



---

# Referate

---

anlässlich der

**50. Jahrestagung  
der Fachgruppe Psychiatrie**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der

**LVR-Klinik Langenfeld**



**Vorsitzender**

Holger Höhmann  
LVR-Klinik Langenfeld  
Kölner Straße 82  
40764 Langenfeld

**Herausgeber:**

**VKD**

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)  
Fachgruppe Psychiatrie

**Verantwortlich:**

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD

Dezember 2016

# Inhaltsverzeichnis

---

## **Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland** **Referate zum Thema:**

- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
- Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB, Stellv. Fraktionsvorsitzender SPD
- Maria Klein-Schmeink, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin Bündnis 90/Die Grünen

## **Erwartungen an die zukünftige psychiatrische Versorgung in Deutschland** **Referate zum Thema:**

- Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
- Dr. rer. soc. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

## **Aktuelle Entwicklung für das Personal – der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus** **Referate zum Thema:**

- Prof. Dr. Heinrich Kunze, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)
- Grit Genster, Bereichsleiterin Gesundheitspolitik im Bundesvorstand der ver.di Vereinte Dienstleistungsgesellschaft
- Joachim Finklenburg, Vorsitzender des Gruppenausschusses Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA)

## **Mitgliederversammlung**

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

## **Prozess- und Risikomanagement – optimale Reaktionen auf die aktuellen Entwicklungen** **Referate zum Thema:**

### **Prozessoptimierung und ihre Grenzen im psychiatrischen Krankenhaus**

- Jörg Gottschalk, Nordstern Institut Berlin

### **Risikomanagement der Fluglinien – was können die Krankenhäuser hieraus lernen?**

- Robert Schröder, Flight Safety Officer der Lufthansa German Airlines

## **Dankesreden bei der Abendveranstaltung**

Hans-Joachim Rokasky, Ehemaliger Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD  
Heinz Lepper, Ehrenvorsitzender der BFLK e.V.

## **Presseberichte**

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im  
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

# Referentenverzeichnis

---

- Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender, LVR-Klinik Langenfeld, Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld
- Professor Dr. med. Karl Lauterbach MdB, Stellv. Fraktionsvorsitzender SPD, Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin
- Maria Klein-Schmeink MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin Bündnis 90/Die Grünen, Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin
- Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin
- Dr. rer. soc. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), Oranienburger Straße 17, 10178 Berlin
- Professor Dr. med. Heinrich Kunze, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), Oepelner 10, 53119 Bonn
- Grit Genster, Bereichsleiterin Gesundheitspolitik im Bundesvorstand der ver.di Vereinte Dienstleistungsgesellschaft, Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin
- Joachim Finklenburg, Vorsitzender des Gruppenausschusses Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), Hauptgeschäftsführer, Klinikum Oberberg GmbH, Am Hüttenberg 1, 51643 Gummersbach
- Jörg Gottschalk, Nordstern Institut Berlin, Markgrafenstr. 29 a, 13465 Berlin
- Robert Schröder, Check-CPT A340, Flight Safety Officer der Lufthansa German Airlines, Flight Safety Department, FRA CF, Lufthansa Basis, 60546 Frankfurt/Main

# **Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland**

---

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

# **Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland**

aus Sicht des  
Verbandes der Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von  
Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband  
der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)



---

50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD  
Langenfeld, 27.-28.10.2016

# **Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland**

*Holger Höhmann*

Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD  
Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender der  
LVR-Klinik Langenfeld



„Es ist ein entscheidender  
Unterschied, ob Menschen sich zu  
anderen als Zuschauer verhalten  
können, oder ob sie immer  
Mitleidende, Mitfreudige,  
Mitschuldige sind: diese sind die  
eigentlich Lebenden“



---

## **Unterhaltungsindustrie „Bundesliga“:**

Millionen-teure Fußballer & AOK-  
Reklame an der Bande?

Kann es ethisch und moralisch  
richtig sein, mit den Beiträgen der  
Versicherten und Arbeitgeber im  
Showgeschäft solche Werbung zu  
machen?



## **Aktuell: Verweigerungshaltung der Krankenkassen bzgl. der Vereinbarungen der zugesagten leistungsgerechten Budgets!**

Reklame in der Bundesliga – aber  
die Kliniken bleiben „in der Luft  
hängen“!

Wie kann das zusammen passen?  
Was nützt das unseren Patienten?

---

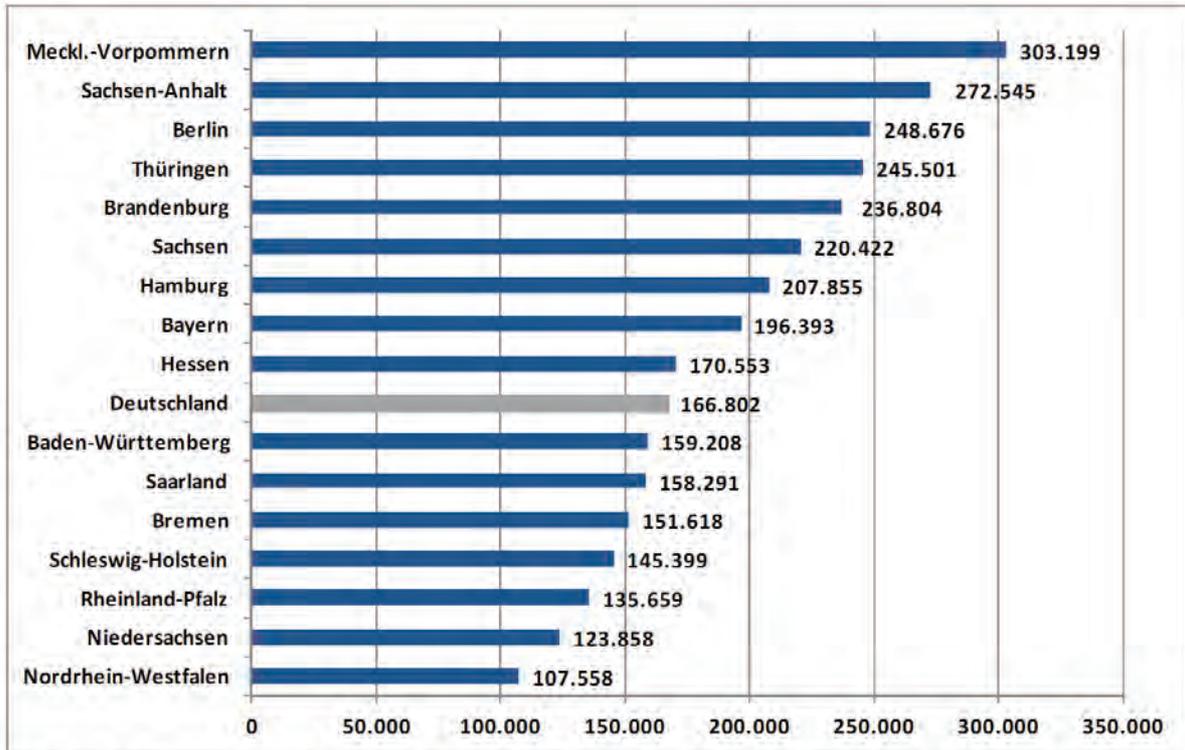


Abb. 2: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2013 je KHG-Bett in Euro

Quelle: Bericht des LVR über das "Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in NRW"



## **Auskömmliche Investitionsfinanzierungen sind ZWINGEND notwendig!**

Ist es nun nicht endlich an der Zeit  
die Krankenhausfinanzierung,  
insbesondere die  
Investitionskosten, endlich  
auskömmlich und gerecht zu  
finanzieren – wie vom Gesetz  
vorgesehen?



## „Rekordüberschuss in der Staatskasse“

Rheinische Post – 25.08.2016

**ABER:** Die Finanzierung und Erhaltung  
der Krankenhäuser wird stetig  
schwieriger – Abwärtsspirale!

&

Eine Vielzahl der Länder kommt ihren  
Investitionsverpflichtungen nicht nach –  
Verstärkung der Abwärtsspirale!



## „1500 Kliniken würden ausreichen“

„Der Vorsitzende der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung hält 500 der mehr als 2000  
Krankenhäuser in Deutschland für nicht nötig. Die  
dadurch eingesparten fünf bis sechs Milliarden Euro  
sollten in den ambulanten Bereich fließen.“

Rheinische Post – 10.10.2016

**ACHTUNG:** Pflichtversorgung?  
Sektorübergreifende Versorgung?  
Niederschwelliger & zeitnaher Zugang  
zum ambulanten Sektor?  
Konkurrenzkampf ums Geld? Inhaltliche  
oder finanzielle Interessen?



---

## „Ein Verfall der Höflichkeitsstruktur“

NRZ – 08.10.2016

**ACHTUNG:** Respekt der Mitarbeitenden  
gegenüber unseren Patienten muss  
zwingend gegeben sein!

&

Das „Miteinander“ unter den  
verschiedenen Generationen wird ein  
stetig zunehmendes Problem!



---

## „Und ganz nebenbei!“ Von PEPP zum PsychVVG

---



## Von PEPP zum PsychVVG

- Die Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben viel unternommen, um die Einführung des PEPP-Systems zu verhindern bzw. die gravierenden Fehler des Systems aufzuzeigen
  - gemeinsame Stellungnahmen/Standpunktepapiere
  - einzelne Stellungnahmen der Verbände
  - Petition mit ca. 44.000 Unterzeichnern
  - Diskussionen mit gesundheitspolitischen Vertretern
  - gemeinsame Erarbeitung eines Alternativkonzeptes



## Von PEPP zum PsychVVG



Zunächst konnte eine Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre und nun eine Neufassung des Gesetzes erreicht werden! Wir sind dankbar, für die Unterstützung auf politischer Ebene!



## Von PEPP zum PsychVVG



Aber auch der neue Gesetzentwurf  
beinhaltet gravierende  
Konstruktionsfehler in der konkreten  
Ausgestaltung des neuen Systems!



