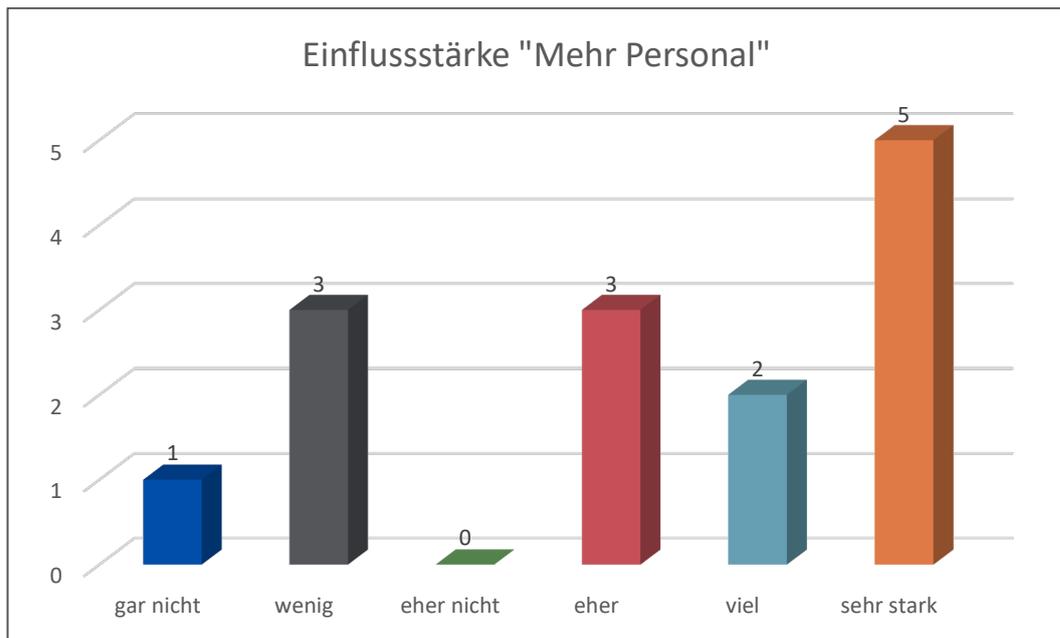


Abbildung 3: Einflussstärke Maßnahme "Mehr Personal"

Bezüglich des Faktors „hinreichend qualifiziertes Personal“ zeigt sich ebenfalls eine überwiegend positive Einschätzung der Teilnehmenden. Drei Befragte gaben an, ausreichend qualifiziertes Personal könne eine hohe Auslastung auf den Akutstationen „eher nicht“ vermindern. 13 Teilnehmende quantifizierten den Effekt hingegen mit „eher“, „viel“ oder „sehr stark“ (s. Abbildung 4).

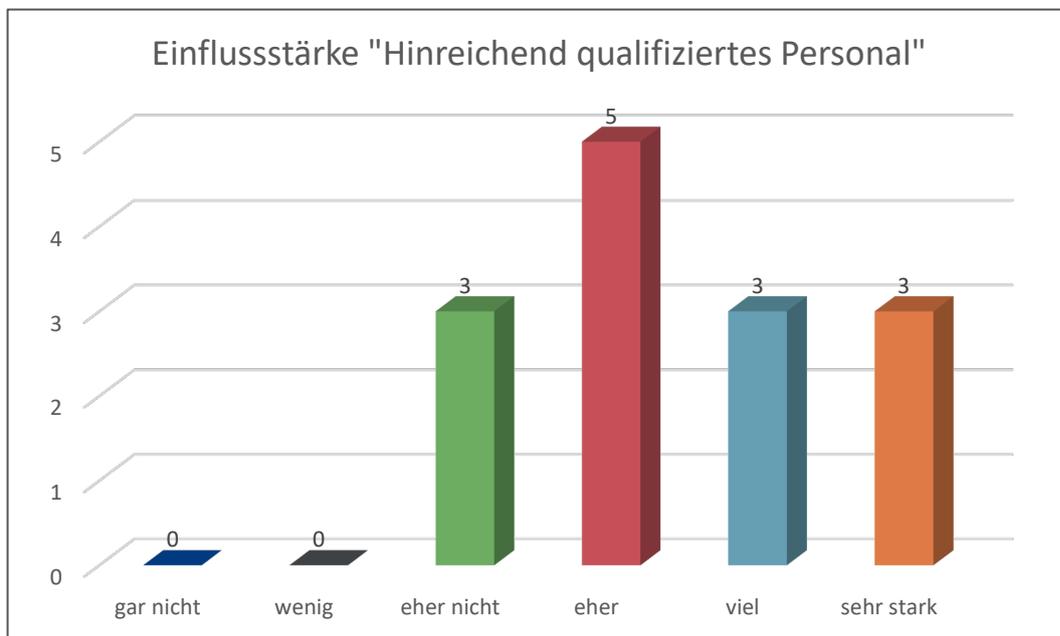


Abbildung 4: Einflussstärke Maßnahme "Hinreichend qualifiziertes Personal"



Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann

#### Indikator 1: Fluktuationsquote pflegerisches Personal

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst die Fluktuationsquote des pflegerischen Personals auf (fakultativ) geschlossenen Stationen.
<b>Zähler</b>	Freiwillige Abgänge des pflegerischen Personals auf (fakultativ) geschlossenen Stationen in einem definierten Zeitraum
<b>Nenner</b>	Durchschnittlicher pflegerischer Personalbestand auf (fakultativ) geschlossenen Stationen im selben Zeitraum
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst geringe Fluktuationsquote des pflegerischen Personals auf (fakultativ) geschlossenen Stationen

#### Indikator 2: Fluktuationsquote ärztlich-therapeutisches Personal

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst die Fluktuationsquote des ärztlich-therapeutischen Personals auf (fakultativ) geschlossenen Stationen.
<b>Zähler</b>	Freiwillige Abgänge des ärztlich-therapeutischen Personals auf (fakultativ) geschlossenen Stationen in einem definierten Zeitraum
<b>Nenner</b>	Durchschnittlicher ärztlich-therapeutischer Personalbestand auf (fakultativ) geschlossenen Stationen im selben Zeitraum
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst geringe Fluktuationsquote des ärztlich-therapeutischen Personals auf (fakultativ) geschlossenen Stationen

### 5.3 Ambulante und teilstationäre Versorgung stärken

Einige Patientinnen und Patienten, die stationär versorgt werden, könnten auch im ambulanz-fachärztlichen Bereich, über gemeindenahen, aufsuchende Dienste sowie im Rahmen von teilstationären Versorgungsangeboten aus Sicht der Befragten bedarfsgerecht versorgt werden. Die Überbelegung der psychiatrischen (geschlossenen) Akutstationen lässt sich somit zum Teil auf sogenannte „Fehlbelegungen“ zurückführen, die dieser intensiven Versorgung nicht (mehr) bedarf, aber aufgrund von fehlenden geeigneten anderen Versorgungsangeboten (weiterhin) stationär versorgt werden.

Somit kann die Stärkung verschiedener ambulanter und teilstationärer Versorgungsmöglichkeiten zur Reduzierung der Auslastung psychiatrischer Kliniken und Stationen beitragen.

#### Ambulante und gemeindenahen Behandlungsoptionen stärken und aktivieren



##### Empfehlung

*„Ambulante Behandlungskapazitäten sollen ausgebaut und bedarfsgerechter genutzt werden, um die Notwendigkeit akutenpsychiatrischer Behandlungen zu reduzieren und Möglichkeiten für eine zeitnahe, geeignete Anschlussversorgung zu gewährleisten.“*

- Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollen ambulante Versorgungsangebote ausgebaut und vorhandene Akteure in ihrer zentralen Rolle bei der bedarfsgerechten Steuerung von Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Insbesondere in ländlichen Regionen braucht es Zugang zu wohnortnahen und kurzfristig verfügbaren Angeboten, die greifen, ehe eine intensivpsychiatrische Behandlung notwendig wird. Auch wenn bereits eine akutenpsychiatrische Behandlung stattgefunden hat und abgeschlossen ist, werden ambulante Nachsorgemöglichkeiten für eine Anschlussbehandlung benötigt.
- Mehr ambulante Behandlungskapazitäten sowie die Sicherstellung eines fachärztlichen Bereitschaftsdienstes in den Kommunen, der auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen eine kompetente Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige bietet, könnte psychiatrische Einrichtungen dabei unterstützen, sich auf ihre Kernaufgaben in der Notfallversorgung zu fokussieren und intensivpsychiatrische Kapazitäten freizuhalten bzw. zügiger wieder freizumachen.
- Auch ambulante Versorgungsmöglichkeiten, die durch die Kliniken selbst erbracht (z. B. aufsuchende Versorgung durch PIA) oder verordnet (z. B. psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP)) werden können, sind als Lösungsansatz zu fokussieren.
- **Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich an alle Akteure des Einzugsgebiets der Klinik: politische Entscheidungsträger, Kostenträger (SGB V und SGB IX), kassenärztliche Vereinigung, ambulanz-fachärztliche Leistungserbringer, Eingliederungshilfe, aber auch an die Kommunen und Sozialpsychiatrischen Verbände sowie die Kliniken.



##### Begründung

**Literaturrecherche:** In der Literatur sind mangelnde Kapazitäten in der Primärversorgung bzw. eine unzureichende ambulante Infrastruktur als beeinflussende Input-Faktoren für Überbelegung beschrieben (Kenny et al. 2020). Die Verlegung von elektiven und nicht erforderlichen Behandlungen in den ambulanten Bereich wird im Zusammenhang mit einer hohen Auslastung als geeignete Strategie beschrieben, ebenso wie die Einrichtung und der Ausbau gemeindepsychiatrischer Zentren, die eine Behandlung im lokalen Umfeld ermöglichen (Jeppesen et al. 2016).

**Interviews:** In den Interviews berichteten die Befragten häufig von Patientinnen und Patienten, die im ambulanz-fachärztlichen Bereich kein Behandlungsangebot erhalten haben oder lange Wartezeiten überbrücken mussten. Die fehlende Versorgung führe in vielen Fällen zu einer Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit. Aus Sicht der Interviewteilnehmenden, sei insbesondere in akuten Krisen erforderlich, zeitnah eine fachlich kompetente Anlaufstelle zur Verfügung zu haben, bevor eine intensivpsychiatrische Behandlung notwendig wird. Auch im Anschluss an eine akutenpsychiatrische Unterbringung ist eine Entlassung in eine geeignete ambulante oder teilstationäre Weiterversorgung

aufgrund mangelnder Kapazitäten häufig nicht möglich. Ein rund um die Uhr besetzter fachärztlicher Bereitschaftsdienst wird in diesem Zusammenhang als geeignete Maßnahme zur Reduzierung vermeidbarer akupsykiatrischer Behandlungen beschrieben. Um die Erreichbarkeit im ländlichen Raum zu gewährleisten, wird ein mobiler Service, der die Betroffenen in ihrer Häuslichkeit aufsucht, als Lösung skizziert. Aber auch andere ambulante Unterstützungsformen wie bspw. die pHKP als intensive, kurzfristig verfügbare Unterstützung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden auf Basis eigener Erfahrungen der Kliniken als mögliche Maßnahme sowohl zur Vermeidung eines akupsykiatrischen Aufenthaltes als auch nach einem stationären Aufenthalt betrachtet. Auch berichteten die Befragten, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit einem Angebot an psychiatrischer Behandlung zur Entlastung von Akutstationen beitragen können, in dem vorstellige Patientinnen und Patienten, deren Zustand keine akupsykiatrische Behandlung erfordere, hierhin umgeleitet und eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten können.

**Befragung:** In der Umfrage wurden die Teilnehmenden zunächst nach Gründen befragt, die ihrer Einschätzung nach auf den (geschlossenen) Akutstation(en) zu einer hohen Auslastung und ggf. zu einer Überbelegung führen. 12 der 14 teilnehmenden Befragten gaben an, dass die Verantwortungsabgabe anderer Versorgender in diesem Zusammenhang einen wesentlichen Faktor darstelle. Zusammengefasst wurde hierunter die Wahrnehmung unter den Befragten, dass weitere Akteure im Versorgungssystem dazu tendieren, Patientinnen und Patienten in herausfordernden Situationen (zurück) in die Versorgungsverantwortung der psychiatrischen Kliniken zu überstellen. Fehlende ambulante (Weiter-) Versorgungsangebote wurden übergreifend von allen Teilnehmenden als mit ursächlich für eine hohe Auslastung bzw. Überbelegung bewertet (n=14).

Nach Maßnahmen befragt, die zu einer Reduzierung der Überbelegung beitragen können, bewerteten die Befragten den Einfluss eines Ausbaus ambulanter Versorgungsangebote mit überwiegender Mehrheit positiv (s. Abbildung 5). Insgesamt 12 Befragte schätzten, dass mehr ambulante Kapazitäten „viel“ oder „sehr stark“ zu einer Reduzierung einer hohen Auslastung beitragen können. Jeweils eine Einrichtung geben die Einflussstärke mit „eher“ oder „gar nicht“ an. In Bezug auf das „Ausschöpfen vorhandener ambulanter Versorgungsangebote“ schätzen fünf Teilnehmende den Einfluss als „wenig“ oder „eher nicht“ ein, wohingegen neun Befragte die Stärke des Effekts mit „viel“ und „sehr stark“ einschätzten. Auch die Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten wird von einem Großteil der Befragten als positive Maßnahme erachtet. Während zwei Befragte angaben, dass ein Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten „wenig“ oder „eher nicht“ zu einem Abbau von Überbelegung beitragen, beurteilen 12 Personen diese mit „eher“, „viel“ oder „sehr stark“. Etwas heterogener, aber dennoch größtenteils positiv stellen sich die Einschätzungen hinsichtlich des Ausbaus gemeindepsychiatrischer Zentren dar (s. Abbildung 5).