## Kabinettsentwurf: PsychVVG

- Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- Ersatzgesetz/„Verbesserung“/Weiterführung von PEPP
- Veröffentlichung des Kabinettsentwurfs am 03.08.2016
- sofortige Reaktion der Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu den größten Kritikpunkten im Gesetz für die öffentliche Anhörung am 26.09.2016



## Kabinettsentwurf: PsychVVG

- Kabinettsentwurf: 03.08.16
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates: 06.09.16
- 1. Lesung Bundestag: 22./23.09.16
- 1. Durchgang Bundesrat: 23.09.16
- Verbändeanhörung: 26.09.16
- *Wir können noch Einfluss nehmen!*
- vsl. abschließende Beratung des Gesundheitsausschuss des Bundesrates: 09.11.16
- 2./3. Lesung Bundestag: 10./11.11.16
- 2. Durchgang Bundesrat: 25.11.16



## Kabinettsentwurf: PsychVVG

- Vom VKD begrüßt werden:
  - der Richtungswechsel vom Preis- zurück zum Budgetsystem
  - die Möglichkeit der Berücksichtigung struktureller und regionaler Besonderheiten von Krankenhäusern im leistungsgerechten Gesamtbetrag und Stärkung der Verhandlungsebene
  - die Verlängerung der Optionsphase und die zeitliche Synchronisierung des Inkrafttretens der zentralen Elemente des neuen Systems auf das Jahr 2020



**ABER!**



## Kritikpunkte: PsychVVG

- G-BA Mindestanforderungen zum therapeutischen Personal
  - G-BA hat den Auftrag die Psych-PV (25 Jahre alt) zu erneuern bzw. weiterzuentwickeln
  - aktuell bestehen noch keine konkreten Ideen zur Umsetzung des Auftrages
  - werden die festzulegenden Mindestanforderungen höher als in der Psych-PV (was zu erwarten sein sollte), würden die Kliniken nach PsychVVG keinen verbindlichen Anspruch auf eine Umsetzung der Mehrkosten im Budget haben
  - zusätzlich sind auch aktuell die Psych-PV-Stellen nicht vollständig finanziert: Budgetzuwachsverhandlung somit nahezu unmöglich
  - Tarifentwicklungen werden nicht vollständig refinanziert



## Kritikpunkte: PsychVVG

- Nachweispflicht
  - Nachweispflicht der gestellten Mindestanforderungen (der nicht ausreichend finanzierten Stellen)!
  - Nichteinhaltung führt zu Budgetabsenkungen bzw. Rückzahlungen
  - aktuell ist die Nachweispflicht sehr detailliert ausgestaltet
  - nur möglich, wenn den Krankenhäusern organisatorische Gestaltungsspielräume bei der Entscheidung gelassen werden, welche Berufsgruppen bei den unterschiedlichen Behandlungskonzepten zum Einsatz kommen (zweckgemäße Verwendung der Mittel)
  - der aktuell vorgegeben Rahmen führt zu einem „Ausbluten“ der Krankenhäuser



## Kritikpunkte: PsychVVG

- leistungsbezogener Vergleich
  - Einführung eines leistungsbezogenen Vergleich, um Unterschiede im Entgeltniveau der Kliniken zu kennzeichnen, mit dem Ziel dadurch eine Anpassung durch die Budgetverhandlungen auf der örtlichen Ebene zu erzielen
  - Ausgestaltung des Vergleichs nicht näher beschrieben
  - vor Allem die Ergebnisqualität wird nicht bedacht
  - rein wirtschaftlicher Vergleich der Kliniken führt nur zu „billig“ sticht „gut“
  - Gesetz wird so interpretiert, dass die Intention des Vergleichs eine Budgetabsenkung ist – eine Erhöhung bei „guten“ Zahlen (sachlich notwendige Budgetsteigerung) scheint nicht angedacht



## Kritikpunkte: PsychVVG

- stationsäquivalente Leistungen/Hometreatment
  - Leistungen werden nicht zusätzlich finanziert sondern nur als Ersatz für stationäre Leistungen (und auch nicht höher als stationäre Leistungen)
  - Aber: Hometreatment verkürzt nicht die Verweildauer oder senkt die stationären Aufenthalte (evtl. kann hierdurch die steigende Anzahl verringert werden) – vielmehr ist es eine Angebotserweiterung, die zusätzlich zur stationären Versorgung angeboten werden sollte
  - Mogelpackung!



---

## Kritikpunkte: PsychVVG

- Mehrleistungsbegrenzung
  - Mehrleistungen sind lt. Gesetz nur dann zulässig, wenn diese durch die Krankenhausplanung begründet sind (anders entstehende Mehrleistungen werden also nicht finanziert)
  - höhere Patientenfallzahlen sind aber aufgrund des stetig steigenden Bedarfs innerhalb der Bevölkerung unvermeidbar
  - Versorgungsgebiet verpflichtet zur Aufnahme der Patienten
  - massiver finanzieller Nachteil für Kliniken mit Pflichtversorgung
  - langfristig kann eine derartige Regelung nicht bestehen bleiben!



---

## Kritikpunkte: PsychVVG

- Dokumentationsaufwand
    - die notwendige Reduzierung des Dokumentations- und Misstrauensaufwands ist nur sehr unkonkret über einen Prüfantrag an die Selbstverwaltungspartner berücksichtigt
    - Forderung: Gesetz muss klar beauftragen, dass die Dokumentationslast sowie der Aufwand durch Abrechnungsprüfungen auf das Notwendige beschränkt wird
-



## PsychVVG

- Gegenäußerung der Bundesregierung zu den Äußerungen des Bundesrates zum PsychVVG - zu unter anderem folgende Vorschlägen des Bundesrates erteilt die Bunderegierung Prüfwzusagen:
  - umfassende Refinanzierung von Tarifierhöhungen (DKG hat nur 80 % vorgeschlagen)
  - Verbesserung des Mehrerlösausgleichsatzes
  - Möglichkeit der Vereinbarung von Behandlungsbudgets (ambulant und stationäre Behandlungen)
  - Nachweispflicht
  - Qualitätsindikatoren



## Fazit: PsychVVG



erheblicher Verbesserungs- sowie Konkretisierungsbedarf!



Wir bleiben dran und werden uns weiter vehement für die optimale Versorgung psychisch Erkrankter einsetzen!



- 
- ➔ Wie können die Mindestanforderungen zum therapeutischen Personal ausgestaltet werden?
  - ➔ Wie kann die Nachweispflicht ausgestaltet/eingesetzt werden, ohne die Krankenhäuser in eine Abwärtsspirale zu schicken?
  - ➔ Wie soll der leistungsbezogene Vergleich ausgestaltet werden? Wird die Ergebnisqualität berücksichtigt? Werden die Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften bei der Ausgestaltung mit einbezogen?
  - ➔ Wie kann das Hometreatment – mit der Intention einer besseren Gesamtversorgung! – in die Versorgungslandschaft integriert werden?
  - ➔ Wie können die Regelungen zu Mehrleistungen der Realität angepasst werden?
  - ➔ Wie kann der Dokumentationsaufwand verringert werden? Mehr Dienst am Patienten!
- 



---

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

---

# **Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland**

aus Sicht der  
SPD

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von  
Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB,  
Stellvertretender Fraktionsvorsitzender SPD

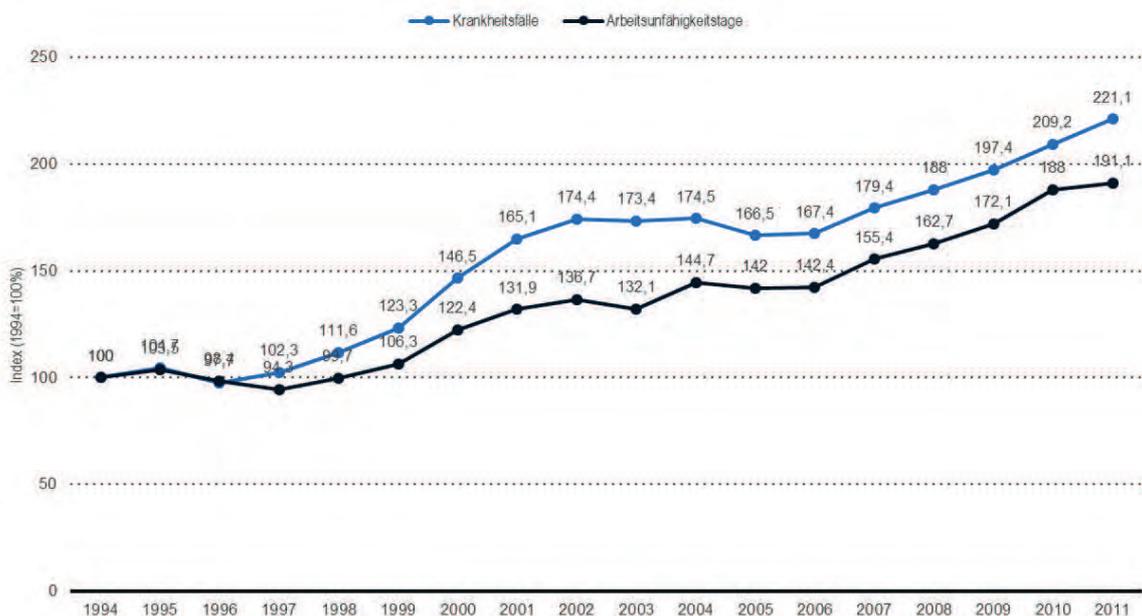
# „Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung“

50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD

27.-28.10.2016 LVR-Klinik Langenfeld

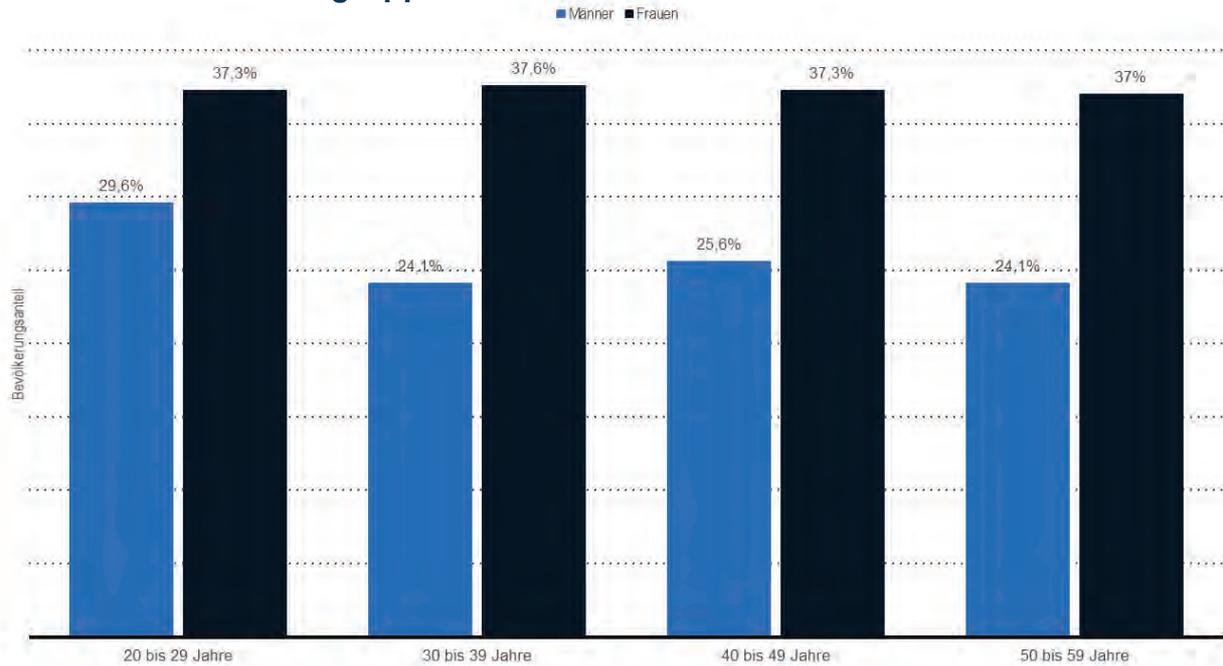
Seite 1

## Index\* für Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle aufgrund von psychischen Erkrankungen in Deutschland in den Jahren von 1994 bis 2011



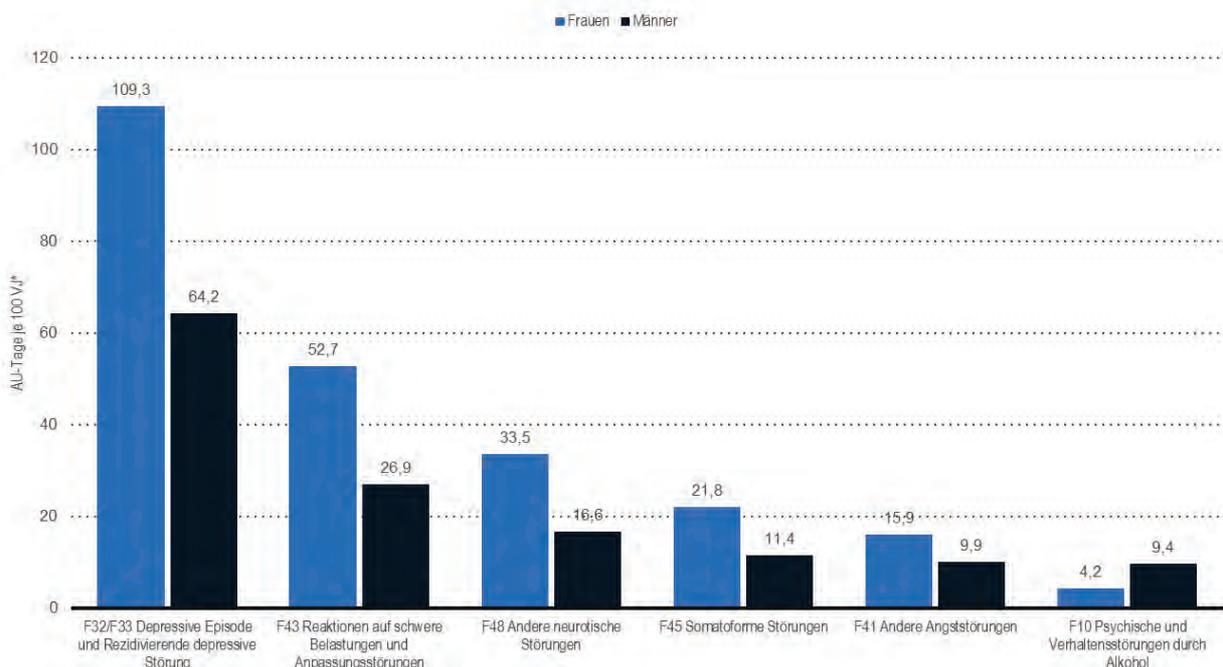
\* Ausgangspunkte der Indizes sind die Krankheitsfälle bzw. die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 1994.

### Bevölkerungsanteil mit psychischen Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppe im Jahr 2011



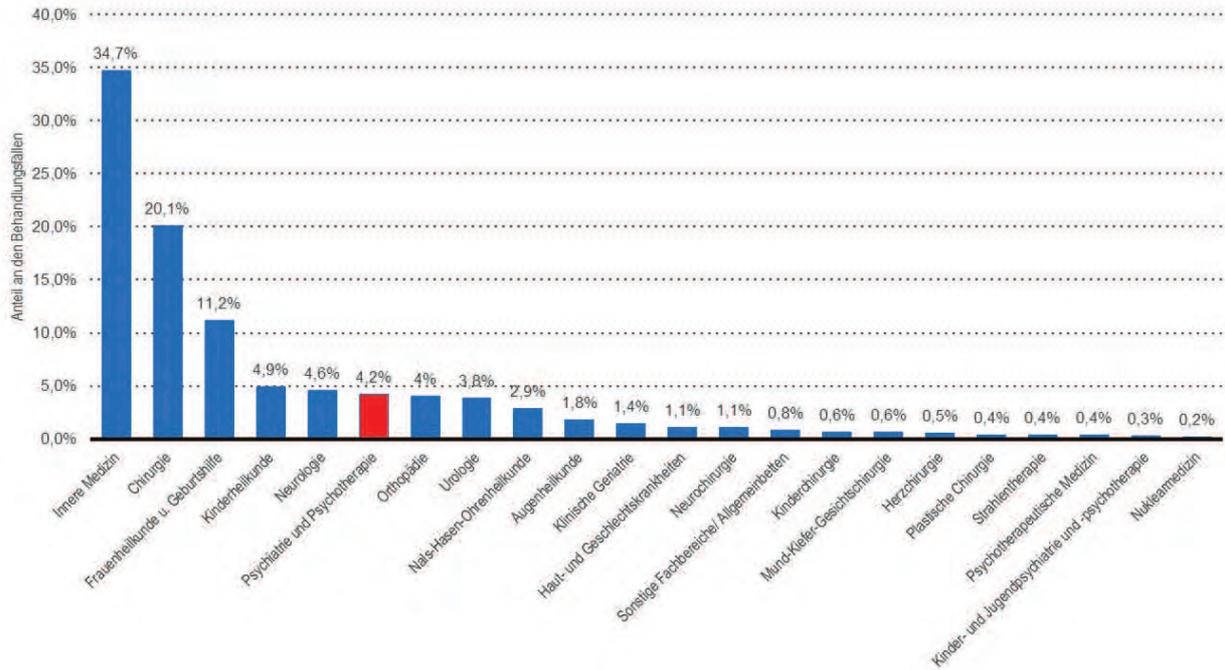
Quelle: BPIK; Statista

### Wichtigste Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2012 (AU-Tage je 100 VJ\*)



Quelle: DAK; Statista

## Verteilung der Behandlungsfälle in deutschen Krankenhäusern nach Fachabteilungen im Jahr 2014



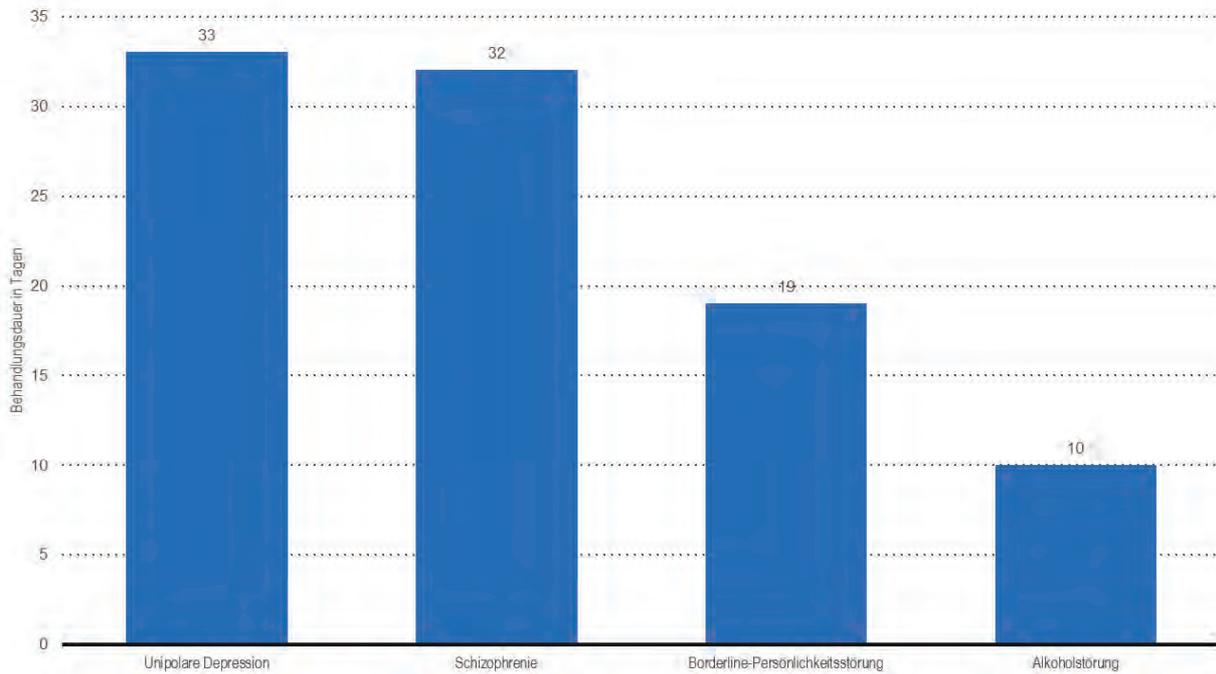
Quelle: Statistisches Bundesamt; Statista

## Psychische und Verhaltensstörungen - Stationäre Behandlungen bis 2014



Quelle: Statistisches Bundesamt; Statista

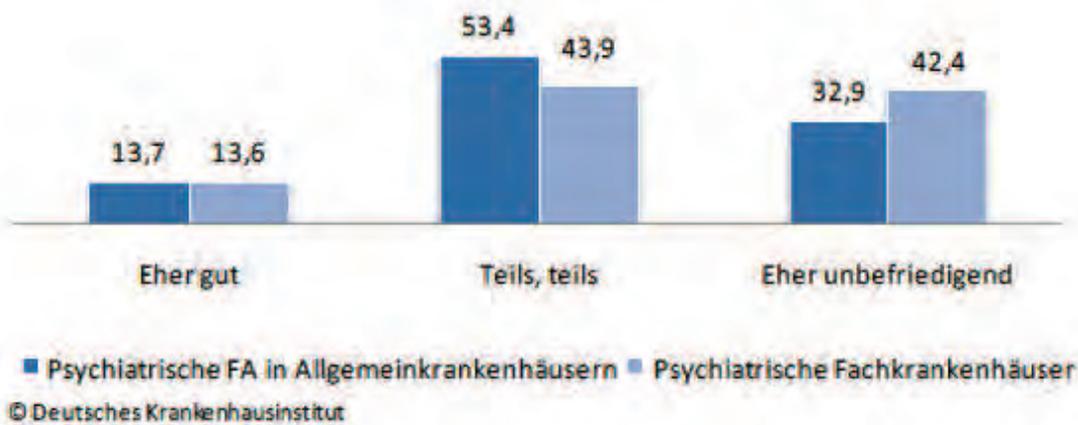
### Durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in der Erwachsenenpsychiatrie bei ausgewählten Diagnosen im Jahr 2012 (in Tagen)