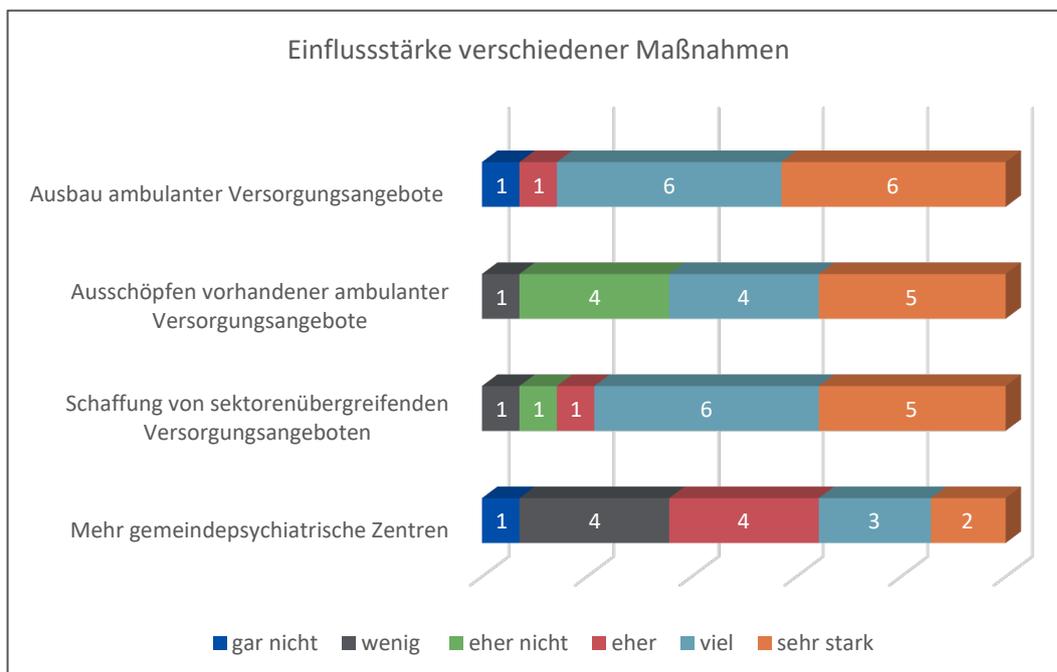


Abbildung 5: Einflussstärke verschiedener ambulanter Maßnahmen



Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann

**Indikator 3: Ambulante Versorgungsstruktur**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil an Facharztsitzen im Einzugsgebiet der Klinik im Verhältnis zu den Aufnahmen auf (geschlossenen) Akutstationen.
<b>Zähler</b>	Facharztsitze
<b>Nenner</b>	Aufnahmen auf (geschlossenen) Akutstationen
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die (sofern es ihr Gesundheitszustand erlaubt) auf den (geschlossenen) Akutstationen aufgenommen werden.

## Ausbau von Krisendiensten



### Empfehlung

*„Die aufsuchenden Krisendienste in den Kommunen sollten ausgebaut werden.“*

- Die Überbelegung der psychiatrischen (geschlossenen) Akutstationen lässt sich zum Teil darauf zurückführen, dass dort regelmäßig Patientinnen und Patienten untergebracht werden, die aus Sicht des ärztlichen Personals keiner intensivpsychiatrischen Versorgung bedürfen. Dadurch kommt es gehäuft zu sogenannten „Fehlbelegungen“. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ können insbesondere Krisendienste dabei unterstützen, solche Patientinnen und Patienten bereits im Vorfeld einer Unterbringung aufzufangen, deeskalierend auf (sich anbahnende) Krisen zu wirken und in passende Versorgungsstrukturen umzuleiten. Vielerorts mangelt es an solchen Krisendiensten. Im Rahmen der Landespsychiatrieberichterstattung gaben 2022 bspw. nur 12 von 42 Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) an, dass ein aufsuchender Krisendienst außerhalb der Öffnungszeiten vorhanden ist (Weller et al. 2024). Auch personell sind die Krisendienste oftmals nicht ausreichend aufgestellt.
- Aufgrund dessen sollten die aufsuchenden Krisendienste in den Kommunen ausgebaut werden. Im besten Fall haben diese Dienste eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit. Das dort tätige Personal sollte psychiatrisch ausgebildet sein, um die Beratung der Patientinnen und Patienten und die Einschätzung, welche Versorgungsstruktur die jeweils richtige ist, anhand ihrer fachlichen Expertise vornehmen zu können. Die Angebotsstruktur ist dabei Aushandlungssache der Versorgenden und sollte im Vorfeld abgestimmt werden.

- **Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich an die Kliniken selbst, aber auch die Kommunen als Träger der SpDi.



### Begründung

**Literaturrecherche:** Die recherchierte Studienlage zu Krisendiensten war eher gering. Lediglich in einer Studie von North Carolina (USA) zeigte sich, dass ein telepsychiatrischer Beratungsdienst die Zahl der Überweisungen in psychiatrische Einrichtungen verringern kann (Kothadia et al. 2020).

**Interviews:** In den Interviews äußerten einige Befragte den Wunsch nach einem aufsuchenden Krisendienst in ihrer Region, insbesondere um Fehlbelegungen zu vermeiden und damit Patientinnen und Patienten, die eigentlich keiner akutpsychiatrischen Versorgung bedürfen, in eine andere Versorgungsstruktur umzuleiten. Die SpDi können diese Aufgabe nicht in allen Kommunen abdecken. Andere Interviewte, in deren Region ein Krisendienst bereits etabliert ist, sprachen von dem positiven Effekt eines solchen Krisendienstes. Hierdurch könnten bspw. schnell Erstgespräche geführt werden, in denen beraten wird und bereits sondiert wird, ob die jeweilige Person einer stationären Behandlung bedarf oder ob eine andere Art der (ambulanten) Versorgung zunächst ausreichend ist. Dadurch könnten einige stationäre Behandlungen vermieden werden, was wiederum positiv auf die Auslastung der Kliniken und Fachabteilungen wirke.

**Befragung:** In der durchgeführten Befragung haben 8 von 14 Kliniken angegeben, dass fehlende Krisendienste zu einer hohen Auslastung und ggf. einer Überbelegung auf den geschlossenen Akutstationen beitragen. Auch die Antworten auf die Frage, wie stark „mehr aufsuchende Krisendienste“ zu einer Reduzierung von Überbelegung beitragen könnten, zeigen, dass Krisendienste in den Regionen gestärkt werden sollten: 12 von 14 Kliniken geben an, dass diese Maßnahme „viel“ bzw. „sehr stark“ zu einer Reduzierung von Überbelegung beitragen könnte (s. Abbildung 6).

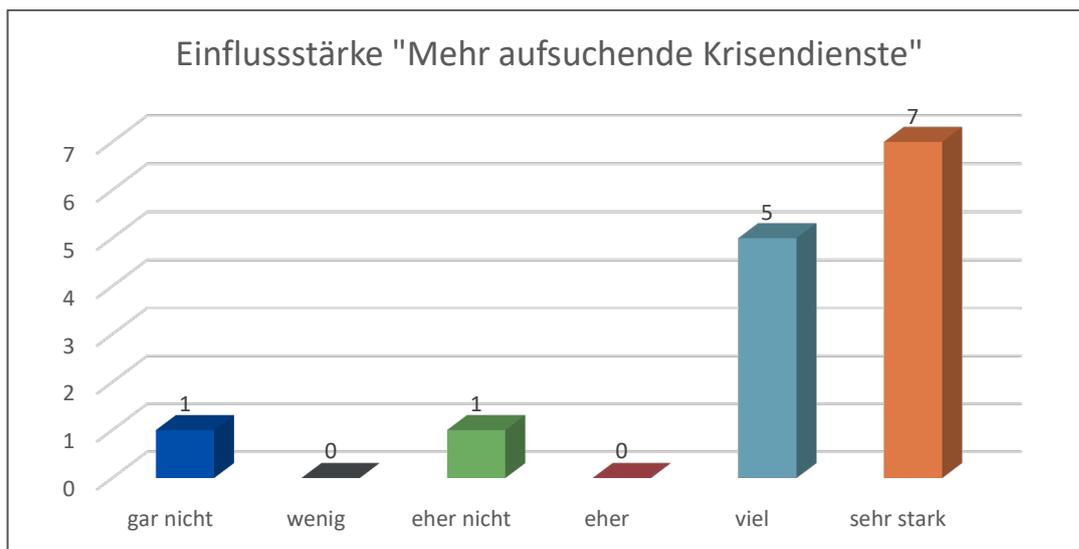


Abbildung 6: Einflussstärke Maßnahme "Mehr aufsuchende Krisendienste"

**Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann**

**Indikator 4: Kommunen mit aufsuchendem Krisendienst**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil an Kommunen mit einem aufsuchenden Krisendienst.
<b>Zähler</b>	Anzahl an aufsuchenden Krisendiensten
<b>Nenner</b>	Anzahl an Kommunen
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Kommunen mit einem aufsuchenden Krisendienst

**Indikator 5: Krisendienstliche Stellen**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil an krisendienstlichen Stellenanteilen (Vollzeitäquivalente – VZÄ) pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW).
<b>Zähler</b>	Krisendienstliche Stellenanteile (VZÄ)
<b>Nenner</b>	100.000 EW
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst ausreichende krisendienstliche Stellenanteile (VZÄ) pro 100.000 EW, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

**Indikator 6: Krisendiensteinsätze**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl an Krisendiensteinsätzen, die in einer Unterbringung münden.
<b>Zähler</b>	Anzahl Krisendiensteinsätze, die nicht in einer Unterbringung nach NPsychKG oder BGB münden.
<b>Nenner</b>	Anzahl Krisendiensteinsätze
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hohe Rate als Indikator für die Möglichkeiten zur Abwendung nicht notwendiger psychiatrischer Unterbringungen.

## Teilstationäre (Weiter-)Behandlung als Alternative zur stationären Behandlung fördern



### Empfehlung

*„Teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten zur Entlastung der stationären Versorgung und als bedarfsgerechte Anschlussversorgung ausschöpfen.“*

- Um ausreichend Kapazitäten für Patientinnen und Patienten in schweren akuten Krisen vorhalten zu können, sollten Betroffene mit weniger schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen, wenn möglich, teilstationär versorgt werden.
  - Die Versorgung in einer Tagesklinik kann ebenso dazu beitragen, eine zeitnahe, bedarfsgerechte Anschlussversorgung nach einem stationären Aufenthalt sicherzustellen. Um die Versorgungskontinuität möglichst zu wahren, sollte die Anschlussbehandlung nach Möglichkeit innerhalb derselben Einrichtung erfolgen.
- **Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich an Kliniken.



### Begründung

**Literaturrecherche:** In der recherchierten Literatur ist beschrieben, dass teilstationäre Versorgungsangebote, wie z. B. Tageskliniken, unterstützen können, die ohnehin überlasteten Mitarbeitenden auf überbelegten Stationen zu entlasten (Habib et al. 2017).

**Interviews:** In einem Interview wurde von einem Konzept einer anderen Klinik berichtet, welche viele teilstationäre Behandlungen durchführe und bestimmte Krankheitsbilder vorrangig teilstationär behandle. Als Beispiel wurde das Krankheitsbild der Borderline-Störung angeführt. Patientinnen und Patienten mit diesem Krankheitsbild seien häufig in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Die besagte Klinik behandle diese Patientinnen und Patienten vorrangig teilstationär im Rahmen einer Krisenintervention. Eine Aufnahme erfolgt nur bei absoluter Notwendigkeit (schwere akute Krise). Dadurch habe die Klinik sehr viel Spielraum, was stationäre Unterbringungen angeht. Der bzw. die Interviewte befürwortete dieses Konzept, sprach aber gleichzeitig auch Finanzierungsfragen an und sagte, dass solch ein Konzept in seiner/ihrer Klinik mit der aktuellen Finanzierung nicht umsetzbar sei.

In einem anderen Interview wurde der Vorteil einer teilstationären Behandlung auch für das Wohl der Patientinnen und Patienten gesehen. Oftmals wäre es hilfreich, Patientinnen und Patienten nach einer längeren stationären Behandlung nicht sofort zu entlassen, sondern eine teilstationäre Behandlung in derselben Klinik fortzuführen. Dadurch würde der Abnabelungsprozess leichter fallen und die Patientinnen und Patienten müssten nicht in eine Tagesklinik mit einem anderen Team und demzufolge anderen Bezugspersonen verlegt werden. Der bzw. die Interviewte sprach davon, dass solch ein Vorgehen in seiner/ihrer Klinik früher Gang und Gäbe gewesen sei. Auch hier wurde das Finanzierungsproblem angesprochen, dass stationäre Behandlungen mehr Geld einbringen würden als teilstationäre Behandlungen. Allerdings müsse ein teilstationärer Patient/eine teilstationäre Patientin nicht zwingend ein eigenes Bett haben, was wiederum Vorteile mit sich bringen könne.

**Befragung:** Danach befragt, inwiefern teilstationäre Versorgungs- und Weiterversorgungsangebote zu einer Entlastung auf den Akutstationen der Kliniken beitragen könnten, äußerten die Befragten sich mehrheitlich positiv. Insgesamt 10 der 14 Teilnehmenden schätzten, dass diese Maßnahme „eher“ (n=3), „viel“ (n=3) oder „sehr stark“ (n=4) dazu beitrage, Überbelegung zu reduzieren. Als „eher nicht“ (n=1) oder „wenig“ (n=3) geeignet wurde sie von vier Befragten bewertet (s. Abbildung 7)

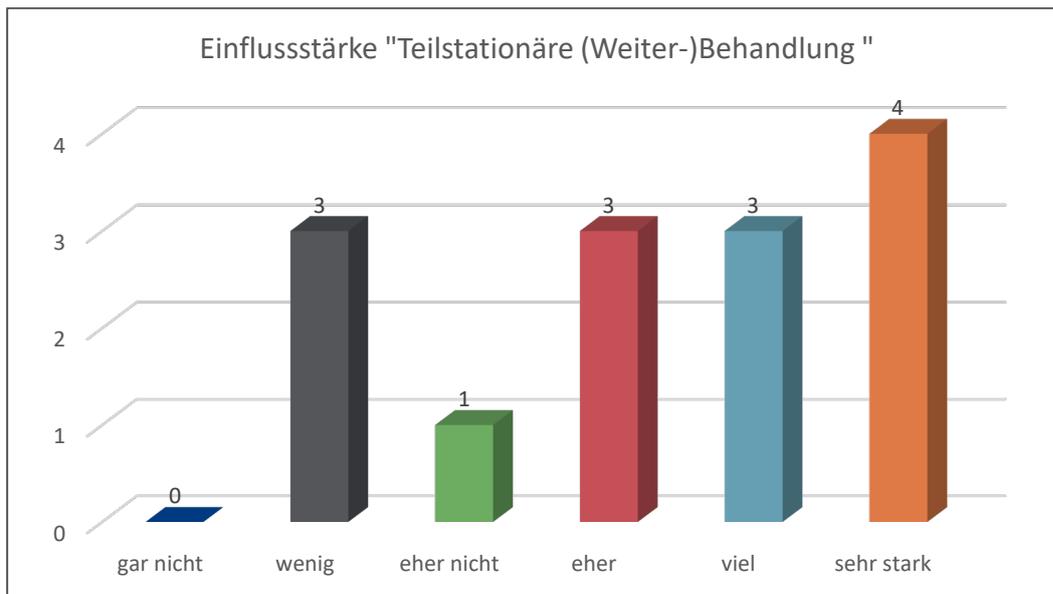


Abbildung 7: Einflussstärke Maßnahme "Teilstationäre (Weiter-)Behandlung"



Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann

#### Indikator 7: Teilstationäre Behandlungen

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl an teilstationären Behandlungen im Verhältnis zur Anzahl stationären Behandlungen
<b>Zähler</b>	Teilstationäre Behandlungen
<b>Nenner</b>	Stationäre Behandlungen
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hoher Anteil an teilstationären Behandlungen (unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten).