Quelle: Statistisches Bundesamt; Statista

### Wirtschaftliche Situation 2013/2014

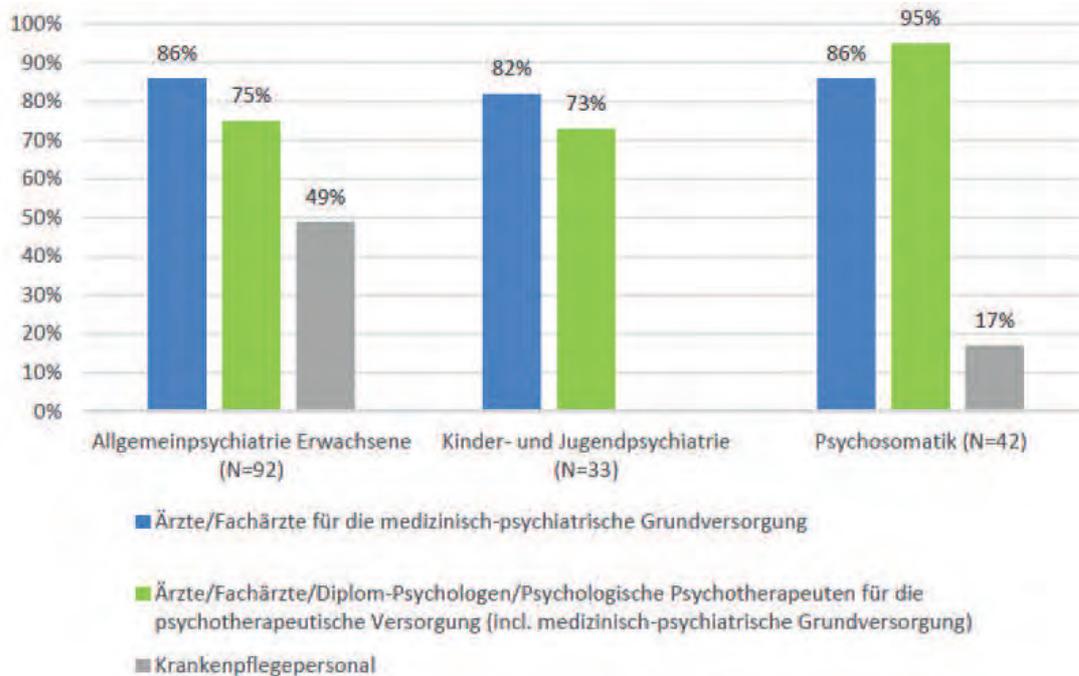
Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses (Krankenhäuser in %)



Quelle: DKI Psychriechenmeter

BPtK-Studie zur Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik 2016

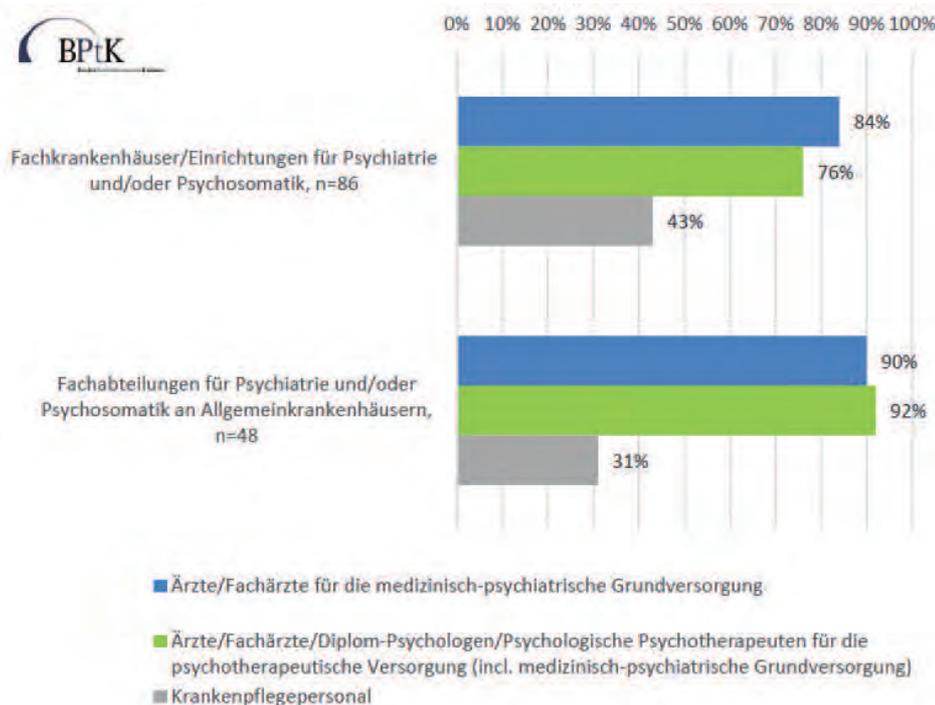
Anteil der Einrichtungen, die die Vorgaben der Psych-PV für die jeweilige Berufsgruppe erfüllen



Quelle: BPTK

BPtK-Studie zur Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik 2016

Anteil der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie), die die Vorgaben der Psych-PV für die jeweilige Berufsgruppe erfüllen



Quelle: BPTK

## Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

- Angleichung der krankenhausesindividuellen Preise an ein landeseinheitliches Preisniveau entfällt; regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung werden im Krankenhausbudget berücksichtigt
  - Neu:
  - Klarstellung, dass Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei der Vereinbarung des Gesamtbetrages zu berücksichtigen sind
- Kalkulation des Entgeltsystems erfolgt auf der Grundlage des Aufwands tatsächlich erbrachter Leistungen, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein soll
- Gesetzlicher Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Entwicklung verbindlicher Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen
  - Neu:
  - Einführung des Rechts zur Stellungnahme der medizinischen Fachgesellschaften
- Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs von Krankenhäusern als Transparenzinstrument

## Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)
  - Neu:
  - Streichung des Erfordernisses der akuten Behandlungsbedürftigkeit als Voraussetzung für die stationsäquivalente Versorgung
  - Verzicht auf Bettenabbau, da sich dies negativ auf die Bereitschaft der KH zur Durchführung dieser Behandlungsform auswirken könne
  - Versorgungsmodelle im Rahmen der Integrierten Versorgung können parallel bestehen bleiben
- Verlängerung der Möglichkeit zur Anwendung des Entgeltsystems auf freiwilliger Grundlage um ein Jahr
- Weiterentwicklung der Regelungen zu Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen
  - Neu:
  - Überweisungsvorbehalt wird auf weitere Facharztgruppen mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung ausgeweitet.
  - Psychosomatische Institutsambulanzen wie bisher weiterhin pauschal bei der Bedarfsplanung berücksichtigt

## Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

- Kalkulation des Entgeltsystems erfolgt auf der Grundlage des Aufwands tatsächlich erbrachter Leistungen, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein soll

# **Aktuelle Entwicklung und Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland**

aus Sicht des  
Bündnis 90/Die Grünen

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von  
Maria Klein-Schmeink, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin  
Bündnis 90/Die Grünen

Frau Klein-Schmeink hat ihren Vortrag auf der 50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. frei gehalten. Nachstehend ein Artikel von Frau Klein-Schmeink für die „Gesellschaftspolitische Kommentare“ (gpk) zur Versorgung von psychisch kranken Menschen, der im Wesentlichen den Inhalt der gehaltenen Rede wiedergibt:

### **Hilfenetze für psychisch kranke Menschen ausbauen für eine personenzentrierte Versorgung**

Es ist Zeit, das Prinzip der leistungsorientierten Gesellschaft zu überdenken. Zu viele Menschen können dem Druck nicht standhalten und erkranken. Entschleunigung, mehr Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme für die individuelle Situation dürfen nicht erst dann in den Blick genommen werden, wenn Menschen nicht mehr „funktionieren“. Wir fordern die Bundesregierung auf, das laufende Gesetzgebungsverfahren zum Entgeltsystem (PsychVVG) in der Psychiatrie zu nutzen, um die schwerwiegenden Versorgungslücken für psychisch erkrankte Menschen zu schließen. Menschen in psychischen Krisen brauchen frühzeitige niedrigschwellige Hilfen. Es ist ein Unding, dass im ambulanten Bereich lange Wartezeiten die Regel und Hilfen nicht miteinander verzahnt sind. Außerdem darf das geplante Bundes- teilhabegesetz nicht die Eingliederungshilfe für chronisch psychisch Kranke gefährden.

Der Handlungsdruck ist enorm: Der deutliche Anstieg von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte, lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung und ein fortdauernder Anstieg von frühzeitiger Erwerbs- unfähigkeit sind deutliche Hinweise, dass die Versorgung psychisch erkrankter Menschen dringend verbessert werden muss. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in den letzten Jahren die Patientenzahlen im stationären Bereich und der Anteil der Notfallbehandlungen massiv angestiegen.

Wesentliches Problem ist, dass die Bundesregierung kein Konzept dafür hat, wie in fünf oder zehn Jahren ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot aussehen und geschaffen werden soll, das flexibel auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingeht. Wie können schwer psychisch kranke Menschen, die ihre Hilfsbedürftigkeit nicht erkennen oder nicht in der Lage sind Hilfen einzufordern, erreicht und gut versorgt werden? Welche Hilfen müssen wir vorhalten, wenn sich abzeichnet, dass ein Mensch psychisch erkrankt oder in eine Krise gerät? Und wie können wir sicherstellen, dass psychisch kranke Kinder eine altersgerechte Unterstützung erhalten, die sowohl ihr psychisches Wohl als auch das Familiengefüge sowie den Schulalltag in den Blick nimmt? Auf all diese Fragen hat die Bundesregierung keine Antwort.

### **Entgeltsystem muss individuelle Bedarfe abbilden**

Gut ist, dass die Bundesregierung den dringenden Korrekturbedarf am alten, von CDU und FDP eingerichteten PEPP-System endlich erkannt hat. Wir haben von Anfang an davor gewarnt, dass ein pauschalierendes Preissystem ökonomische Anreize schafft, Menschen mit leichteren psychischen Erkrankungen stärker stationär zu behandeln und zugleich Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen sowie Kinder und Jugendliche nicht angemessen zu versorgen. Insofern geht das PsychVVG in die richtige Richtung. Die Neuausrichtung hin zu einem Budgetsystem wird aber nicht konsequent vollzogen. Die Dokumentation in den Kalkulationshäusern zum Leistungsgeschehen soll zur Budgetfindung beibehalten werden, was befürchten lässt, dass es durch die Hintertür eine preisorientierte Kalkulation entlang von Einzelleistungen fortgeschrieben wird. Wir setzen uns für Parameter zum Zwecke der Budgetfindung ein, die tagesbezogen den Aufwand für Diagnostik und Behandlung von individuellen Ausformungen und Verläufen psychiatrischer Diagnosen abbilden.

Kritisch ist zudem, dass die Bundesregierung durch die Fülle der Aufträge an einzelne Selbstverwaltungspartner ihrem eigenen Gestaltungsauftrag nicht nachkommt und zudem systematisch die Patientenvertretung von dem Reformprozess ausschließt.

### **Sektorübergreifende Versorgung stärken und ambulante Krisensysteme zur Vermeidung von stationärer Versorgung ausbauen**

Ziel muss ein bedarfsgerechtes, regionales, Zwang vermeidendes psychiatrisch/psychotherapeutisches und psychosoziales Versorgungsnetz für alle Altersgruppen sein, welches flexibel verschiedenste personenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlungsformen ermöglicht: die ambulante Begleitung in den eigenen Alltag während, nach oder statt einem stationären Aufenthalt, teilstationäre Angebote, die enge Abstimmung mit gemeindenahen sozialpsychiatrischen Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund, die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen sowie eine ambulante Krisenbegleitung. Ein Entgeltsystem in der Psychiatrie muss diese Veränderungen befördern; es darf nicht alte, streng nach stationär und ambulant getrennte Versorgungssysteme weiter fortschreiben.