## 5.4 Wohneinrichtungen stärken

Wohneinrichtungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, insbesondere besondere Wohnformen, haben in der Zusammenarbeit mit den beliebigen psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen eine besondere Bedeutung für die Anschlussversorgung von insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Menschen, die nicht mehr akutpsychiatrisch behandelt werden müssen, jedoch aufgrund ihrer Erkrankung nicht eigenständig oder ambulant betreut wohnen können, erhalten in Wohneinrichtungen vorübergehend oder längerfristig Hilfe in der Bewältigung des Alltagslebens und werden bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unterstützt. In diesen Einrichtungen wohnen Betroffene mit den unterschiedlichsten psychisch bedingten Einschränkungen. Neben gerontopsychiatrischen Pflegebedürftigen wohnen dort u.a. auch Personen mit Intelligenzminderungen oder herausforderndem Verhalten.

Dieser thematische Maßnahmenblock beschäftigt sich mit der Stärkung dieser Wohneinrichtungen. Hierbei geht es explizit um die Stärkung des dort tätigen Personals, um die Personalakquise für die Wohneinrichtungen, die fachliche Beratung durch Kliniken und allgemein um Platzkapazitäten.

Um konkrete Empfehlungen, die die Wohneinrichtungen betreffen, umsetzen und ggf. spezifizieren zu können, sollte es zunächst einen Austausch mit diesen geben. Vertreterinnen und Vertreter dieser Einrichtungen waren nicht in das Projekt eingebunden, die generierten Empfehlungen basieren auf Aussagen der Kliniken.

### Stärkung des Pflegepersonals in Wohneinrichtungen



#### Empfehlung

*„Um Wohneinrichtungen in ihrer Rolle in der Versorgung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung gegenwärtig nicht selbständig wohnen können, zu stärken und eine zeitnahe Anschlussversorgung an stationäre Aufenthalte dieser Personen zu ermöglichen, werden sowohl Maßnahmen zur Verbesserung der Personalakquise durch (regionale) Kooperationen als auch Maßnahmen zur Stärkung des bereits vorhandenen Personals empfohlen.“*

- Die Überbelegung auf den (geschlossenen) Akutstationen der Kliniken lässt sich teilweise auf die angespannte Situation in den Wohneinrichtungen zurückführen. Häufig sind die Wohneinrichtungen personell unterbesetzt und haben Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu akquirieren. Insbesondere kleine Einrichtungen und Einrichtungen in ländlichen Gebieten sind im Wettbewerb um qualifiziertes Personal benachteiligt. Die angespannte Personalsituation wirkt sich in unterschiedlicher Weise auf den Versorgungsweg der Patientinnen und Patienten aus. Zum einen reduziert sie die Aufnahmebereitschaft der Einrichtungen, in dessen Folge Patientinnen und Patienten oftmals erst verzögert aus Kliniken entlassen werden können. Zum anderen kommt es häufig zu einem Drehtüreffekt, wenn Patientinnen und Patienten mit herausforderndem Verhalten aus Überforderung des nicht ausreichend qualifizierten Personals oder in Zeiten mit geringer Personaldichte in die Klinik zurückverlegt werden.
- Als Maßnahmen zur Stärkung des Personals in den Wohneinrichtungen sind hier insbesondere (regionale) Kooperationen, Maßnahmen zur Reduktion der Fluktuation bzw. Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung und ein regelmäßiges Angebot an Fort- und Weiterbildungen in den Wohneinrichtungen, in diesem Fall besonders zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation zu nennen.

- **Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich an die Wohneinrichtungen und deren Träger bzw. Trägerverbände.



#### Begründung

**Literaturrecherche:** In der recherchierten Literatur ließ sich keine Quelle finden, die sich auf die Stärkung des Personals in Wohneinrichtungen oder die Personalakquise in Wohneinrichtungen direkt bezieht bzw. beziehen lässt.

**Interviews:** Befragte aus den Interviews berichteten in diesem Zusammenhang, dass es aufgrund von Personalengpässen in Wohneinrichtungen regelmäßig zu nicht indizierten Unterbringungen in ihrer Akutstation komme. Insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich wurden Fehlbelegungen durch schwer an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten mit herausforderndem Verhalten benannt, die nach Einschätzung der Interviewten durch einen höheren Personalschlüssel sowie adäquatere Dekompensations- und Deeskalationsmöglichkeiten in den Wohneinrichtungen vermeidbar wären.

**Befragung:** In der Umfrage gaben die Teilnehmenden auf die Frage, inwieweit mehr geschlossene Wohneinrichtungen eine Reduzierung von Überbelegung auf den Akutstationen fördern könne, eine überwiegend positive Einschätzung ab. Während die Teilnehmenden von zwei Einrichtungenangaben, ein Ausbau von Wohneinrichtungen trüge „eher nicht“ dazu bei, Überbelegung abzubauen, bewerteten zwölf Teilnehmende den Einfluss mit „eher“, „viel“ und „sehr stark“ (s. Abbildung 8).

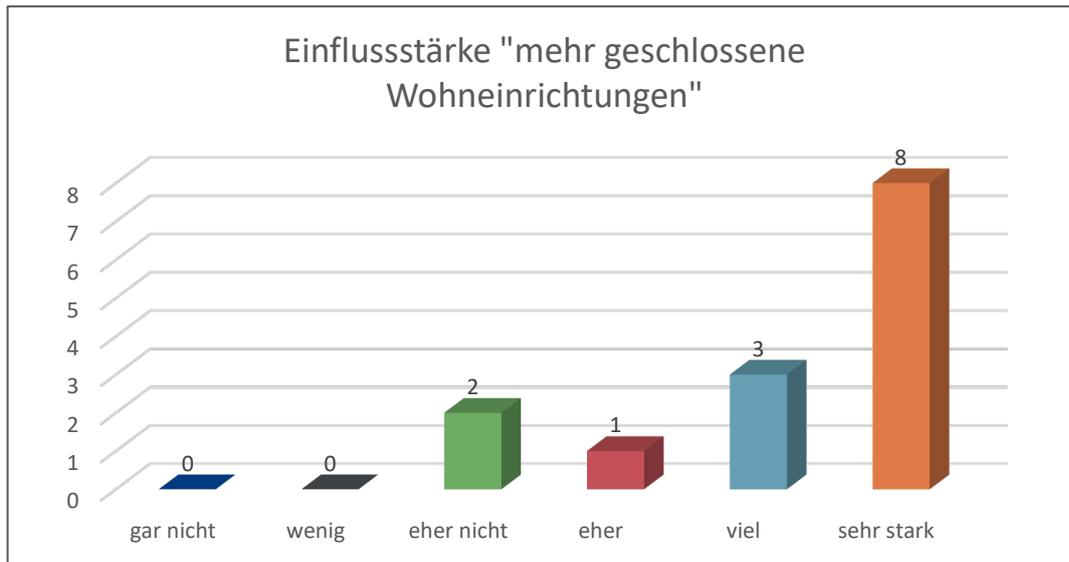


Abbildung 8: Einflussstärke Maßnahme "mehr geschlossene Wohneinrichtungen"

Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich des Faktors „Stärkung der Kompetenzen des Personals in geschlossenen Wohneinrichtungen“. Auch hier schätzten lediglich zwei Teilnehmende den Einfluss als „eher nicht“ ein, wohingegen insgesamt 12 Befragte den Effekt „eher“, „viel“ und „sehr stark“ einschätzten (s. Abbildung 9).

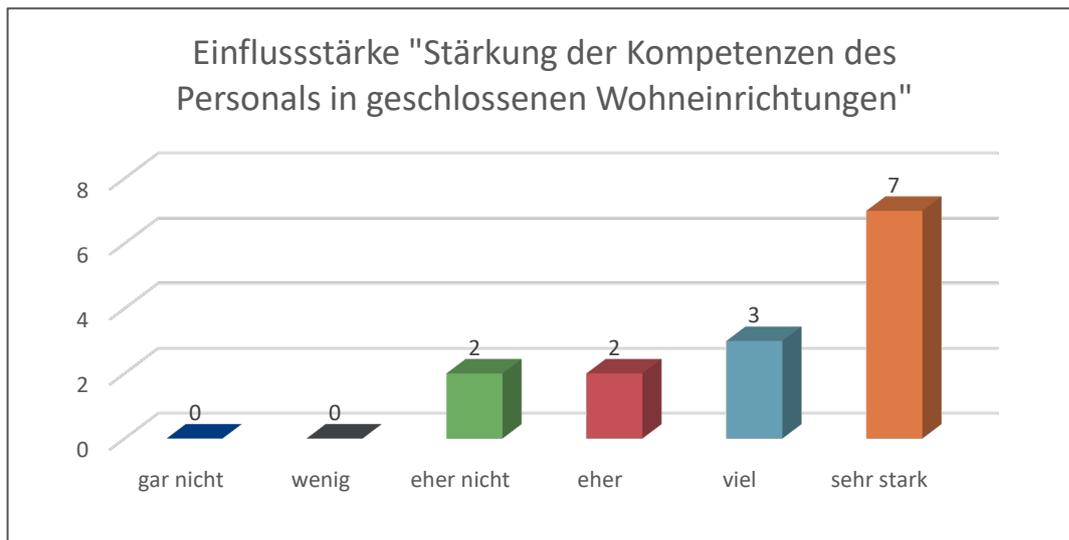


Abbildung 9: Einflussstärke Maßnahme "Stärkung der Kompetenzen des Personals in geschlossenen Wohneinrichtungen"

Auch nach Verbesserungspotentialen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten befragt, die mit einem Beschluss gemäß BGB oder NPsychKG untergebracht sind, wird eine „Stärkung der Kompetenzen des Personals in geschlossenen Wohneinrichtungen“ als relevant erachtet. 13 der 14 Teilnehmenden gaben an, dass bei diesem Faktor Verbesserungsbedarf bestehe.

 **Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann**

**Indikator 8: Personalumfang Wohneinrichtung**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil an VZÄ je belegtem Platz in einer Wohneinrichtung
<b>Zähler</b>	VZÄ einer Wohneinrichtung
<b>Nenner</b>	Belegte Plätze einer Wohneinrichtung
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst ausreichender Anteil an VZÄ je belegtem Platz, um eine angemessene Versorgung sicherstellen zu können.

**Indikator 9: Fluktuation Personal in Wohneinrichtungen**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst die Fluktuationsquote des Personals in den Wohneinrichtungen.
<b>Zähler</b>	Freiwillige Abgänge des Personals in Wohneinrichtungen in einem definierten Zeitraum
<b>Nenner</b>	Durchschnittlicher Personalbestand in Wohneinrichtungen im selben Zeitraum
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst geringe Fluktuationsquote des Personals in Wohneinrichtungen.

**Indikator 10: Umfang Fort- und Weiterbildung in Wohneinrichtungen**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl an Fort- und Weiterbildungstagen zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation pro Jahr in den Wohneinrichtungen.
<b>Zähler</b>	Anzahl an Fort- und Weiterbildungstagen pro Jahr
<b>Nenner</b>	Anzahl an Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hoher Anteil an Fort- und Weiterbildungstagen pro Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen.

**Indikator 11: Personal in Wohneinrichtungen mit Fort- und Weiterbildung**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil des Personals in Wohneinrichtungen, welches sich zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation fortgebildet hat.
<b>Zähler</b>	Anzahl an Personal mit Fort-/Weiterbildung in einer Wohneinrichtung
<b>Nenner</b>	Gesamtzahl an Personal in derselben Wohneinrichtung
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hoher Anteil an Personal mit Fort- und Weiterbildungen.

## Fachliche Beratung und Behandlung in Wohneinrichtungen durch Klinik



### Empfehlung

*„Um Wohneinrichtungen in ihrer Rolle in der Versorgung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung gegenwärtig nicht selbständig wohnen können, zu stärken, wird empfohlen, die Wohneinrichtungen bei Bedarf durch Klinikpersonal fachlich beraten und Patientinnen und Patienten behandeln zu lassen.“*

- Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Auslastung auf den (geschlossenen) Akutstationen in den Kliniken gemindert werden kann, wenn Pflegefachkräfte und Fachärztinnen und -ärzte aus den Kliniken in den Wohneinrichtungen vor Ort beraten und ggf. Visiten durchführen. Dadurch kann das Personal in den Wohneinrichtungen gestärkt werden und Entlassungsmöglichkeiten aus den Kliniken in die Wohneinrichtungen gewährleistet werden. Auch die dadurch entstehende Behandlungskontinuität, d.h. das den Patientinnen und Patienten vertraute Klinikpersonal begleitet diese weiter, wirkt sich positiv auf das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten aus. Derzeit beruht die Umsetzung dieser Maßnahme auf freiwilligem und z.T. unentgeltlichem Engagement einzelner Vertreterinnen und Vertreter der Pflege- und Ärzteschaft einzelner Kliniken und stellt kein strukturiertes Leistungsangebot dar. Zu beachten ist, dass diese Maßnahme ohne personelle Aufstockung in den Kliniken (s. Empfehlung „Qualifiziertes Personal in den Kliniken binden“) die Personalkapazitäten der Kliniken verringert und/oder zu einer Mehrbelastung des Klinikpersonals führt, was zu vermeiden ist. Darüber hinaus sind die Anfahrtswege von den Kliniken zu den Wohneinrichtungen in einem Flächenland wie Niedersachsen teilweise sehr weit. Dies stellt wiederum einen zusätzlichen Aufwand dar.
- Ein solches strukturiertes, aufsuchendes Angebot ließe sich über aufsuchende Versorgung einer PIA, Stationsäquivalente Behandlung (StäB) oder Modellvorhaben nach § 64b SGB V realisieren.
- **Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich primär an Wohneinrichtungen und Kliniken, aber auch Kostenträger zur Realisierung stationsäquivalenter Behandlung bzw. Modellvorhaben nach § 64b SGB V.



### Begründung

**Literaturrecherche:** In der im Vorfeld recherchierten Literatur ließ sich keine Quelle finden, die sich auf die ärztliche und pflegerische Beratung von Wohneinrichtungen durch Kliniken direkt bezieht bzw. beziehen lässt.

**Interviews:** In den Experteninterviews wurde von einigen Fällen berichtet, in denen Klinikärztinnen und -ärzte Wohneinrichtungen (telefonisch) mitbetreuen und teilweise Visiten in den Einrichtungen übernehmen. Dadurch würde das Eskalieren von Krisen in Wohneinrichtungen vermieden und somit Klinikeinweisungen verhindert werden können. Auch der Vorschlag einer pflegefachlichen Beratung der Wohneinrichtungen wurde benannt und als hilfreich bewertet, um bspw. Tipps zur Versorgung demenzerkrankter Personen geben zu können aber auch Erfahrungen und Wissen zur Versorgung einzelner Patientinnen und Patienten an die Wohneinrichtungen weiterzugeben.