Um die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu überwinden, wird es mit dem PsychVVG Krankenhäusern in einem ersten Schritt ermöglicht, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in ihrem Lebensumfeld zu behandeln, was im Anschluss an die stationäre Versorgung zu einem gleitenden Übergang in den ambulanten Bereich beitragen kann. Allerdings ist die Regelung derart eng gefasst, dass Krankenhäuser kaum geneigt sein werden stationsäquivalente Behandlungen anzubieten, insbesondere dann nicht, wenn sie sich gleichzeitig dazu verpflichten müssen, die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern. Damit der positive Ansatz nicht völlig ins Leere läuft, sollte die Ausgestaltung der Regelung im Beratungsverfahren dringend nachgebessert werden.

Es fehlen im Gesetzentwurf Maßnahmen für die ambulante Versorgung, die es ermöglichen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln, um stationäre Aufnahmen im Vorfeld zu vermeiden. Ziel muss es sein, dass die verschiedenen Leistungserbringer – Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenpflege - in einem gemeindepsychiatrischen Verbund abgestimmte Behandlungen „aus einer Hand“ auch im häuslichen Umfeld und unter Einbeziehung des familiären und sozialen Umfelds anbieten. Hierfür schlagen wir vor, im SGB V rechtliche Vorgaben für Modellvorhaben der ambulanten Versorgung zu schaffen sowie deren Finanzierung, beispielsweise durch eine gezielte Aufstockung des Innovationsfonds, sicherzustellen.

### **Verbindliche Personalstandards bestimmen und umsetzen**

Ein sehr kritischer Punkt im alten PEPP war die Frage der Personalausstattung, weil die alte Psych-PV abgeschafft wurde und neue Personalstandards noch durch den G-BA entwickelt werden sollten. Gut ist, dass die Psych-PV jetzt weiter gilt und auch deren Umsetzung nachgehalten wird. Nicht gut ist, dass erst ab 2020 der Nachweis gegenüber den Krankenkassen geführt werden muss, dass die Stellen auch besetzt waren. Wer Mittel für Personal erhält, muss diese auch für Personal ausgeben.

Um zu gewährleisten, dass die vereinbarten Personalstellen tatsächlich ihrem Zweck entsprechend eingesetzt werden, sollten Krankenhäuser die Umsetzung der Personalstandards zur Psych-PV bis zum Vorliegen der vom G-BA zu entwickelnden Personalstandards nicht nur gegenüber dem InEK, sondern auch gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Zudem ist sicherzustellen, dass die von den Krankenhäusern nachzuweisenden personellen Mindeststandards unter Berücksichtigung von Tarifsteigerungen vollständig refinanziert werden.

Die Vorgaben der Psych-PV sollten den Mindeststandard für die Personalausstattung ab 2020 bilden und regelmäßig dem neuesten Entwicklungsstand in der Versorgung angepasst

werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich in den letzten Jahrzehnten die Intensität der stationären Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie sowie in Kinder- und Jugendpsychiatrie durch kürzere Liegezeiten und gestiegene Fallzahlen massiv verdichtet und die Versorgung psychisch kranker Menschen sich seit der Verabschiedung der Psych-PV weiterentwickelt hat. Zudem sollte im Gesetz klargestellt werden, dass der für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention erforderliche Personalbedarf zur Vermeidung von Zwangsbehandlungen gesondert erfasst und die entsprechenden Aufwendungen in das neue Entgeltsystem einbezogen werden müssen. Uns reicht nicht, wenn nur die Selbstverwaltung darüber entscheidet. Zur Bestimmung der verbindlichen Mindestvorgaben für eine bedarfsgerechte, alle Behandlungsbereiche und -settings umfassende Personalausstattung sollte dem G-BA eine trialogisch besetzte Expertenkommission zu den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik zur Seite gestellt werden. Außerdem müssen im Entgeltsystem die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie stärker berücksichtigt werden, da Kinder und Jugendliche auch im psychiatrischen Bereich besonders schützenswert sind und heute teilweise eine erhebliche Unterversorgung besteht. Die Anwesenheit von qualifizierten Erzieherinnen, Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten für jedes einzelne Kind sowie die Einbeziehung des ambulanten Vertragsarztsystems erfordern eine aufwendige und von der Erwachsenenpsychiatrie abweichende Personalausstattung.

Maria Klein-Schmeink, MdB  
Sprecherin für Gesundheitspolitik  
Mitglied des Gesundheitsausschusses  
Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen

# Erwartungen an die zukünftige psychiatrische Versorgung in Deutschland

---

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

# **Erwartungen an die zukünftige psychiatrische Versorgung in Deutschland**

aus Sicht der  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)



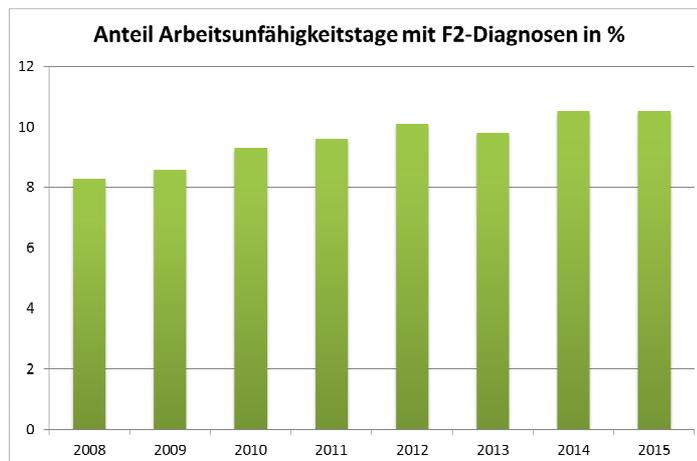
50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD  
am 27. Oktober 2016 in Langenfeld

## Erwartungen an die zukünftige psychiatrische Versorgung in Deutschland

Georg Baum | Hauptgeschäftsführer

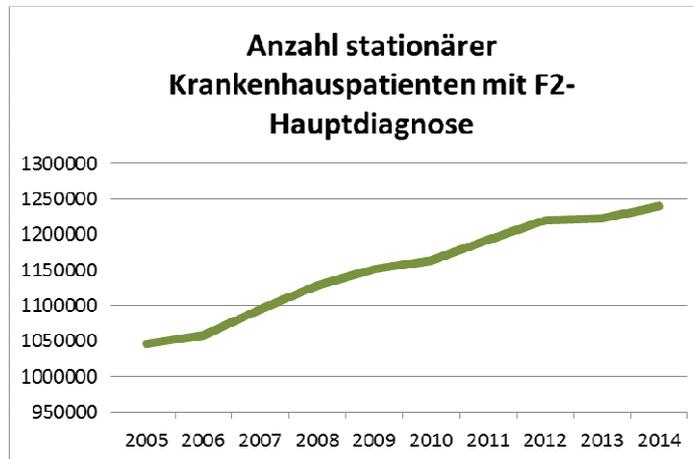


## Steigende Versorgungsbedarfe



Quelle: Krankheitsbedingte Fehlzeiten der deutschen Wirtschaft-  
Fehlzeitenreport (hier: Versicherte Erwerbstätige der AOK), WiDO 2016

## Steigende Versorgungsbedarfe



Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Georg Baum | VDK Fachgruppe Psych 27.10.2016

3

## Steigende Versorgungsbedarfe



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2016

Georg Baum | VDK Fachgruppe Psych 27.10.2016

4



Quelle: ZI-Praxis-Panel 2010 bis 2014

## Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

### **KHRG 03/2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009)**

- Einführung des PEPP-Systems ab 2013, verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen (6 Abs. 4 BPfIV)

### **PsychEntgG 07/2012 (Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012)**

- Einführungsphasen und Angleichung an Landespreise

### **GKV-FQWG 07/2014**

(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21.07.2014)

- Verlängerung der optionalen Einführungsphase um 2 Jahre, doppelte Obergrenze für Optionskrankenhäuser in 2015 und 2016

### **PsychVVG (Gesetzentwurf vom 05.09.2016) Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen**

- Abkehr vom Preissystem und Stärkung der Ortsebene (krankenhausindividuelle Anpassungsvereinbarungen statt Konvergenzautomatismus)
- Verlängerung der optionalen Einführung der PEPP-Abrechnung um ein Jahr
- Anpassung des PEPP-Kataloges (Bürokratieabbau)
- Entwicklung eines leistungsorientierten Krankenhausvergleiches
- Neues Budgetsystem ab 2020: Neue gesetzlichen Vorschriften für die Budgetvereinbarungen, zeitgleich mit der Einführung der neuen Personalanforderungen des G-BA als Nachfolgeregelung der Psych-PV

Georg Baum | VKD Fachgruppe Psych 27.10.2016

7

## Finanzierung und Abrechnung (PsychVVG)

### **PsychVVG (Gesetzentwurf vom 05.09.2016)**

- Bis einschl. 2019: Budgetverhandlungen nach „altem“ Recht und Psych-PV
- Ab 2018: verbindliche Abrechnung mit PEPP-Entgelten

ab 2020: „neues“ Budgetrecht

- Krankenhausindividuelle, leistungsorientierte Budgets, die und auch regionale und individuelle Besonderheiten berücksichtigen sollen (Transparenz und Krankenhausvergleich)
- Verbindliche Umsetzung der Personal-Mindestanforderungen des G-BA mit Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtungen.
- Kein expliziter Rechtsanspruch auf vollständige Finanzierung des erforderlichen Personals und nur hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen.

*Noch in der politischen Diskussion:*

- Zuschläge für Besonderheiten „in der Leistungserbringung“
- Überschreitung der Obergrenze aufgrund von Fallzahlsteigerungen

Georg Baum | VKD Fachgruppe Psych 27.10.2016

8

### Maßnahmen

- Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung (Mindestanforderungen des G-BA als Nachfolgeregelung der Psych-PV)
- Qualitätsberichte (Standortdefinition)
- Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung
- Qualitätsabhängige Vergütung (Zu- und Abschläge)
- Qualitätsverträge (für bestimmte Leistungen)
- Expertenrunde des BMG zur Personalentwicklung in der Somatik

### Sind diese Ansätze und Instrumente für die Psychiatrie geeignet?

- Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität?
- Für die psychiatrische Versorgung ist die Personalausstattung (Strukturqualität) als wesentliches Merkmal für Qualität anerkannt.

Georg Baum | VKD Fachgruppe Psych 27.10.2016

9

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

10

# **Erwartungen an die zukünftige psychiatrische Versorgung in Deutschland**

aus Sicht des  
Verbandes der Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Dr. rer. soc. Josef Düllings, Präsident des  
Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)



50. Fachtagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD am 27.10. in Langenfeld

## Erwartungen an die zukünftige psychiatrische Versorgung in Deutschland

**Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident**

Meine Damen und Herren,  
lieber Herr Höhmann,

Herzlichen **Dank** für diese Veranstaltung. Ich finde das Programm ist eine außerordentlich gute Komposition von politischen und fachlichen Themen sowie Managementthemen. Wir brauchen mehr von solchen Angeboten, um noch bessere Ideen zur Zukunftssicherung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu entwickeln. Insofern freue ich mich, dass ich hier einen Beitrag leisten darf.

Ich möchte Ihnen die besten Grüße vom Präsidium und Vorstand des VKD übermitteln und freue mich auf eine interessante Tagung.

Ebenso möchte ich Ihnen und dem Fachgruppenvorstand sehr herzlich gratulieren zur Jubiläumsveranstaltung. Seit einigen Jahren sind die Veranstaltungen sehr gefüllt. Das liegt einerseits an einem brisanten Thema, das so „plätschernd“ und unschuldig daherkommt wie *„Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“*. Wenn man nicht aufpasst, hat man diese „Beruhigungspille“ schneller geschluckt, als man sie verdauen.

Aber hier gibt es in der Fachgruppe Gott sei Dank Experten, die dieses Thema und die Aktivitäten der ministerialen Ebene der Gesetzgebung

zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft sehr kritisch und wie ich finde sehr überzeugend begleiten.

Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich bei allen bedanken, die hier über die letzten Jahre engagiert und erfolgreich mitgewirkt haben und in der politischen Meinungsbildung doch maßgeblichen Einfluss ausüben konnten. Insbesondere darf ich mich bei **Holger Höhmann** - stellvertretend für die Fachgruppe – als Fachgruppenvorsitzenden sehr herzlich bedanken.

Ich denke, **Herr Baum** und heute Vormittag auch **Herr Höhmann** haben die Knackpunkte des **PsychVVG** ausführlich dargestellt, so dass ich nicht weiter darauf eingehen muss, sondern dies nur bekräftigen kann.

Als **Verband der Krankenhausdirektoren** vertreten wir über 2.000 Geschäftsführer, Vorstände und Krankenhausdirektoren fast aller deutschen Kliniken. Eine Frage, die mich seit der „**Krise der Roten Zahlen**“ umtreibt, ist:

**Sind die Krankenhäuser eigentlich zukunftsfähig?**

**Welche Erwartungen bestehen an die zukünftige psychiatrische Versorgung?**

Nach meiner Einschätzung gibt es **fünf Faktoren**, die hier eine Rolle spielen.

**Der 1. Punkt ist natürlich die Finanzierung.**

Wie Sie wissen, ist die Investitionsfinanzierung das größte **Manko**. Der Gesamtumsatz der 2.000 Krankenhäuser in Deutschland beläuft sich auf etwa 100 Mrd. Euro. Der Investitionsanteil der Länder liegt

derzeit nur bei knapp 3 Mrd. Euro. Weitere 3 Mrd. Euro finanzieren die Krankenhäuser aus den Betriebserlösen selber. Der Investitionsbedarf liegt also **mindestens** bei 6 Mrd. Euro, eher noch höher.

Wenn die Krankenhäuser weiter Mittel aus den Betriebserlösen nehmen müssen, die dort aber nicht einkalkuliert sind – und das wird auch beim künftigen Vergütungssystem so sein – dann entsteht hier ein enormer **Rationalisierungsdruck**. Ich habe die Befürchtung, dass dies mit dem neuem Vergütungssystem und den vorgesehenen Regelungen des PsychVVG noch spürbarer wird.

In letzter Zeit haben einige Länder ihre Investitionen etwas angehoben. Das ist aber kaum der Rede wert. Viel Hilfe können wir hier nicht erwarten. Deswegen ist die klassische „duale Finanzierung“ aus Sicht des VKD auch eher eine „**schmilzende Eisscholle**“, auf die man nicht mehr setzen und sitzen kann.

Das heißt, die Krankenhäuser müssen durch ihr Management **zwei Dinge** tun: Erstens den Rationalisierungsdruck abbauen – Stichwort Ärzte- und Fachkräftemangel – und zweitens mehr Investitionsmittel erwirtschaften. Das hört sich zunächst paradox an. Es ist auch schwierig. Aber es ist nicht unmöglich.

Ebenfalls zur Finanzierung gehört das Problem „**Gesetzgeber**“. Dieser schadet den Krankenhäusern oft mehr, als dass er ihnen nutzt. Ich möchte das am Beispiel des **GKV-Finanzierungsgesetzes** für den Somatischen Bereich verdeutlichen. Dieses Gesetz hat die Krankenhäuser massiv in die roten Zahlen geführt. Es waren **nicht**, wie oft irrtümlich angenommen, die DRGs. Es war dieses Gesetz und insbesondere die doppelte Degression, die jetzt mit dem KHS in einem verspäteten Erkenntnisgewinn abgeschafft wurde.

Der Anteil der Krankenhäuser mit roten Zahlen stieg von rund 20 % in 2010 auf 43 % in 2011. 2011 trat das Gesetz in Kraft. Und nochmal auf 50 % in 2013. So jedenfalls unsere Umfragedaten. Und das hatte nichts mit schlechtem Management zu tun, sondern war durch den Gesetzgeber verursacht, der dann zwei Mal nachkorrigiert hat 2013 und 2015. Hieran wird deutlich: Wir haben hier für die Zukunft keine Sicherheit. Wir müssen uns selbst bei geänderten Rahmenbedingungen stabiler aufstellen.

Ein weiterer Aspekt zur Finanzierung, der immer stärker ins Gewicht fällt, ist der MDK. Derzeit werden in den somatischen Kliniken massiv die Prüfquoten erhöht. In den Krankenhäusern entsteht dadurch ein immer stärkerer ökonomischer Druck. Als St. Vincenz-Krankenhaus zum Beispiel vereinbaren wir mit den Krankenkassen ein jährliches Budget von etwa 100 Mio. Euro. Auf der Abrechnungsebene holen sich die Kassen durch den MDK aber per se schon mal 1 Mio. Euro zurück – Tendenz steigend. Der MDK hat das Potenzial, Krankenhäuser in die Insolvenz zu prüfen, indem immer mehr Rechnungen einfach nicht bezahlt werden und die Außenstände weiter ansteigen.

Ich bin sehr gespannt und das wird sehr genau zu beobachten sein, wie sich der **MDK bei den psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen in Zukunft verhalten wird.**

## **Zum 2. Punkt, den ich „Konzernisierung“ nennen möchte**

Das ist kein spezielles Thema der Krankenhausbranche. Das finden Sie in allen Wirtschaftsbranchen. Im Einzelhandel: weg von den Tante-Emma-Läden hin zu den Supermärkten und **Supermarktketten**. Selbst bei den Krankenkassen. 1995 gab es bundesweit noch rund 1.000 Krankenkassen. Heute sind es noch 120.

In der Krankenhausbranche gibt es auch eine zunehmende Konzernbildung, aber wesentlich **langsamer**. Sicher hängt das damit zusammen, dass Krankenhäuser in den Kommunen traditionell stark eingebunden sind. Trägerwechsel werden in der Öffentlichkeit oft kritisch diskutiert. Aber alleinstehende Grundversorger sind tendenziell gefährdet.

Fraglich ist auch, wie in dem vorgesehenen Budgetsystem der leistungsbezogene Vergleich angewandt wird und inwieweit unterschiedliche strukturellen Voraussetzungen von Kliniken überhaupt angemessen abgebildet werden.

Der aus meiner Sicht steigende ökonomische Druck auch im der Psychiatrie und Psychosomatik macht Zusammenschlüsse von Einrichtungen auch im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich grundsätzlich sinnvoll.

### **3. Punkt „Individualisierung“**

Das ist eine gigantische gesellschaftliche Transformation, die laut Soziologen schon seit vielen Jahrzehnten stattfindet. In der Familiensoziologie wurde dies erforscht an dem Wandel der **Familie**, von der Großfamilie, über die Zwei-Generationen-Kernfamilie der 50er Jahre bis zu Alleinerziehenden und Single-Haushalten heute.

Individualisierung ist auch der Wandel vom universitären Großrechner, über PC, Notebook hin zum Smartphone.

Ein anderes Beispiel ist der Patient. Er surft im Internet und weiß besser Bescheid über seine Krankheit als der Hausarzt. Der Patient ist mit seinen individuellen Bedürfnissen heute definitiv im Mittelpunkt des Interesses angekommen. Krankenhäuser, die sich darauf nicht ein-

stellen können, laufen Gefahr, dass sie aus der Versorgung ausscheiden.

#### **4. Punkt „Ambulantisierung“**

Ambulantisierung meint heute weniger, dass die Krankenhäuser große **Volumina** stationärer Leistungen an die Vertragsärzte im ambulanten Bereich abgeben. Das stellen die Krankenkassen sich so vor. Im Vordergrund steht eher der Aufbau ambulanter Strukturen am Krankenhaus.

Die zeigt sich zum Beispiel an der Entwicklung von **MVZ**-Strukturen, eine Strategie, um stationäre Zuweisungen sicherzustellen. Aus Sicht des Patienten ist die geschlossene Prozesskette ambulant-stationär durch ein MVZ am Krankenhaus sicherlich eine Qualitätsverbesserung.

Ich habe den Eindruck, dass auch das **Hometreatment** als erweitertes Behandlungsspektrum der Kliniken hier auch eine Möglichkeit bieten könnte, zwar nicht ambulant, aber doch eine stärker patientenorientierte Versorgung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Sicher hängt vieles noch von der konkreten Umsetzung ab.

#### **Ich komme zum 5. Punkt „Digitalisierung“**

Die Digitalisierung ist **das Megathema** nicht nur in der Krankenhausbranche. Grundsätzlich scheint Deutschland hier hinterherzuhinken. Privat sind wir weitestgehend im digitalen Zeitalter angekommen. Fast jeder hat ein Smartphone. Die Institutionen tun sich hier allerdings eher schwer. Experten sprechen daher auch vom „*Deutschen Digitalen Rückstand – DDR 2.0*“.

**Andere Länder** wie Dänemark, Kanada oder die USA machen uns vor, wie es geht. Ich war für den VKD mit der Entscheiderfabrik im Juli in Kalifornien, San Diego. Auf der Konferenz der American Hospital Association wurde berichtet, dass der Anteil der US-Krankenhäuser mit Electronic Health Record von 9 % in 2008 auf rund 85 % in 2015 sich verzehnfacht hat. Und zwar nicht, indem die Krankenhäuser dies selbst bezahlt hätten, sondern mit einer Förderung von rund **30 Milliarden** US-Dollar aus dem Bundeshaushalt über sieben Jahre. Das finde ich bemerkenswert.

Als VKD fordern wir auch eine **Investitionsoffensive** auf der Bundesebene für eine **moderne IT-Infrastruktur** der Krankenhäuser. Die IT-Infrastruktur sollte auch in Deutschland eine öffentliche Aufgabe sein. Sonst sind wir hier noch länger mit „Papier und Bleistift“ unterwegs. Oder vielleicht müsste man sagen: mit „Steinplatte und Keil“.

Wenn ich mir jetzt diese fünf Punkte genauer anschau, dann sollten einige grundsätzliche Forderungen an die Politik gerichtet werden. Ebenso müssen allerdings auch die Kliniken einige grundsätzliche Dinge noch tun.

Ich möchte **drei Forderungen** nennen:

1.

In Anlehnung an die Empfehlungen des Deutschen Ethikrates sind auch wir der Auffassung, dass das leitende normative Prinzip der Gesundheitsversorgung das Patientenwohl sein muss. Eine erforderliche Neugestaltung der Finanzierungssysteme (Betriebs- und Investitionsfinanzierung) muss dafür sorgen, dass die Ökonomie der Patientenversorgung dient und nicht umgekehrt.

2.