**Befragung:** In der durchgeführten Onlinebefragung wurden die Kliniken dazu befragt, inwiefern eine pflegefachliche und ärztliche Beratung von Wohneinrichtungen durch die Klinik zu einer Reduzierung von Überbelegung beiträgt. Insgesamt 10 von 14 Kliniken gaben dabei an, dass diese Maßnahme „eher“, „viel“ oder „sehr stark“ zu einer Reduzierung beitragen könnte (s. Abbildung 10).

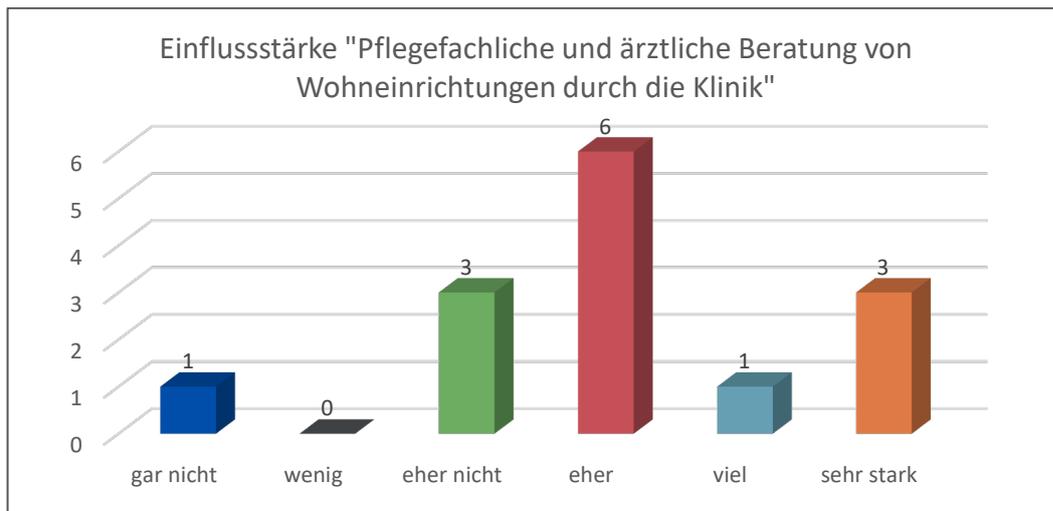


Abbildung 10: Einflussstärke Maßnahme "Pflegefachliche und ärztliche Beratung von Wohneinrichtungen durch die Klinik"



Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann

#### Indikator 12: Kooperation der Kliniken mit Wohneinrichtungen

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der psychiatrischen Kliniken, die sich mit den Wohneinrichtungen innerhalb ihres Einzugsgebietes zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation austauschen, z. B. im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, Qualitätszirkeln o.ä.
<b>Zähler</b>	Anzahl an psychiatrischen Kliniken, die sich mit den Wohneinrichtungen innerhalb ihres Einzugsgebietes zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation austauschen
<b>Nenner</b>	Psychiatrische Kliniken mit Wohneinrichtungen in ihrem Einzugsgebiet
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hoher Anteil an psychiatrischen Kliniken, die sich mit den Wohneinrichtungen innerhalb ihres Einzugsgebietes zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation austauschen.

#### Indikator 13: Kooperation der Wohneinrichtungen mit ihrer Klinik

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil der Wohneinrichtungen, die sich mit der psychiatrischen Klinik, in deren Einzugsgebiet sie sich befindet, zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation austauschen, z. B. im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, Qualitätszirkeln o.ä.
<b>Zähler</b>	Anzahl an Wohneinrichtungen, die sich mit der psychiatrischen Klinik, in deren Einzugsgebiet sie sich befindet, zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation austauschen
<b>Nenner</b>	Gesamtzahl an Wohneinrichtungen in Niedersachsen
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hoher Anteil an Wohneinrichtungen in Niedersachsen, die sich mit der psychiatrischen Klinik, in deren Einzugsgebiet sie sich befindet, zu psychiatrischen Themen und zum Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie zu Deeskalation austauschen.

## Ausweitung der Platzkapazitäten unter Berücksichtigung der Personalkapazitäten in den Wohneinrichtungen



### Empfehlung

*„Um Wohneinrichtungen in ihrer Rolle in der Versorgung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung gegenwärtig nicht selbständig wohnen können, zu stärken, wird empfohlen, unter Berücksichtigung der vorhandenen Personalkapazitäten die Platzkapazitäten auszuweiten.“*

- Die Überbelegung auf den (geschlossenen) Akutstationen der Kliniken lässt sich zu Teilen auch auf die geringen Platzkapazitäten der Wohneinrichtungen zurückführen. Häufig sind die Kapazitäten der Wohneinrichtungen ausgeschöpft, da entweder keine Plätze zur Verfügung stehen oder nicht ausreichend Personal verfügbar ist, um in vorhandene Plätze Patientinnen und Patienten aus den Kliniken aufnehmen zu können. Infolgedessen wird die Anschlussversorgung von Patientinnen und Patienten, die nicht länger einer akutpsychiatrischen Versorgung bedürfen, verzögert. Eine Ausweitung der Platzkapazitäten kann demzufolge in Erwägung gezogen werden.
- Bei der Ausweitung dieser Kapazitäten muss neben baulichen Gegebenheiten bestehender Wohneinrichtungen und (politischen) Rahmenbedingungen zum möglichen Bau neuer Wohneinrichtungen auch die derzeit bereits angespannte Personalsituation in den Wohneinrichtungen bedacht werden (s. auch Empfehlung „Stärkung des Personals in den Wohneinrichtungen“). Es sollen keinesfalls neue Wohneinrichtungen aufgebaut oder bestehende Wohneinrichtungen erweitert werden, ohne dass das entsprechende Personal vorgehalten werden kann.

- **Akteure:** Diese Empfehlung richtet sich an Wohneinrichtungen und ihre Träger bzw. Trägerverbände.



### Begründung

**Literaturrecherche:** In der im Vorfeld recherchierten Literatur ließ sich keine Quelle finden, die sich auf die Ausweitung der Heimplatzkapazitäten direkt bezieht bzw. beziehen lässt.

**Interviews:** Neben Fehlbelegungen aufgrund von personellen Engpässen und Patientinnen und Patienten mit herausforderndem Verhalten, wurde in den Interviews außerdem ein Mangel an verfügbaren Plätzen, nicht nur, aber insbesondere auch im ländlichen Versorgungsraum, als Herausforderung im Zusammenhang mit zeitnahen Entlassungen von Patientinnen und Patienten aus Kliniken beschrieben.

**Befragung:** In der durchgeführten Umfrage gaben durchweg alle Teilnehmenden an, dass lange Wartezeiten auf Plätze in Wohneinrichtungen zu einer hohen Auslastung und ggf. Überbelegung auf ihren (geschlossenen) Akutstationen beitragen. Auch die Frage, inwieweit mehr geschlossene Wohneinrichtungen zu einer Reduzierung von Überbelegung beitragen könnten, verdeutlicht die aufgestellte Empfehlung. 12 von 14 Kliniken gaben dabei an, dass diese externe Maßnahme „eher“, „viel“ oder „sehr stark“ zu einer Reduzierung beitragen könnte (s. Abbildung 11).

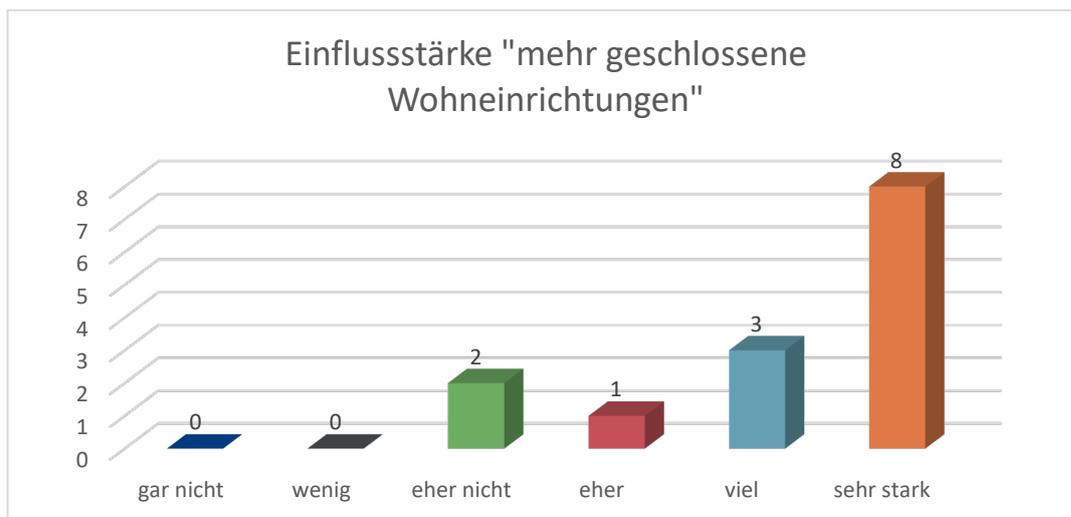


Abbildung 11: Einflussstärke Maßnahme "Mehr geschlossene Wohneinrichtungen"

Auch im Hinblick auf Patientinnen und Patienten, die mit einem Beschluss gemäß BGB oder NPsychKG untergebracht sind, bestätigt sich die Bedeutung eines Ausbaus an geschlossenen Wohneinrichtungen. 13 der 14 Teilnehmenden sahen diesbezüglich einen Verbesserungsbedarf.

**Indikatoren, anhand derer der Umsetzungsgrad der Maßnahmen vergleichbar dargestellt werden kann**

**Indikator 14: Wohneinrichtungsplätze je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst das Verhältnis von Plätzen in den Wohneinrichtungen zu den Einwohnerinnen und Einwohner des Einzugsgebietes einer Klinik.
<b>Zähler</b>	Anzahl an Plätzen in den Wohneinrichtungen im Einzugsgebiet der Klinik
<b>Nenner</b>	Einwohnerinnen und Einwohner im Einzugsgebiet der Klinik
<b>Qualitätsziel</b>	Ausreichende Anzahl an Plätzen in Wohneinrichtungen pro 100.000 Einwohner.

**Indikator 15: Wohneinrichtungsplätze je akutpsychiatrischem Bett**

<b>Definition</b>	Der Indikator erfasst den Anteil an Plätzen in Wohneinrichtungen je akutpsychiatrischem Bett im Einzugsgebiet einer Klinik.
<b>Zähler</b>	Anzahl an Plätzen in den Wohneinrichtungen im Einzugsgebiet der Klinik
<b>Nenner</b>	Anzahl an akutpsychiatrischen Betten im Einzugsgebiet der Klinik
<b>Qualitätsziel</b>	Ausreichender Anteil an Plätzen in Wohneinrichtungen je akutpsychiatrischen Betten im Einzugsgebiet der Klinik.

## 6 Zu prüfende Maßnahmen

Neben den oben dargestellten Empfehlungen haben sich während der Datenauswertungen aus der Literaturrecherche, den Interviews und der Online-Befragung weitere Maßnahmen ergeben, die allerdings auf der genutzten Datengrundlage nicht klar empfohlen werden können. Das kann zum einen in einer unzureichenden Datenlage begründet liegen. Zum anderen ist die Datenlage zu einigen Maßnahmen heterogen, sodass hier keine Empfehlung abgeleitet werden konnte.

Diese Maßnahmen wurden im Manual als „zu prüfende Maßnahmen“ aufgenommen und werden im Folgenden erläutert. Es wird das individuelle Für und Wider dargelegt und beschrieben, warum sich daraus keine Empfehlung ergeben hat. Die Adressaten dieses Manuals bzw. der jeweiligen Maßnahmen können für ihre Institution die Vor- und Nachteile abwägen und entscheiden, ob es sinnvoll ist, sich ggf. einer solchen Maßnahme anzunehmen.

### 6.1 Einführung von Übergangseinrichtungen

Die Einführung sog. Übergangseinrichtungen wurde nur in einem der durchgeführten Interviews als mögliche Idee zum Abbau von Überbelegung angesprochen. Angeregt wurde eine psychiatrische Kurzzeitpflege, insbesondere für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten, um diese Patientinnen und Patienten entlassen zu können, sobald keine Indikation für eine Krankenhausbehandlung mehr vorliegt, aber noch kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Weiterversorgung vorhanden ist.

Für Kliniken ist es oft schwierig, diese Patientengruppe zu entlassen. Hierbei mangelt es besonders an der Anschlussversorgung. Die Patientinnen und Patienten können häufig nicht mehr in die Häuslichkeit entlassen werden, gleichzeitig ist die Wartezeit auf einen Platz in einer Einrichtung lang, sodass die Betroffenen in der Klinik verbleiben, obwohl keine akuten psychiatrischen Versorgung mehr notwendig ist. Hier wäre eine Übergangseinrichtung eine geeignete Lösung, damit in den Kliniken die Plätze für diejenigen Patientinnen und Patienten frei werden, die einer akuten psychiatrischen Versorgung bedürfen. Der Aufbau bzw. die Einführung von Übergangseinrichtungen gestaltet sich in Anbetracht der bereits angespannten Personalsituation sowohl in den Kliniken als auch in den Wohneinrichtungen allerdings als schwierig, da natürlich auch für die Übergangseinrichtungen Personal notwendig wäre.

Diese im Interview angesprochene Maßnahme konnte aufgrund fehlender weiterer Evidenz nicht als Empfehlung aufgenommen werden. In mehreren Interviews wurden insbesondere gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten benannt, für die es den Kliniken schwerfallen würde, zeitnah eine geeignete Anschlussversorgung zu realisieren. In der Literaturrecherche ließ sich keine Quelle finden, die sich direkt auf Übergangseinrichtungen oder psychiatrische Kurzzeitpflege bezieht oder indirekt darauf beziehen lässt. Auch in der durchgeführten Online-Befragung ist diese Thematik nicht aufgekommen.

### 6.2 Möglichkeit fakultativ geschlossener Stationen

In einigen durchgeführten Interviews wurde das Konzept der fakultativ geschlossenen Stationen als gut befunden. Für manche Patientengruppen (insbesondere der gerontopsychiatrische Bereich) sei dies besonders geeignet, da nicht immer alle Patientinnen und Patienten geschlossen untergebracht werden müssten, aber die Möglichkeit bestehe. In einem Interview wurden Probleme mit der dort zuständigen Gerichtsbarkeit angeführt. Es bestünden unterschiedliche Auslegungen juristischer Graubereiche im NPsychKG, die je nach Amtsgericht anders ausfallen würden. Die besagte Klinik hätte jedoch aufgrund der Herkunft der Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Amtsgerichten zu tun, sodass das Konzept nicht immer auf Gefallen treffen würde. Betroffene Patientinnen und Patienten sollten in solchen Situationen vorzugsweise auf geschlossenen Akutstationen untergebracht werden. In einem anderen Interview wurde berichtet, dass auf einer Station das Konzept der fakultativ geschlossenen Station eine Zeit lang umgesetzt war und gut funktioniert hätte. Es würde auch zur Deeskalation beitragen. Allerdings wäre die Station dann auch für die Aufnahmen zuständig gewesen, sodass das Konzept aufgrund langer Wartezeiten bis zur Ersteinschätzung nicht mehr umgesetzt

werden konnte. Zudem wurde ausgeführt, dass die Polizei nach Abschaffung des Konzeptes kooperativer gewesen sei, da sie weniger Patientinnen und Patienten nach einem Ausgang zurückbringen mussten.

Die Umsetzung fakultativ geschlossener Stationen gestaltete sich in den Interviews unterschiedlich. Einige offene Stationen verfügen über zusätzlich geschlossene Krisenzimmer bzw. Intensiv-Beobachtungszimmer. Allerdings wäre solch ein Konzept kostenintensiver und es wäre hierfür mehr pflegerisches Personal notwendig. Eine Station einer anderen Klinik setzt in Absprache mit dem Gericht ein Transpondersystem und eine Art Trickschloss ein. Hierbei sei die Stationstür immer geöffnet und jeder könne die Station verlassen, für schwer an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten sei dies jedoch nicht so leicht. Weiterhin würde das Pflegepersonal durch eine Klingel informiert werden, wenn sich Patientinnen und Patienten verirrt hätten.

Im Rahmen der durchgeführten Online-Befragung gaben lediglich 4 von 14 teilnehmenden Kliniken an, über die Möglichkeit fakultativ geschlossener Stationen zu verfügen. Die Frage, inwiefern die Möglichkeit fakultativ geschlossener Stationen zu einer Reduzierung von Überbelegung auf den (geschlossenen) Akutstationen beitragen können, zeigt allerdings ein heterogenes Meinungsbild. Insgesamt sechs Personen gaben an, dass diese Option „eher“ oder „viel“ dazu beitragen würde. Insgesamt 8 Personen sind jedoch der Meinung, diese Möglichkeit trüge „gar nicht“, „wenig“ oder „eher nicht“ zu Reduzierung von Überbelegung bei (s. Abbildung 12).

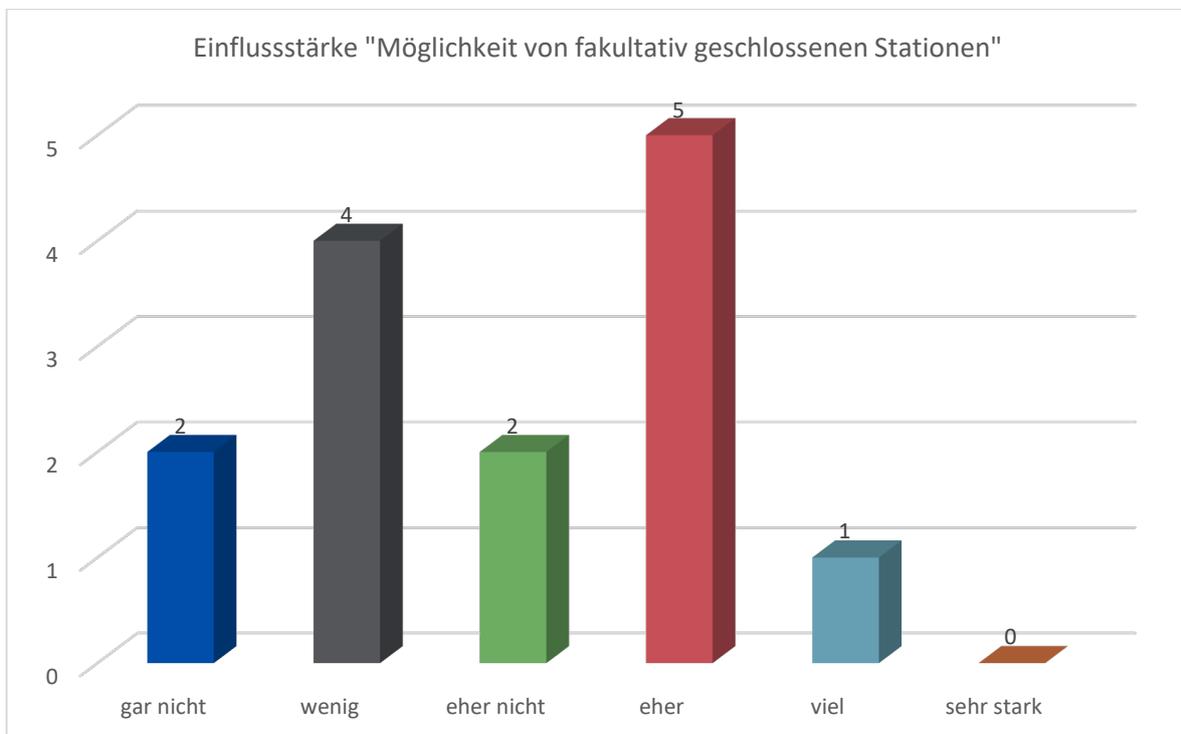


Abbildung 12: Einflussstärke Maßnahme "Möglichkeit von fakultativ geschlossenen Stationen"

In der Literaturrecherche ließ sich keine Quelle finden, die sich direkt oder indirekt auf die Möglichkeit fakultativ geschlossener Stationen als Maßnahme zur Vermeidung von Überbelegung bezieht oder beziehen lässt.

Auf Grundlage der beschriebenen Daten konnte aus dieser Maßnahme keine Empfehlung generiert werden. In der Online-Befragung waren in Bezug auf die Reduktion der Überbelegung die Antworten zu heterogen und auch in den Interviews ließen sich keine Anhaltspunkte finden, die für eine Aufstellung als Empfehlung sprechen.

### 6.3 Kooperationen zwischen Kliniken zum Verlegen von Patientinnen und Patienten ausbauen

Einige niedersächsische Kliniken haben Kooperationsverträge mit anderen, nach NPsychKG beliebigen, in der Regel größeren Kliniken. Diese Kooperationsverträge regeln, dass Patientinnen und Patienten verlegt bzw. weitergeleitet werden können, wenn die Klinik voll belegt ist. Diese Möglichkeit würde von den Kliniken häufig genutzt, oftmals wäre eine Verlegung dann aber nicht möglich, da auch die Kooperationsklinik bereits belegt sei. Zu Bedenken sei auch immer der zusätzliche Transportweg für die Patientin bzw. den Patienten zur kooperierenden Klinik. In dem Zusammenhang wurde auch das Notfallmanagementsystem IVENA angesprochen, durch welches die Versorgungskapazitäten der einzelnen Kliniken u.a. vom Rettungsdienst eingesehen werden können. Kliniken können sich abmelden, wenn ihre Kapazitäten ausgeschöpft sind. Allerdings sprach eine Klinik davon, dass der Rettungsdienst trotz Abmeldung Patientinnen und Patienten bringe. In solchen Fällen würde die besagte Klinik auf die Möglichkeit der Weiterverlegung in ihre Kooperationseinrichtung zurückkommen.

In anderen Interviews wurde von guter informeller Zusammenarbeit, insbesondere aufgrund von örtlicher Nähe der Kliniken, berichtet. Hier kommt es zu kurzfristigen Abstimmungen untereinander, falls eine Klinik keine Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen könne, dies aber müsse. Oder wenn Patientinnen und Patienten in der jeweils anderen Klinik ein geeigneteres Versorgungssetting finden würden, zum Beispiel aufgrund des Personals oder das die Patientin bzw. der Patient in der anderen Klinik bereits bekannt ist und hier von ihr vertrauten Personen versorgt werden kann.

In der durchgeführten Onlinebefragung gaben nur 4 von 14 Kliniken an, die Möglichkeit der Weiterleitung oder Verlegung von Patientinnen und Patienten in andere Kliniken mit Kooperationsvereinbarung zu haben. Diese Kliniken bewerteten den Einfluss dieser Möglichkeit auf die Reduzierung von Überbelegung größtenteils als „sehr stark“. Lediglich eine Einrichtung gab an, dass dies „eher nicht“ zu einer Verringerung beitrage. Danach befragt, ob fehlende Kapazitäten in den Kooperationskliniken zu einer hohen Auslastung und ggf. zu Überbelegung beitragen, gaben 4 von 14 Kliniken an, dass dies der Fall sei.

Obwohl insgesamt 10 Kliniken angaben, dass Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen „eher“, „viel“ oder „sehr stark“ zu einer Reduzierung von Überbelegung beitragen können (s. Abbildung 13), wurde diese Maßnahme nicht als Empfehlung aufgenommen. Insgesamt betrachtet wurde diese Option sehr kontrovers diskutiert. Insbesondere in den Interviews und in der Frage zur Nutzung dieser Möglichkeit zeigte sich, dass die Weiterverlegung in Kooperationskliniken wenig genutzt wird und in der Praxis nicht immer praktikabel ist, wenn man das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten einbezieht. Kooperationseinrichtungen lehnen oft die Annahme von Patientinnen und Patienten aus verschiedensten Gründen ab. Auch in der durchgeführten Literaturrecherche ließ sich keine Quelle identifizieren, die sich direkt oder indirekt auf diese Maßnahme bezieht bzw. beziehen lässt.

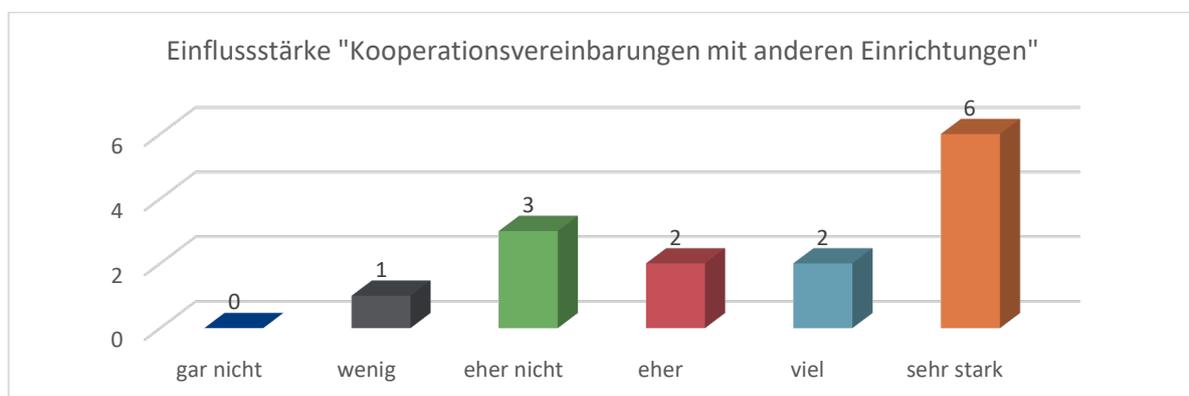


Abbildung 13: Einflussstärke Maßnahme "Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen"

Es lässt sich festhalten, dass Kooperationsvereinbarungen mit anderen örtlich nahen Kliniken zur Verlegung von Patientinnen und Patienten nicht immer, aber in einigen Fällen eine geeignete Maßnahme wäre, um hohe Auslastungen und Überbelegungen zu reduzieren bzw. besser auf mehrere Kliniken aufteilen zu können. In der Praxis ist dies allerdings in vielen Fällen nicht so einfach umsetzbar, da die Kliniken oftmals weit auseinander liegen. Hierbei sind insbesondere auch lange Fahrwege für die Patientinnen und Patienten zu bedenken, wenn sie aufgrund von Überbelegung in eine oft noch weiter entfernte Klinik verlegt werden müssen. Diese Möglichkeit wurde daher als zu prüfende Maßnahme aufgenommen. Es sollte im Einzelfall geprüft werden, ob eine Kooperationsvereinbarung einer Klinik mit einer anderen Klinik sinnvoll ist.

## 6.4 Einführung oder Umsetzung von spezifischen Konzepten und/oder Modellvorhaben

Es gibt verschiedene spezifische Konzepte und/oder Modellvorhaben, die in Kliniken umgesetzt werden und einen direkten oder indirekten Einfluss auf eine hohe Auslastung oder Überbelegung der (geschlossenen) Akutstationen haben können. Dazu zählen Konzepte zur Ambulantisierung der Versorgung (§ 64b-Modellprojekte/Regionales Budget, StäB, PDU), zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (Milieumanagement, Weddinger Modell, safewards, ZVP) und zum Belegungsmanagement (Step-down-Units, ICR/NIR, Case Management).

### Konzepte zur Ambulantisierung der Versorgung

Verschiedene Konzepte und/oder Modellvorhaben für Kliniken versuchen die vordergründig stationäre Behandlung mehr in den ambulanten Bereich zu lenken, sodass hohe Auslastungen auf den (geschlossenen) Akutstationen durch die Umsetzung solcher Konzepte und Modellvorhaben gemindert werden könnten.

#### *Regionales Budget (Modellprojekt nach § 64b SGB V)*

Im Rahmen des Regionalen Budgets (Roick et al. 2005) sollen psychiatrische Kliniken nicht mehr detaillierte abgerechnete Leistungen finanziert bekommen, sondern ein Budget zur Versorgung erhalten. Mit diesem Budget kann eine Klinik selbst entscheiden, ob eine Patientin oder ein Patient etwa ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut wird. Tagesklinische und ambulante Angebote können ausgeweitet und aufsuchende Angebote kürzlich entlassener Patientinnen und Patienten finanziert werden.

In den durchgeführten Interviews wurde dieses Modellvorhaben einmal thematisiert. Eine interviewte Person sprach davon, eine andere Klinik besucht zu haben, welche dieses Vorhaben umsetze. Das würde dort sehr gut funktionieren und auch dafür sorgen, dass Überbelegungen reduziert werden können. Zudem wäre es dadurch auch möglich, teilstationäre oder ambulante Behandlungen stationären Behandlungen vorzuziehen, wenn dies der Zustand der Patientinnen und Patienten zuließe. Die interviewte Person wünscht sich die Umsetzung des Regionalen Budgets auch für die eigene Klinik.

In der Onlinebefragung wurden die Teilnehmenden danach befragt, inwiefern das Regionale Budget zu einer Reduzierung von Überbelegung auf den (geschlossenen) Akutstationen beitragen würde. Das Meinungsbild ist dabei sehr ambivalent (s. Abbildung 14). Während die Hälfte der Teilnehmenden angibt, dass dieses Vorhaben „eher“, „viel“ oder „sehr stark“ zu einer Reduzierung beitrage, ist die andere Hälfte der Meinung, die Maßnahme trage „gar nicht“, „wenig“ oder „eher nicht“ dazu bei.