Die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss berücksichtigen, dass Kommunikation und Zuwendung im Krankenhaus ausdrücklich und gewollt Teil der Patientenversorgung sind. Der organisatorische Aufwand dafür muss bei den Vorgaben des Vergütungssystems berücksichtigt werden. Insbesondere wird durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) in den Krankenhäusern ein steigender bürokratischer Mehraufwand generiert, der der Patientenversorgung entzogen wird.

3.

Die in Zukunft weiter steigenden Ansprüche der Bevölkerung an die Krankenhäuser können nur dann erfüllt werden, wenn der Gesetzgeber den Dreiklang aus Qualität, Personal und Finanzierung anerkennt. Eine bestmögliche Qualität ist ohne bestmöglich qualifizierte Ärzte und Pflegende nicht zu erfüllen. Ärzte in der Weiterbildung und Pflegende in der Ausbildung können auf Dauer nicht für eine Tätigkeit im Krankenhaus gewonnen werden, wenn weiter eine ökonomische Maximaleffizienz im Vordergrund steht, wie sie international ihres Gleichen sucht.

**Was müssen die Kliniken, was muss das Management tun, um die steigenden Erwartungen der Bevölkerung erfüllen können?**

Ich möchte an dieser Stelle einmal den Fokus auf das Thema „**Prozess**“ legen, das morgen ja noch ansteht. Sicherlich gibt es hier Unterschiede zwischen den somatischen Kliniken sowie psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken.

**Der Klinikchef** – ob das jetzt der Chefarzt ist oder der Geschäftsführer – hat aus meiner Sicht die **Aufgabe** – wie der Trainer beim Fußballspiel – mit seinen Leuten ein „**Spielsystem**“ zu entwickeln, das die

Mannschaft möglichst erfolgreich macht in der patientenorientierten Versorgung. Das ist die Aufgabe.

Und hier sehe in den Kliniken akut noch „Luft nach oben“. Eine Schwäche liegt aus meiner Sicht in der **Strukturorganisation**. Das Strukturkrankenhaus ist historisch gewachsen, geht heute aber am Patienten vorbei. Wir kennen das alles:

- Die strikte Einteilung des Krankenhauses in Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Verwaltung und zunehmend viele andere Berufsgruppen,
- Die Separierung in Fachabteilungen,
- Die Pflege von Hierarchien und unnötigen Ritualen

Für den Patienten ist das oft nicht gut. Er muss bei seinem **Lauf** durch das Krankenhaus über zahlreiche Schnittstellen. Auch das kennen wir alles, manchmal sogar aus eigener Erfahrung:

- Häufiges Warten
- Fehlerrisiken über Übergaben
- Informationsverluste
- Unnötige Doppelarbeit
- Unzufriedenheit beim Patienten *und* Mitarbeiter
- Verschwendung von Zeit und Ressourcen

**Wie kriegt man jetzt diesen Hindernislauf über die Strukturen für den Patienten weg? Man kann die Strukturen ja nicht abschaffen.**

Die üblichen Rituale auf Festveranstaltungen helfen hier nicht weiter. „Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt“. Diese Aussage ist für sich genommen wertlos. Viele engagierte Mitarbeiter haben dieses Credo zwar verinnerlicht. Sie scheitern aber in der Verwirklichung regelmäßig an den Strukturen des Krankenhauses.

Mit Blick auf die oben genannten Herausforderungen darf das nicht nur vom Engagement der Mitarbeiter abhängen. Der Patient muss auch **systemisch** im Mittelpunkt stehen. Und dafür braucht man Managementinstrumente.

Es braucht eine Brücke zwischen Strukturorganisation und Patient. Im heutigen Krankenhaus gibt es – bis auf die Zentren – so gut wie keine Prozessorganisation. Das würde ich hier zu behaupten wagen. Die Brücke muss also eine **ergänzende Prozessorganisation** sein – und das möglichst im **ganzen** Krankenhaus.

**Die Frage, die Sie sich jetzt vielleicht stellen, ist: Wie geht das? Und: Ist der Anspruch nicht doch etwas zu hoch?**

Wir haben im St. Vincenz-Krankenhaus das Thema **Lean Management** noch einmal neu angepackt. Es geht uns dabei nicht in erster Linie um ökonomische Effizienz, sondern um:

- Prozessqualität
- Patientensicherheit im Prozess
- Patientenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit
- und zuletzt natürlich auch um ökonomische Effizienz, die aber dadurch entsteht, dass die vorgängigen Ziele erreicht werden und dies hilft, Verschwendung zu vermeiden.

Also wichtig ist, dass es zwischen Abteilungen zum Beispiel nicht nur dann zu einem Gespräch kommt, wenn es ein Problem gibt. In der Regel sind es Probleme, die aus einem **Prozessversagen** entstehen und über „Ad-hoc-Kratie“ gelöst werden – oft auch nicht. Und dann ist der Patient der Leidtragende.

Das ist kein professionelles Management. Als Geschäftsführer halten wir uns aus diesen Dingen eher heraus, überlassen das Ärzten und Pflegenden. Wir haben erst wieder damit zu tun, wenn eine Patientenbeschwerde auf unserem Schreibtisch landet. Und das ist aus meiner Sicht nicht optimal.

Wir versuchen das bei uns systemisch zu lösen. An den Stellen, wo wir eine hohe Wertschöpfung erreichen können, richten wir **Prozessgruppen** ein. Und am Beispiel der **Inneren Ambulanz** sieht das dann so aus, dass die Oberärztin Innere Medizin, Assistenzarzt Neurologie, Pflegerische Leitung Ambulanz, Stationsleitungen, Case-Manager, bei Bedarf auch jemand aus der IT, einmal täglich für 10 Minuten an einem **Shopfloorboard** zusammenkommen. Für die relevanten Prozesse werden dort fünf Dinge gemacht:

1. Zielparameter gemonitort, die vorher gemeinsam festgelegt wurden,
2. werden Maßnahmen und Verantwortliche für die Zielerreichung definiert,
3. Störfaktoren ermittelt, die das Team davon abhalten, die Zielparameter zu erreichen,
4. werden Moderatoren festgelegt, die jeden Tag im Wechsel das Kurzmeeting moderieren, und
5. Einmal in vierzehn Tagen kommt die Führungsebene dazu: Chefarzt und Verwaltungsleiter, um übergeordnete Entscheidungen zu treffen, zum Beispiel über benötigte zusätzliche Ressourcen.

In der Evaluation der **Inneren Ambulanz** seit Januar haben wir zum Beispiel festgestellt, dass die Durchlaufzeit der Patienten von 180 auf 120 Minuten um 33 % reduziert werden konnte. Die Zahl der Fälle mit über drei Stunden Wartezeit konnte im Schnitt von 30 auf unter 10 um 67 % reduziert werden. Und In einem anderen Bereich, in der **Leistungsabrechnung**, ergab die Evaluation zum Beispiel eine Reduk-

tion der „Offenen Posten“ – die sich vor allem durch MDK-Prüfungen vorher erhöht hatten – um 19 % oder 3,6 Mio. Euro mehr auf unserem Konto. Das sind gute Ergebnisse.

Insgesamt ermöglichen diese **Prozessgruppen** – mit einer definierten kurzen Taktung – das, was ich mit „**KoVa**“ bezeichne. Wenn Sie diese Abkürzung hören, denken Sie vielleicht an Kaizen. **KoVa** bedeutet einfach „**Kontinuierliche Verbesserungsarbeit**“ an Prozessen – und zwar systemisch etabliert in Prozessgruppen.

Ein interessanter **Nebeneffekt**, den ich mittlerweile aus Haupteffekt sehe, ist auch, dass sich das Engagement und der Kenntnisstand der Mitarbeiter deutlich erhöht haben. Prozessgruppen sind **Marktplätze** von Ideen und Veränderungen. Und dies nicht top-down, sondern bottom-up. Dadurch können Kräfte der Selbstorganisation und eine deutlich höhere Motivation der Teams entwickelt werden. Im Ergebnis entsteht so ein lernendes Krankenhaus. Das ist jedenfalls unsere Erkenntnis.

### **Ich komme zum Fazit. Zwei Punkte.**

1. Die Implementierung einer **Prozessorganisation** bedeutet aus meiner Sicht ein völlig anderes Krankenhaus, als wir es zurzeit haben. Für den Ausbau einer Prozessorganisation ist auch eine weitgehende Digitalisierung hilfreich. Die Kennziffern zum Beispiel der **Innere Ambulanz** wie auch die Organisation werden volldigitalisiert bei uns mit E-Care unterstützt. Das Shopfloorboard ist davon zu trennen. Es dient nur der Visualisierung und als gemeinsame Entscheidungsgrundlage.
2. Die Politik wird den Krankenhäusern nicht mehr Geld zur Verfügung stellen. Ich denke, davon können wir ausgehen. Die Anforderungen an die Krankenhäuser werden aber weiter steigen. Dieser

Widerspruch lässt sich aus meiner Sicht nicht mehr durch überkommene individuelle Führungsstile oder „Ad-hoc-Kratie“ lösen. Nötig ist ein **evidenzbasiertes Management**, wie es zum Beispiel das **Lean** anbietet. Wenn man dies konsequent umsetzt, steht am Ende ein lernendes Krankenhaus. „Lean“ bedeutet für mich vor allem „lernendes Krankenhaus“.

Aber auch die Implementierung – muss ich sagen – ist für uns **selbst** ein lernendes System, das durchaus mit **Umwegen** gepflastert ist. Insofern habe ich zum Schluss noch ein Zitat von **Thomas Edison** mitgebracht, der das sehr schön beschrieben hat.

*„Erfolg ist das Gesetz der Serie, und Misserfolge sind Zwischenergebnisse. Wer einfach weitermacht, kann gar nicht verhindern, dass er irgendwann auch Erfolg hat.“*

Vielen Dank.

# **Aktuelle Entwicklungen für das Personal – der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

---

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

# **Aktuelle Entwicklungen für das Personal – der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

aus Sicht der  
Aktion Psychisch Kranke e.V.

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Vorstandsmitglied,  
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)

50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD:  
**Die psychiatrische Versorgung in Deutschland -  
 aktuelle Entwicklungen**

27. bis 28. Oktober 2016 - LVR-Klinik Langenfeld

(Stand 27.10.2016)

**Aktuelle Entwicklungen für das Personal –  
 Der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

Heinrich Kunze,  
 Aktion Psychisch Kranke

Der Titel des Gesetz-Entwurfs (vom 03.08.) ist Programm:  
 Von **PEPP** zum **PsychVVG**, „VV“ steht für **Versorgung und Vergütung**.

Eine systematische Darstellung der Absichten des Gesetzgebers kann man in der Begründung zum Gesetz-Entwurf finden: „A. Allgemeiner Teil“, S. 19-27  
<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett.html>

Was vom Gesetz-Entwurf für mein Thema wichtig ist:

1. *Finanzierung der Strukturqualität therapeutisches Personal*
2. *Budgetfindung und Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort*
3. *Vom bettenlastigen PEPP-Torso zum Gesamtkonzept der Krankenhausleistungen*
4. *Krankenhausvergleich - statt schematische Konvergenz auf stationäre Mittelwerte und Verweildauer abhängige Degression*
5. *Abrechnung – und Reduktion des Mißtrauensaufwands*
6. *Behandlungsqualität und Personalgewinnung*
7. *Zum Schluss: Und was wird in 5 Jahren sein?*

Der Gesetzentwurf gibt allgemeine Ziele vor und verteilt Aufträge.