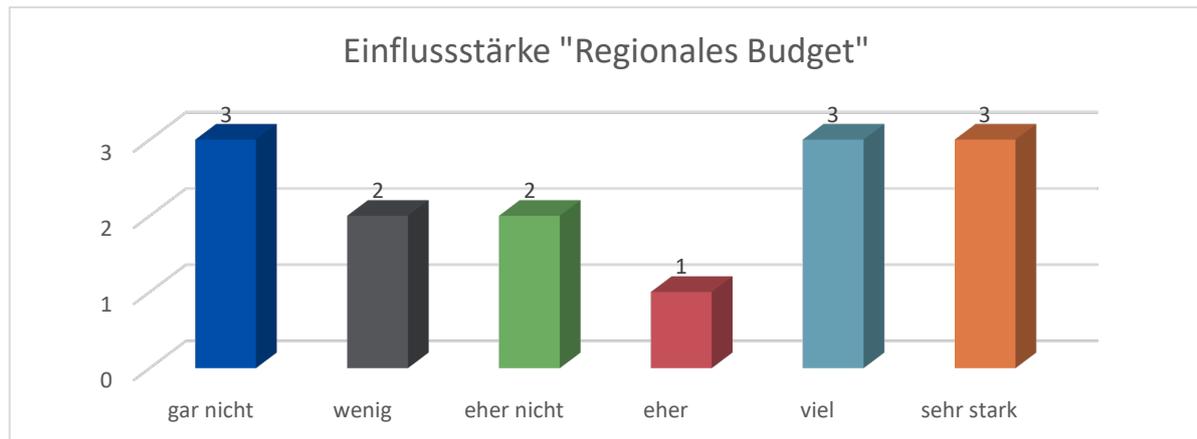


Abbildung 14: Einflussstärke Maßnahme "Regionales Budget"

Auch in der durchgeführten Literaturrecherche ließ sich keine Quelle identifizieren, die die Auswirkung des Regionalen Budgets auf die Auslastung der Stationen untersucht hat. Allerdings liegen Langzeitbeobachtungen zur Inanspruchnahme der stationären Versorgung vor, die sowohl mit Blick auf die stationären Behandlungstage als auch die Verweildauer deutliche Reduktionen berichtet (Deister et al. 2022).

Aufgrund des sehr heterogenen Meinungsbildes in der Onlinebefragung wurde das Modellvorhaben Regionales Budget als zu prüfende Maßnahme aufgenommen. Es sollte geprüft werden, ob eine Klinik in ihrer Region ein solches Modellvorhaben nach § 64b SGB V umsetzen kann.

#### *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*

StäB ist eine alternative Behandlungsform zur herkömmlichen vollstationären Krankenhausbehandlung im Rahmen dieser Menschen in psychischen Krisensituationen im häuslichen Umfeld behandelt werden. In der Literatur lassen sich Hinweise darauf finden, dass StäB dazu beiträgt, die Verweildauer zu reduzieren (Couturier et al. 2024; Nikolaidis et al. 2024; Weinmann et al. 2022).

In der Literaturrecherche ließ sich nur eine Studie finden, deren Maßnahme sich in gewisser Weise mit dem Konzept StäB vergleichen lässt: In einer amerikanischen Studie zeigte sich, dass Programme, bei denen Patientinnen und Patienten zu Hause behandelt werden, eine weitere Möglichkeit sein können, um die Zahl der Krankenhauseinweisungen insgesamt zu verringern. Hierbei werden ausgewählte Gruppen von Patientinnen und Patienten nach ihrer Erstbehandlung in der Notaufnahme nach Hause entlassen. Die Patientinnen und Patienten können zu Hause bleiben, während das Klinikpersonal zu Hause versorgt (Kenny et al. 2020).

Anhand der Onlinebefragung lässt sich festhalten, dass keine der teilnehmenden Kliniken zum Zeitpunkt der Befragung StäB bei sich umgesetzt hat. Da die Frage des Effektes auf die Reduzierung von Überbelegung durch StäB an die Umsetzung dessen geknüpft war, kann dazu keine Aussage getroffen werden. Das Konzept StäB wurde in mehreren Interviews thematisiert. Für Betroffene, die aufgrund ihrer Krankheitsschwere eigentlich einer stationären Behandlung bedürften, aber aufgrund verschiedener Umstände (Kinderbetreuung, Pflegesituationen, Haustierbetreuung) ihre Häuslichkeit nicht verlassen möchten oder können, sei dieses Konzept besonders geeignet. Die Genesung würde für viele Patientinnen und Patienten schneller vorangehen, wenn sie in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden würden und nicht stationär aufgenommen werden müssten. Allerdings wurde in den Interviews auch das Problem der langen Fahrtzeiten in einem Flächenland wie Niedersachsen angesprochen, was die Umsetzung von StäB erschweren würde. Die Fahrtzeiten und die benötigten Fahrzeuge könnten nicht ausreichend abgerechnet werden. Auch die Abrechnung von StäB mit den Krankenkassen sei zeitaufwendig, da häufig ergänzende Erläuterungen notwendig wären. Insgesamt könne es sich für Kliniken schwierig darstellen, das notwendige Personal vorhalten zu können. Durch die Umsetzung von StäB könnten allerdings auch NPsychKG-Einweisungen verhindert werden, da eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung stattfinden könnte, was wiederum sich anbahnende Krisen rechtzeitig ambulant abfangen könnte.

*Psychiatric Decision Unit (PDU)*

Die PDU bietet einen alternativen Weg für Patientinnen und Patienten, die sich an Notaufnahmen und andere Dienste wie die Polizei und den Rettungsdienst wenden. Ziel der PDU ist es, ein Umfeld und eine Atmosphäre zu schaffen, die es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, sich zu entspannen und eine qualitativ hochwertige, gründliche Beurteilung durchzuführen, die zu gut entwickelten, auf den Patienten/die Patientin ausgerichteten Behandlungsplänen führt.

Eine recherchierte Studie behandelte die PDUs (Goldsmith et al. 2021; Goldsmith et al. 2020). In Großbritannien wurde aufgrund des Bettendrucks in einigen Gebieten eine neue Art von Einrichtung – psychiatric decision units (auch bekannt als „mental health decision units“) – eingeführt. Dabei handelt es sich um Kurzeit-einrichtungen, die auf Überweisung hin zur Verfügung stehen und Menschen helfen sollen, eine stationäre Einweisung oder einen langwierigen Besuch in der Notaufnahme zu vermeiden. In der Studie wurden die Auswirkungen dieser Units und des dazugehörigen Dienstes auf die Krisenversorgung über einen Zeitraum von vier Jahren untersucht, und zwar in den zwei Jahren vor und nach der Einführung des Versorgungsangebots. Es zeigten sich eine reduzierte Inanspruchnahme stationärer Versorgung und eine bessere Krisenversorgung (Smith et al. 2024; Gillard et al. 2023).

Anhand der Onlinebefragung lässt sich festhalten, dass keine der teilnehmenden Kliniken zum Zeitpunkt der Befragung eine PDU bei sich errichtet hat. Da die Frage des Effektes auf die Reduzierung von Überbelegung durch PDUs an die Umsetzung dessen geknüpft war, kann dazu keine Aussage getroffen werden. Auch in den durchgeführten Interviews ist die PDU nicht zur Sprache gekommen.

**Konzepte zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (Milieumanagement, Weddinger Modell, safewards, ZVP)**

Verschiedene Konzepte für Kliniken versuchen ein deeskalierendes Milieu zu schaffen und dadurch besondere Sicherungsmaßnahmen, wie Isolierungen oder Fixierungen, zu verhindern. Es kann angenommen werden, dass Belastungen aufgrund einer hohen Auslastung auf den (geschlossenen) Akutstationen durch die Umsetzung solcher Konzepte gemindert werden können. Abbildung 15 gibt einen Überblick über die umgesetzten Konzepte in den Kliniken, die an der Online-Befragung teilgenommen haben. Dabei hatte jede Klinik angegeben, mind. eines der Konzepte umzusetzen.

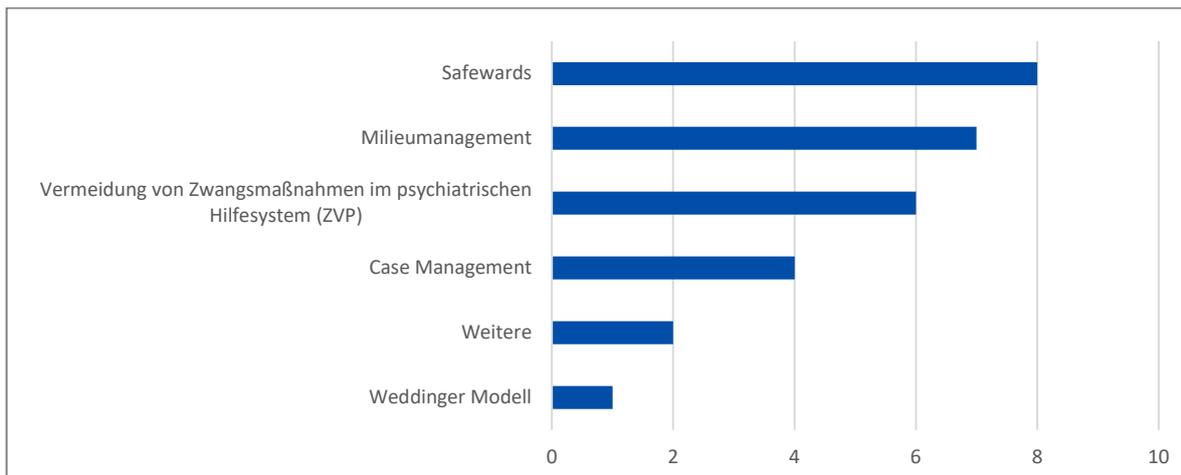


Abbildung 15: Umgesetzte Konzepte der teilnehmenden Kliniken

### *Milieumanagement*

Insgesamt sieben teilnehmende Kliniken der Online-Befragung berichteten, Milieumanagement als Konzept umzusetzen. Milieumanagement umfasst zielgerichtete Vorgehensweisen, bei denen die materielle und soziale Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Verluste psychisch kranker bzw. wahrnehmungsgestörter Patientinnen und Patienten anpasst werden. Jedoch gab nur eine Einrichtung an, dass das Milieumanagement sehr stark zur Reduzierung von Überbelegung beitrage. Jeweils zwei Einrichtungen schätzten den Effekt hingegen als „gar nicht“, „wenig“ oder „eher nicht“ vorhanden ein. In der Literaturrecherche ließ sich eine Studie finden, in der in einem Pilotversuch der Einsatz vom Milieumanagement getestet wurde. In diesem Fall war eine Pflegefachkraft auf einer Station ohne spezifische Zuweisung zu Patientinnen und Patienten anwesend. Diese Person war sichtbar präsent für das Personal und die Patientinnen und Patienten, beobachtete das Verhalten, griff bei Bedarf proaktiv ein, kommunizierte mit allen Versorgungsbeteiligten und übernahm je nach Anforderungen der Station unterschiedliche Aufgaben. Am Ende der Pilotphase zeigte sich, dass Schließungen von Stationen bzw. Betten zurückgingen. Die Belegung und Entlassungen nahmen zu. Es entstanden zwar zusätzliche Pflegekosten, allerdings konnten diese durch den positiven Effekt ausgeglichen werden. Es zeigte sich auch eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit des Personals (Triplett et al. 2017).

### *Safewards*

Das Safewards-Konzept beschreibt eine komplexe Intervention, die Konflikte, Gewalt und Zwangsmaßnahmen vermeiden kann (Al-Wandi et al. 2023; Baumgardt et al. 2019). Von acht Kliniken, die an der Online-Befragung teilgenommen haben und dieses Konzept umsetzen, beschreiben fünf, dass Safewards „gar nicht“ (n=3) oder „wenig“ (n=2) zum Abbau von Überbelegung beitrage. Drei Einrichtungen berichten hingegen einen positiven Effekt („eher“, n=2 und „viel“, n=1). Entgegen den heterogenen Ergebnissen der Online-Befragung, stehen die Ergebnisse der Interviews. Eine Klinik, die das Konzept der Safewards auf zwei Stationen umsetzt, berichtet, dass durch den deeskalierenden Ansatz des Konzepts kleine Stationen betrieben werden könne, die i.d.R. eine zügige Stabilisierung und zeitnahe Abverlegung begünstigen. Zur Umsetzung des Konzepts sei qualifiziertes Personal freigestellt, welches Gewalt- bzw. Konfliktpotenziale sowie bauliche Veränderungspotenziale zur Reduzierung von Konflikten analysieren.

### *Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)*

Das Konzept zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem wird in sechs Kliniken in der Praxis angewendet. Inwieweit die Umsetzung zum Abbau von Überbelegung beiträgt, wird dabei unterschiedlich wahrgenommen. Die Hälfte der Befragten misst dem Konzept keine Bedeutung zu; drei weitere Kliniken geben an, dass es „eher“ (n=2) oder „viel“ (n=1) zur Reduzierung von Überbelegung beitrage. In den Interviews und in der Literatur wurde das ZVP-Konzept nicht thematisiert.

### *Weddinger Modell*

Lediglich eine Klinik gab an, das Weddinger Modell als Konzept zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen implementiert zu haben. Das Weddinger Modell kann dabei als Ansatz verstanden werden, welcher durch eine konsequent dialogische und multiprofessionelle Behandlungsplanung zu mehr Transparenz, Partizipation und Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie Behandelnden führen soll (Czernin et al. 2021; Czernin et al. 2020; Mahler et al. 2019). In der Befragung berichtete die Einrichtung jedoch, dass dieses Modell „gar nicht“ geeignet sei, Überbelegung zu reduzieren.

## **Konzepte zum Belegungsmanagement**

Wenige Konzepte zielen darauf ab, die Belegung auf den (geschlossenen) Akutstationen zielgerichtet zu verteilen und zu organisieren. Durch ein effektives Belegungsmanagement ist davon auszugehen, dass sich Überbelegungen auf den (geschlossenen) Akutstationen reduzieren können.

### *Step-Down-Units*

Step Down Units stellen eine Zwischenstufe zwischen den Intensivstationen und den allgemeinen medizinisch-chirurgischen Abteilungen dar. Diese Einheiten, die auch als Intermediate-Care-Stationen bezeichnet werden, gibt es in vielen, aber nicht in allen Krankenhäusern der Industrieländer. Typischerweise sind diese Abteilungen in der Regel mit einem höheren Personalschlüssel als allgemeinmedizinisch-chirurgische Abteilungen ausgestattet, aber nicht so hoch wie Intensivstationen.

Anhand der Onlinebefragung lässt sich festhalten, dass keine der teilnehmenden Kliniken zum Zeitpunkt der Befragung das Step-Down-Unit-Konzept auf seine Akutstationen übertragen hat. Da die Frage des Effektes auf die Reduzierung von Überbelegung durch Step-Down-Units an die Umsetzung dessen geknüpft war, kann dazu keine Aussage getroffen werden. Auch in den Interviews ist dieses Konzept nicht zur Sprache gekommen. Darüber hinaus ließ sich in der durchgeführten Literaturrecherche keine Studie identifizieren, die Step-Down-Units als Konzept zu Vermeidung von Überlegung (geschlossener) Akutstationen thematisierte.

### *Internal Regulation Committees (IRC/NIR)*

ICR/NIR sind Ausschüsse mit diversen nicht standardisierten Verwaltungsstrukturen für die vorhandenen Krankenhauskapazitäten mit dem Ziel, den Zugang zu Terminen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen und insbesondere zu Krankenhausbetten zu organisieren.

Anhand der Onlinebefragung lässt sich festhalten, dass keine der teilnehmenden Kliniken zum Zeitpunkt der Befragung das IRC/NIR-Konzept auf seine Akutstationen übertragen hatte. Da die Frage des Effektes auf die Reduzierung von Überbelegung durch IRC/NIR an die Umsetzung dessen geknüpft war, kann dazu keine Aussage getroffen werden. Auch in den Interviews ist dieses Konzept nicht zur Sprache gekommen.

In einer recherchierten Studie wurden IRC/NIR eingerichtet mit dem Ziel, den Zugang zu Terminen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen und insbesondere zu Krankenhausbetten zu organisieren. Es wurden vielfältige Strategien von den Internal Regulation Committees angewendet, um das Hauptziel der effizienten Nutzung der Betten erreichen zu können. Es wurden Belegungsraten und die durchschnittliche Verweildauer betrachtet mit dem Ergebnis, dass sich letztere reduzierte (Soares 2017; Ribeiro Rodrigues et al. 2015).

### *Case Management*

Case Manager organisieren und koordinieren die gesamte medizinische Versorgung (Überwachung des Behandlungsverlaufs, Sicherstellung der Versorgung, Kommunikation mit dem medizinischen Personal, Unterstützung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen) einer Patientin/eines Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes und darüber hinaus. Es zielt auf Kostenreduktion und Patientenzufriedenheit ab.

Vier der teilnehmenden Kliniken haben in der Online-Befragung angegeben, dass sie Case Management bei sich umsetzen. Drei der vier Teilnehmenden geben dabei an, dass das Case Management eher dazu beitragen könne, Überbelegung zu reduzieren. Eine teilnehmende Person hat angegeben, dass das Konzept gar nicht dazu beitragen könne. In den durchgeführten Interviews ist Case Management in Bezug auf die Reduktion von Überbelegung nicht zur Sprache gekommen. Auch in der Literaturrecherche ließ sich keine relevante Studie identifizieren.

### **Fazit zur Einführung oder Umsetzung von spezifischen Konzepten und/oder Modellvorhaben**

Insgesamt betrachtet zeigt sich zu allen Konzepten und Modellvorhaben ein sehr heterogenes Meinungsbild. Zu vielen Konzepten ist die Datengrundlage zudem sehr gering. Aufgrund dessen wurden diese als zu prüfende Maßnahme aufgenommen. Es muss im Einzelfall geprüft werden, ob und welches Konzept für eine Klinik sinnvoll umzusetzen ist. Hierbei müssen die jeweiligen Vor- und Nachteile individuell abgewogen werden.

## 7 Fazit

Die Ergebnisse des Projektes zeigen, dass die beliebten Kliniken und Fachabteilungen in Niedersachsen zu meist hoch ausgelastet oder sogar überbelegt sind. Eine hohe Auslastung bzw. Überbelegung kann verschiedene Ursachen haben. In den Kliniken beeinflussen bspw. das verfügbare Personal und die Zusammensetzung der Patientenklientel die tatsächlichen Behandlungskapazitäten. In erweiterter Perspektive stehen Auslastung und Überbelegung aber auch im Zusammenhang mit den ambulanten Versorgungsmöglichkeiten. Nur in den ambulanten Strukturen ist es möglich, Krisensituationen bereits im häuslichen Umfeld abzufangen und damit Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Zudem können gut ausgebaute ambulante Strukturen es den Kliniken ermöglichen, Patientinnen und Patienten frühzeitig in ein geeignetes Versorgungssetting zu entlassen. Beides führt im Ergebnis dazu, dass weniger Patientinnen und Patienten in Kliniken versorgt werden müssten.

Die gegenwärtig genutzte durchschnittliche monatliche Auslastungsquote von 85 % als Referenzwert für Überbelegung konnte im Projekt nicht mit Evidenz belegt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Auslastungsquote Überbelegung tendenziell unterschätzt, da die zuvor genannten Faktoren dazu führen, dass freie Betten nicht belegt werden können und somit eine Überbelegung bereits bei einer geringeren Auslastungsquote eintreten kann. Alternativen zur Auslastungsquote, wie etwa Stunden oder Tage, in denen eine Klinik bzw. Fachabteilung nicht in der Lage war, ungeplant weitere Patientinnen und Patienten aufzunehmen, ohne überbelegt zu sein, oder die durchschnittliche Auslastung der tatsächlich belegbaren Betten, sind allerdings wenig praktikabel, da sich die notwendigen Informationen nur mit erheblichem Mehraufwand zusammentragen lassen. Mit Blick auf die Zielstellung, besonders hoch ausgelastete oder überbelegte Stationen zu identifizieren, kann festgehalten werden, dass die durchschnittliche monatliche Auslastungsquote von 85 % eine praktikable und zur Identifizierung besonders hochausgelasteter und überbelegter Stationen eine hinreichend geeignete Kennzahl ist, auch wenn sie im Einzelfall nicht immer sensitiv genug ist.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Schwierigkeit, Patientinnen und Patienten zeitnah nach der Akutbehandlung entlassen zu können, sollten Kliniken *die Kapazitäten teilstationärer Versorgung ausnutzen* und *ambulante bzw. aufsuchende Versorgungsmöglichkeiten etablieren*, wie beispielsweise aufsuchende Versorgung über psychiatrische Institutsambulanten. Dabei sollte auch die Umsetzung von erprobten Modellvorhaben, wie StäB oder Modellprojekte nach § 64b SGB V, von den Kliniken in Erwägung gezogen werden.

Auch weitere *ambulante und außerklinische Versorgungsstrukturen*, einschließlich *aufsuchende Krisendienste*, sollten *ausgebaut werden*. Dies sollte insbesondere auch mit Blick auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in besonderen Wohnformen geschehen. Aufgrund limitierter räumlicher und personeller Kapazitäten in diesen können Patientinnen und Patienten oftmals nur mit zum Teil erheblicher Verzögerung in eine solche Wohnform entlassen werden. So lange belegen sie dringend benötigte Akutbetten in Kliniken. Eine nahtlose, hochfrequente ambulant-aufsuchende Weiterbehandlung durch die Klinik in der besonderen Wohnform z.B. im Rahmen multiprofessioneller *aufsuchender Behandlung und fachpsychiatrischer Beratung* soll ermöglichen, dass mehr besondere Wohnformen sich zutrauen auch komplex erkrankte Menschen aufzunehmen und ggf. erneute Krankenhausaufenthalte vermeiden. Die *Ausweitung der Kapazitäten in besonderen Wohnformen und die Unterstützung von Bewohnerinnen und Bewohnern und ihrem Umfeld in diesen Wohnformen durch aufsuchende psychiatrische Expertise*, kann einen Beitrag leisten, Akutstationen zu entlasten und Patientinnen und Patienten zeitnah zu entlassen.

Angesichts der Relevanz des Faktors Personal und der Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu finden (Fachkräftemangel), sollten die Kliniken versuchen, *qualifiziertes und erfahrenes Personal zu binden* und dadurch die *Personalfuktuation zu minimieren*. Dies gilt umso mehr, weil die ebenso auslastungsrelevanten Patientencharakteristika und -situationen, die z.B. dazu führen können, dass Mehrbettzimmer nicht entsprechend ihrer Bettenzahl belegt werden, nicht durch die Kliniken beeinflusst werden können. Weiterbildungen und Mentoringprogramme, aber auch Konzepte zur Reduzierung von Zwang (z.B. safewards) können das Personal stärken, Überforderungen vorbeugen und somit die Zufriedenheit des Personals steigern. Ein Rotieren des Personals zwischen verschiedenen Stationen sollte minimiert werden, um die Identifikation mit der Station bzw. der Fachabteilung zu fördern. In Hinblick auf die Gewinnung von Personal sollten die Prozesse zur

Anerkennung von ausländischen Fachärztinnen und Fachärzten entbürokratisiert und damit beschleunigt werden. Ebenso sollten auch Fachsprachenprüfung zeitnah realisiert werden. Zuletzt kann auch der Ausbau der pflegerischen *Ausbildungskapazitäten* direkt an der Klinik zur Personalgewinnung beitragen.

Ein Großteil der genannten Maßnahmen erfordert mindestens eine enge Zusammenarbeit der Kliniken mit ambulanten Leistungserbringern, insbesondere mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (sowohl Fach- als auch Hausärztinnen und -ärzten), niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, dem sozialpsychiatrischen Dienst und den verschiedenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie allgemein sektoren- und kostenträgerübergreifende Ansätze. Aber auch wenn Kliniken einige Maßnahmen nicht allein umsetzen können, so können sie diese Ansätze in die Diskussionen im Gemeindepsychiatrischen Verbund einbringen und vor Ort vorantreiben.

## 8 Literatur

- Al-Wandi, MSI; Baumgardt, J; Jäckel, D; Helber-Böhlen, H; Voigt, A; Mc Cutcheon, A-K; Schöppe, E; Velasquez Lecca, EE; Löhr, M; Schulz, M; Weinmann, S; Bechdorf, A (2023). Langzeitevaluation der Implementierung des Safewards-Modells – Ergebnisse einer Follow-Up-Erhebung unter Patient\*innen und Mitarbeitenden der Akutpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 50(02): 98-102.
- Bagshaw, SM; Opgenorth, D; Potestio, M; Hastings, SE; Hepp, SL; Gilfoyle, E; McKinlay, D; Boucher, P; Meier, M; Parsons-Leigh, J; Gibney, RT; Zygun, DA; Stelfox, HT (2017). Healthcare Provider Perceptions of Causes and Consequences of ICU Capacity Strain in a Large Publicly Funded Integrated Health Region: A Qualitative Study. *Crit Care Med* 45(4): e347-e356.
- Baumgardt, J; Jäckel, D; Helber-Böhlen, H; Stiehm, N; Morgenstern, K; Voigt, A; Schöppe, E; Mc Cutcheon, A-K; Velasquez Lecca, EE; Löhr, M; Schulz, M; Bechdorf, A; Weinmann, S (2019). Preventing and Reducing Coercive Measures-An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Front Psychiatry* 10: 340.
- Couturier, SA; Spielmann-Benson, G; Frölich, L; Hausner, L (2024). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) gerontopsychiatrischer Patienten in einer deutschen Großstadt – Eine Beobachtungsstudie. *Psychiatr Prax* 51(7): 385-291.
- Czernin, K; BERPpohl, F; Heinz, A; Wullschleger, A; Mahler, L (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 47(5): 242-248.
- Czernin, K; BERPpohl, F; Wullschleger, A; Mahler, L (2021). Effects of Recovery-Oriented on the Use of Forced Medication and Maximum Daily Drug Dose: The "Weddinger Modell". *Front Psychiatry* 12: 789822.
- Deister, A; Michels, R (2022). Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung. Langfristige Effekte eines Regionalen Budgets. *Psychiatr Prax* 49(05): 237-247.
- Emeny, R; Vincent, C (2013). Improved patient pathways can prevent overcrowding. *Emerg Nurse* 20(10): 20-4.
- Gillard, S; Anderson, K; Clarke, G; Crowe, C; Goldsmith, LP; Jarman, H; Johnson, S; Lomani, J; McDaid, D; Pariza, P; Park, AL; Smith, J; Turner, K; Yoeli, H (2023). Evaluating mental health decision units in acute care pathways (DECISION): a quasi-experimental, qualitative and health economic evaluation. *Health Soc Care Deliv Res* 11(25): 1-221.
- Goldsmith, LP; Anderson, K; Clarke, G; Crowe, C; Jarman, H; Johnson, S; Lloyd-Evans, B; Lomani, J; McDaid, D; Park, A-L; Smith, JA; Turner, K; Gillard, S (2021). The psychiatric decision unit as an emerging model in mental health crisis care: a national survey in England. *Int J Ment Health Nurs* 30(4): 955-962.
- Goldsmith, LP; Smith, JG; Clarke, G; Anderson, K; Lomani, J; Turner, K; Gillard, S (2020). What is the impact of psychiatric decision units on mental health crisis care pathways? Protocol for an interrupted time series analysis with a synthetic control study. *BMC Psychiatry* 20(1): 185.
- Habib, MI; Khan, KM (2017). Overcrowding and possible solutions for a busy paediatric emergency department. *J Pak Med Assoc* 67(9): 1398-1403.
- Jeppesen, RM; Christensen, T; Vestergaard, CH (2016). Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: The advent of 'revolving door' patients. *Acta Psychiatr Scand* 133(5): 419-25.
- Kenny, JF; Chang, BC; Hemmert, KC (2020). Factors Affecting Emergency Department Crowding. *Emerg Med Clin North Am* 38(3): 573-587.
- Kothadia, RJ; Jones, K; Saeed, SA; Torres, MJ (2020). The Impact of the North Carolina Statewide Telepsychiatry Program (NC-STeP) on Patients' Dispositions From Emergency Departments. *Psychiatr Serv* 71(12): 1239-1244.
- Kuckartz, U; Rädiker, S (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* 5. Auflage. Weinheim und Basel: Juventa Paperback.
- Lindner, G; Woitok, BK (2021). Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wien Klin Wochenschr* 133(5-6): 229-233.
- Mahler, L; Heinz, A; Jarchov-Jädi, I; BERPpohl, F; Montag, C; Wullschleger, A (2019). Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell. *Nervenarzt* 90(7): 700-704.
- Nikolaidis, K; Weinmann, S; Döring, S; Fischer, L; Kleinschmidt, M; Pfeiffer, J; Multamäki, S; Bühling-Schindowski, F; Timm, J; Bechdorf, A (2024). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up Ergebnisse einer mittels Propensity-Score gematchten retrospektiven Kohortenstudie. *Psychiatr Prax* 51(02): 92-98.
- Ribeiro Rodrigues, LC; Casquel Monti Juliani, CM (2015). Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. *Health Economics and Management* 13(1).
- Roick, C; Deister, A; Zeichner, D; Birker, T; König, HH; Angermeyer, MC (2005). Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatr Prax* 32(4): 177-84.
- Royal College of Psychiatrists (2011). Do the right thing: how to judge a good ward. Ten standards for adult in-patient mental healthcare. Occasional Paper OP79. London.
- Savioli, G; Ceresa, IF; Gri, N; Bavestrello Piccini, G; Longhitano, Y; Zanza, C; Piccioni, A; Esposito, C; Ricevuti, G; Bressan, MA (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med* 12(2).

Smith, JG; Anderson, K; Clarke, G; Crowe, C; Goldsmith, LP; Jarman, H; Johnson, S; Lomani, J; McDaid, D; Park, AL; Turner, K; Gillard, S (2024). The effect of psychiatric decision unit services on inpatient admissions and mental health presentations in emergency departments: an interrupted time series analysis from two cities and one rural area in England. *Epidemiol Psychiatr Sci* 33: e15.

Soares, VS (2017). Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. *Einstein (Sao Paulo)* 15(3): 339-343.

Tierney, LT; Conroy, KM (2014). Optimal occupancy in the ICU: a literature review. *Aust Crit Care* 27(2): 77-84.

Triplett, P; Dearholt, S; Cooper, M; Herzke, J; Johnson, E; Parks, J; Sullivan, P; Taylor, KF; Rohde, J (2017). The Milieu Manager: A Nursing Staffing Strategy to Reduce Observer Use in the Acute Psychiatric Inpatient Setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 23(6): 422-430.

Weinmann, S; Spiegel, J; Baumgardt, J; Bühling-Schindowski, F; Pfeiffer, J; Kleinschmidt, M; Bechdorf, A (2022). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie. *Psychiatr Prax* 49(08): 405-410.

Weller, L; Stegbauer, C (2024). Bericht zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen 2021, 2022. Landespsychiatrieberichterstatterung Niedersachsen. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. [https://psychiatrieberichterstatterung.de/Bericht\\_Versorgung\\_psych\\_Erkrankungen\\_Niedersachsen\\_2021\\_2022.pdf](https://psychiatrieberichterstatterung.de/Bericht_Versorgung_psych_Erkrankungen_Niedersachsen_2021_2022.pdf) (Zugriff am 23.05.2024).

## Anhang 1 – Interviewleitfaden

### Hintergrund und Allgemeines zur Klinik bzw. zur Abteilung

**Können Sie uns ein wenig über Ihre Klinik und Ihre Zuständigkeiten als Klinik berichten?** (z. B. Einzugsgebiet, personelle Ausstattung, Stationen und Zimmer, wahrgenommene Entwicklung von Fallzahlen und Aufenthaltsdauern)

- Können Sie Angaben zu Anzahl der Zimmer und Größe (wie viele Betten pro Zimmer) machen?
- Über welche Stationen verfügt Ihre Klinik für die Unterbringung von Patienten?
- Für welche Landkreise sind Sie zuständig?
- Nehmen Sie (freiwillig oder gezwungenermaßen) auch Patienten auf, die außerhalb dieser Zuständigkeit wohnen?

**Was hat sich aus Ihrer Sicht in den letzten Jahren in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychiatrischer Erkrankung verändert?**

- Hat die Anzahl der Fälle oder die Aufenthaltsdauern über die Jahre messbar zu-/abgenommen (z. B. Flüchtlinge, allgemeine Entwicklungen, Zunahme Demenzen)? Falls ja: wurden die Bettenzahlen entsprechend angepasst?
- Wie bewerten Sie die Entwicklung Ihrer personellen Ausstattung in Relation zu den (gestiegenen) Fallzahlen/Aufenthaltsdauern?

### Patienten Klientel

**Wie würden Sie Ihre Patienten Klientel, ggf. auch im Unterschied zu anderen Kliniken, beschreiben?** (z. B. hinsichtlich Erkrankungen, Problemlagen, Migrationshintergrund, Wohnsituation, vorangegangene Versorgung)

- Gibt es in Bezug auf das Patienten Klientel Besonderheiten, die Sie von anderen Kliniken unterscheiden?
- Wie ist das Zahlenverhältnis von Patienten, die freiwillig in Ihrer Klinik sind zu Patienten, die untergebracht sind?
- Lässt sich einschätzen, wie hoch der Anteil der Patienten ist,
  - die zuvor bereits stationär aufgenommen waren?
  - die zuvor bereits in ambulanter Behandlung waren?
  - die zuvor weder in stationärer noch in ambulanter psychiatrischer Behandlung waren?
  - die „frequent users“ sind, also häufig kommen?
  - Gibt es geplante Aufnahmen? Wenn ja, wie hoch ist der Anteil?

### Zugang zur Klinik

**Auf welchen Wegen kommen die Patienten in die Klinik?**

**Welche Akteure spielen dabei eine Rolle?** (z. B. Polizei, Rettungsdienst, Notaufnahme, andere Klinik, ambulante Versorgung (Ärzte, Therapeuten, SpDi))

**Welche Rolle spielen diese Akteure konkret und wer trifft die Entscheidung, dass eine Aufnahme erfolgt?**

- Anhand welcher Kriterien wird entschieden, ob ein Patient aufgenommen werden muss (Triage?)

### Entlassung der Patienten von der (geschlossenen) Station

- Anhand welcher Kriterien wird entschieden, wann der Patient aus der geschlossenen Station wieder entlassen werden kann bzw. welchen Einfluss hat der verantwortliche Arzt dabei?

- Bestehen Probleme bei der Überleitung in die offene Station/teilstationäre Behandlung/ambulante Behandlung, z. B. hinsichtlich des Findens freier Kapazitäten? Falls ja, welche Schwierigkeiten sind das? Was gibt es für Lösungsansätze/-vorschläge?

### Auslastung der Kliniken

#### Wie würden Sie die Auslastung Ihrer Klinik/Abteilung beschreiben?

- Wie hat sich die Auslastung entwickelt (auch mit Blick auf die Covid-Pandemie)?
- Wann tritt eine besonders hohe Auslastung auf? Wann eine besonders niedrige Auslastung?
- Ab wann und gemessen an welchen Parametern wird in Ihrer Klinik/Abteilung aus einer hohen Auslastung eine Überbelegung?

### Faktoren, die Überbelegung von (geschlossenen) Akutstationen bewirken

#### Was denken Sie, wodurch kommt es in Ihrer Klinik zu einer (häufigen) Überbelegung? / ALTERNATIV: Was denken Sie, warum kommt es in Ihrer Klinik selten bis gar nicht zu Überbelegungen?

#### Externe Faktoren

- Gibt es Patienten, die nach ärztlicher Begutachtung eigentlich gar nicht stationär aufgenommen werden müssten, mangels (ambulanter) Alternativen aber in der Klinik verbleiben?
  - Falls ja: gibt es diese Alternativen nicht, nicht in ausreichender Kapazität und/oder nicht zu den Uhrzeiten der Einlieferung?
  - Ist eine zeitnahe ärztliche Begutachtung der eingelieferten Patienten zu jeder Zeit möglich?
- Führen Verständigungsprobleme (z. B. kognitive Fähigkeiten der Patienten, Sprachbarriere) zu Eskalationen bzw. Unterbringungen und erhöhen damit die Auslastung?
- Bezugnehmen zu sozio-demografischen Faktoren (s. oben unter „Patientenklientel“), die bei Patienten häufig auftreten und fragen, ob das einen Einfluss auf die Auslastung hat.
- Hat die adäquate Ausbildung der Rettungsdienste bzw. Polizei in der Einschätzung der Krankheitsbilder/im Umgang mit erkrankten Personen Einfluss auf die Anzahl der Überstellungen?
- (Hypothese Symposium: Polizeikräfte, insb. junge, sind mit psychiatrischen Fällen überfordert)
  - Stimmt das aus Sicht der Kliniken?
  - Kann bessere Ausbildung der Polizeikräfte zu einer Reduktion der Aufnahmen führen (These: die Kommunikation auf der Leitungsebene Klinik/Polizei ist gut, kommt aber nicht auf der operativen Ebene an)? Wie könnte solche Ausbildung aussehen und durch wen durchgeführt werden?
  - Gilt das auch für die Besetzungen von RTW (bzw. spielt das im Kontext der Einlieferungen überhaupt eine Rolle)?

#### Interne Faktoren

- Gibt es Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die LOS der Patienten?
- Führen Verständigungsprobleme (z. B. kognitive Fähigkeiten der Patienten, Sprachbarriere) zu Eskalationen bzw. Unterbringungen und erhöhen damit die Auslastung?
- Entlass- und Überleitungsmanagement
- Gibt es aus Ihrer Sicht Zusammenhänge hinsichtlich Behandlungserfolg und/oder Aufenthaltsdauer mit der Zimmerform (Ein- oder Mehrbett)?

#### Wie gehen Sie mit Überbelegung um? Wie versorgen Sie die Patienten bei Überbelegung?

- Wo und wie werden Patienten untergebracht, wenn die maximale Belegung erreicht bzw. überschritten ist?
  - Werden bspw. Betten oberhalb der Bettenmesszahl vorgehalten?

- Falls ja: werden diese Betten bei der Berechnung Auslastungsquote mit einberechnet oder wird die „offizielle“ Zahl zugrunde gelegt?
- Falls ja: wie werden diese Betten und ggf. das Personal dazu finanziert?
- Ist die Verlegung auf andere geschlossene Stationen Ihrer Klinik ohne Einschränkungen möglich (nur relevant, sofern mehrere geschlossene Stationen vorhanden sind)?
- Ist die Verlegung auf nicht geschlossenen Stationen Ihrer Klinik möglich (nur relevant, sofern nur eine geschlossene Station vorhanden ist)?

### Welche Maßnahmen zum Abbau von akuter Überbelegung ergreifen Sie?

- Wirken diese Maßnahmen?
- Gibt es hierzu Handlungs- oder Verfahrensanweisungen?
- Welche Akteure binden Sie ein?
- Was würden Sie gern unternehmen, um akute Überbelegung abzubauen (können es aber aus verschiedensten Gründen nicht)?

### Welche Maßnahmen oder Konzepte verfolgt Ihre Klinik zur Vermeidung von zukünftiger Überbelegung?

- Wie ist Ihre Klinik/Abteilung auf Überbelegung vorbereitet?
- Wirken die Maßnahmen oder Konzepte? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
- Welche Akteure binden Sie ein?

### Welche weiteren Maßnahmen oder Konzepte könnten Überbelegung vermeiden?

- Welche Erfahrungen haben Sie ggf. bereits damit gemacht?
- Welche Hindernisse bestehen, damit diese Maßnahmen oder Konzepte umgesetzt werden können (z. B. notwendige Strukturen, Ressourcen, Finanzierung, Beteiligung anderer Akteure)?
- Werden der Aufnahmeprozess, Therapie- bzw. Behandlungspläne und der Entlassprozess durch digitale Instrumente unterstützt?

### Weitere Punkte der Interviewpartner

Haben Sie weitere Inhalte/Anmerkungen/Vorschläge zum Thema, die noch nicht thematisiert wurden?

## Anhang 2 – Struktur der Online-Befragung

Tabelle 3: Beschreibung der thematischen Blöcke mit den dazugehörigen Unterfragen der Online-Befragung

Themenblock	Unterfragen
Allgemeine Angaben zur Klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Name der Klinik</li> <li>▪ Anzahl an (fakultativ) geschlossenen &amp; offenen Stationen sowie Verteilung von Ein-, Zwei-, &amp; Drei-Bett-Zimmer</li> <li>▪ Schwerpunktstationen</li> <li>▪ Vorhandensein von: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychiatrischer/n Institutsambulanz(en)</li> <li>– Tagesklinik(en)</li> <li>– Belegungsmanagement</li> <li>– Notfallhotline</li> </ul> </li> <li>▪ Vorgesehene Stellen in ärztlichen/therapeutischen, pflegerischen, verwaltenden &amp; sonstigen Bereichen</li> <li>▪ Frage danach, ob die vorgesehenen Stellen für eine gute Versorgung ausreichend sind</li> <li>▪ Aktuell nicht besetzte vorgesehene Stellen in ärztlichen/therapeutischen, pflegerischen, verwaltenden &amp; sonstigen Bereichen</li> </ul>
Definition der maximalen Belegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persönliche Wahrnehmung der Auslastung der gesamten Klinik in vergangenen 6 Monaten</li> <li>▪ Kurzes Beschreiben der Auslastung in eigenen Worten</li> <li>▪ Persönliche Wahrnehmung der Auslastung auf der/den (geschlossenen) Akutstation(en) in den vergangenen 6 Monaten</li> <li>▪ Kurzes Beschreiben der Auslastung in eigenen Worten</li> <li>▪ Frage danach, wie oft die (geschlossene(n)) Akutstation(en) in den vergangenen 6 Monaten derart ausgelastet war(en), dass von Überbelegung gesprochen werden kann</li> <li>▪ Zeitpunkte oder Anlässe, zu denen die (geschlossene(n)) Akutstation(en) besonders häufig von Überbelegung betroffen sind</li> <li>▪ Prozentangabe, ab wann von Überbelegung gesprochen werden kann</li> <li>▪ Frage nach Geeignetheit der Auslastungsquote als Kennzahl</li> <li>▪ Alternative zur Auslastungsquote, um Überbelegung zu operationalisieren</li> </ul>
Faktoren für die Überbelegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abfrage von klinikinternen Faktoren, die in den vergangenen 6 Monaten zu einer hohen Auslastung bzw. Überbelegung beigetragen haben</li> <li>▪ Abfrage von externen Faktoren, die in den vergangenen 6 Monaten zu einer hohen Auslastung bzw. Überbelegung beigetragen haben</li> </ul>
Maßnahmen bei Überbelegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einschätzung dazu, wie stark einzelne klinikinterne Faktoren Überbelegung reduzieren können</li> <li>▪ Einschätzung dazu, wie stark einzelne externe Faktoren Überbelegung reduzieren können</li> <li>▪ Möglichkeit zur Nutzung zusätzlicher Betten <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wenn ja, wie häufig in den vergangenen 6 Monaten</li> </ul> </li> <li>▪ Möglichkeit zur Weiterleitung oder Verlegung in andere Kliniken <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wenn ja, wie häufig in den vergangenen 6 Monaten</li> </ul> </li> <li>▪ Freitext zu weiteren Maßnahmen bei Überbelegung</li> </ul>
Spezifische Konzepte zur Versorgung von psychisch schwer erkrankten Menschen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angabe zur Umsetzung spezifischer Konzepte</li> <li>▪ Einschätzung dazu, wie stark die einzelnen umgesetzten Konzepte Überbelegung reduzieren können</li> <li>▪ Freitext zu (möglichen) bestehenden Hindernissen zur Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Überbelegung</li> </ul>
Patientinnen- und Patientengruppen mit besonderem akutpsychiatrischen Versorgungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abfrage nach bestimmten Patientinnen-/Patientengruppen, die tendenziell zu einer hohen Auslastung bzw. Überbelegung beitragen</li> <li>▪ Abfrage nach Verbesserungsbedarf hinsichtlich Patientinnen und Patienten, die mit einem Beschluss (sowohl gemäß BGB als auch NPsychKG) untergebracht sind</li> <li>▪ Freitext zu weiteren Anregungen, Anmerkungen &amp; Vorschlägen</li> </ul>
Angaben zur Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In welchem Bereich gegenwärtig tätig</li> <li>▪ Wie lange bereits in der Klinik tätig</li> <li>▪ Wie lange allgemein im psychiatrischen Bereich tätig (Frage erscheint nur, wenn kurz in der Klinik tätig)</li> </ul>