**Die Wirkung dieses Gesetzes hängt davon ab, dass die konkrete Umsetzung der verschiedenen Aufträge im „lernenden System“ zum PsychVVG sowie die konkreten Budgetverhandlungen vor Ort an den Zielen des Gesetzes ausgerichtet werden.**

Ob das Budgetsystem die Fehlanreize von PEPP „zähmen“ kann, ist die spannende Frage.

Das bisherige PEPP-System errechnet Mittelwerte für unterschiedliche Patientengruppen mit ähnlichem therapeutischem Aufwand. Damit würde das defizitäre IST faktisch zur Norm. Der Treppeneffekt abwärts durch die Mittelwerte wird verstärkt durch die regelhafte Unterfinanzierung der Kostensteigerungen im Personalbereich.

Die Folgen gehen die Betroffenen, die Patienten und Angehörigen, sowie die Kooperationspartner in der regionalen Versorgung an. Sie betreffen nicht nur das Selbstverständnis der Klinik:

*Die Kliniken könnten mit dem PEPP-System überleben, wenn sie sich diesem System anpassen:*

- Ausweitung von unterdurchschnittlich aufwändigen stationären Fällen mit im ambulanten Bereich unterversorgten Patienten
- Elektive Steuerung der Aufnahmen zur gleichmäßigen Auslastung über die Ambulanz
- Vermeidung von überdurchschnittlich aufwändigen Behandlungen
- Konzentration zu „wirtschaftlichen“ Größen von Stationen und Klinikstandorten

*Und was wird aus dem Anrecht der psychisch erkrankten Menschen auf wohnortnahe Krankenhausbehandlung, rechtzeitig und dem individuellen Bedarf gemäß?*

## **1.) Finanzierung der Strukturqualität therapeutisches Personal**

Mit dem PsychVVG-E sind folgende Verbesserungen vorgesehen:

Der bisher rein empirische Ansatz wird zu einem empirisch-normativen Vorgehen verändert: *qualitätsbasierte Kalkulation eines bundeseinheitlichen Leistungskatalogs „auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität“ (Amtl. Begründung II.5)*. Zu unterscheiden ist: der bundeseinheitliche Leistungskatalog enthält die empirisch ermittelten Relativgewichte (RG), die Bewertung in € (Preise) ergibt sich in der budgetneutralen Phase bis 2019 aus dem hausindividuellen Basisentgeltwert durch Division aus dem fortgeschriebenen historischen Budget (bisherige BPfIV). Erst ab 2020 enthält die BPfIV neue Verhandlungsbereiche zur Überschreitung des bisherigen Gesamtbetrags, insbesondere: Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA, regionale und strukturelle Besonderheiten (§ 3 Abs. 3-E BPfIV).

Die Politik versucht, mit einem pauschalierenden Finanzierungssystem eine bedarfsnotwendige Personalausstattung einzuführen, aber dabei das Selbstkostendeckungsprinzip zu vermeiden:

- Vor 2020 „soll“ für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen“ (§ 17d, Abs 1, Satz 7). – Die Finanzierung der Stellen erfolgt aber zunächst weiter nach den Regeln der bisherigen BPfIV.
- Ab 2020 „sollen“ die Kalkulationshäuser die vom G-BA „festgelegten Anforderungen erfüllen“.

Anmerkung: „Soll“- wie verbindlich ist das? Die juristische DickeDaumenRegel lautet: „Soll“ = „Wer kann, der muss“.

- Der Auftrag an den G-BA wird im Gesetz-E präzisiert: Bisher ist sibyllinisch formuliert „...Richtlinien (als) Empfehlungen“, zukünftig gilt: „...Richtlinien ... verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen

Personal ...“ (§ 136a, Abs. 2-E)

Merkposten: Werden Mindestvorgaben in den örtlichen Verhandlungen zu Obergrenzen?

-- Wenn nicht genügend Kalkulationseinrichtungen die Psych-PV bzw. die Vorgaben der G-BA erfüllen, dann soll eine *Hochrechnung – mit Bezug auf die geltende Personalnorm* - auf der Grundlage der InEK-Daten erfolgen. (Amtl. Begründung zu § 17d, Abs. 1, Satz 4)

Die Bundesregierung weist in einer Gegenäußerung (28.09.2016) zur Stellungnahme des Bundesrats darauf hin, dass die „Kostenentwicklungen“ (> Ziffer 3, § 3, Abs. 3-E BPflV) des einzelnen Krankenhauses und die „Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA“ (> Ziffer 5) im „Gesamtbetrag“ zu berücksichtigen sind (Amtl. Begründung S. 34, 2. Spiegelstrich, sowie Gegenäußerung der Bundesregierung S. 23 oben). Könnten damit auch regionale Besonderheiten der Personalkosten gemeint sein?

Nach § 13 BPflV sind diese Streitpunkte schiedsstellenfähig.

Aber Fragen bleiben: Die „Kostenentwicklungen“ im Gesetz-E werden in der Begründung auf „zusätzliche Kosten“ eingeschränkt - ist damit der Nachholbedarf in Folge der jährlich kumulierenden Unterfinanzierung von Personalkostensteigerungen von früheren Budgets abgeschnitten?

Gilt die Nr. 5 (G-BA Personalanforderungen) auch für Psych-PV-Nachholbedarf bis 2019? Was wird aus der unzureichenden Finanzierung von Investitionen durch die Länder, die oft aus dem Budget quersubventioniert werden? Darüber wurde heute schon mehrfach gesprochen.

Mit Vorgaben für notwendige Therapeutenstellen, die vereinbart aber nicht ausreichend finanziert werden, gibt es ja leidvolle Erfahrungen seit 1996.

Die Psych-PV ist als Verordnung ebenso verbindlich wie die „Straßenverkehrsverordnung StVO“, aber stellen Sie sich vor, die StVO würde so „flexibel“ angewendet wie die Psych-PV!

## **2.) Budgetfindung und Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort**

Die Basis zur Budgetfindung bleibt das PEPP-Konzept (siehe auch 5.), aber perspektivisch mit der wichtigen Veränderung der qualitätsbasierten Kalkulation eines bundeseinheitlichen Leistungskatalogs.

a) In der budgetneutralen Phase werden die Leistungsmengen der Klinik gemäß dem bundeseinheitliche Katalog von Relativgewichten nach dem hausindividuellen

Basisentgeltwert in € bewertet. Gesamtbetrag : Summe der RGs.

b) Ab 2020 sind die Vorgaben des G-BA zur Zahl der Stellen – und der Kosten (?) - im Gesamtbetrag zu berücksichtigen, siehe die Aufzählung von 1. – 6. in § 3, Abs. 3-E BPflV (sprachlich gestrafft):

Zur Vereinbarung des Gesamtbetrags sind „insbesondere“ folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Leistungen nach dem bundeseinheitlichen Katalog
2. Veränderungen der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten
3. Kostenentwicklungen, Verkürzungen von Verweildauern, Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen
4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4
5. Umsetzung der GBA-Anforderungen zur Ausstattung mit therapeutischen Personal
6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5

Zu 5. – G-BA-Anforderungen - sollten im Gesetz auch die notwendigen Kosten genannt werden, ggf. mit Hinweis auf die „Kostenentwicklungen“ in 3., die bisher einen anderen Bezug haben.

Der vereinbarte *Gesamtbetrag* wird aufgeteilt in

1. das *Erlösbudget* aus den bundesweiten Entgelten des Katalogs
2. die *Erlössumme* aus hausindividuellen Entgelten für Besonderheiten (s.u.)

Diese beiden Kennzahlen sind der Kern des „Leistungsbezogenen Vergleichs“ (nach § 4-E BpflV – dazu später mehr).

Der Absatz 3 (§3-E) enthält auch die Regelung: Wenn „eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.“

Dem Bundesrat gegenüber legt die Bundesregierung Wert darauf, dass „eine basiswirksame Absenkung des Gesamtbetrags *möglich* sein muß. *Ob* und inwieweit der Gesamtbetrag ...abzusenken ist, vereinbaren ... die Vertragsparteien, (...) so dass den Gegebenheiten vor Ort Rechnung getragen werden kann“.

Die Bundesregierung hat in ihrer „Gegenäußerung“ ein „Ob“ dem „inwieweit“ vorangestellt, das bisher im Gesetzentwurf noch fehlt.

Problem der Refinanzierung von Tarifierhöhungen, die die maßgebliche Obergrenze überschreiten: Die Gegenäußerung verweist aber i. d. Zusammenhang nicht auf „Kostenentwicklungen“ in Nr. 3 von Absatz 3, § 3 BpflV (s.o.)

Bedenklich erscheint uns nach wie vor die große Nähe des neuen Entgeltsystems zu einer kleinteiligen Abrechnung von PEPP-Einzelleistungen, die Fehlanreize zur Versorgung leichter erkrankter Patienten auf Kosten einer flexiblen und personalintensiven Therapie der schwer psychisch Kranken setzen. (siehe auch unten 5. Abrechnung...)

### **3.) Vom bettenlastigen PEPP-Torso zum Gesamtkonzept der Krankenhausleistungen**

Das bisherige PEPP-Konzept wird mit dem PsychVVG „verbindlich für alle Krankenhäuser ...zum 1. Januar 2018 eingeführt ..., bis 2019 budgetneutral ... Ab dem

Jahr 2020 sind der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag“ nach der BPfIV anzupassen. (§ 17d Abs. 4 neu KHG)

Gleichzeitig mit dieser Einführung sind erhebliche Veränderungen umzusetzen, der Auftrag in KHG § 17d, Abs. 1, Satz 4 geändert:

*„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und die Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt werden.“*

Und: § 39 Abs. 1-E beginnt mit der Aufzählung:

*„Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht“. – „Ambulante“ Krankenbehandlung gibt es also in der Zuständigkeit von Krankenhäusern *und* der KBV.*

Das sind z. T. seit 2009 verschleppte Anforderungen. Bemerkenswert ist: der Einsatzzweck „Budgetsystem“ wird genannt, die Abrechnung aber nicht, die Begrenzung des Dokumentationsaufwands wird wiederholt.

Die Bedeutungsänderung des Begriffs „stationär“ nimmt die schon eingetretene Entwicklung der Krankenhaus-Versorgung auf. „Stationär“ ist der Oberbegriff für die verschiedenen Formen von Krankenhausbehandlung. Denn der Richtlinienauftrag in Absatz 2-E (§ 136a SGB V) gilt für „die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“. Im § 136c SGB V wird „stationär“ bei „einrichtungsübergreifender *stationärer* Qualitätssicherung“ *gestrichen*.

Bisher ist die neue Behandlungsform nur als Äquivalent für vollstationäre Behandlung vorgesehen. Im OPS gibt es aber schon seit einigen Jahren flexiblere Formen der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld:

Für Modellvorhaben nach § 64b (SGB V) geltende Zusatzcodes sind die OPS 9-644 für Erwachsene: „stationsersetzend“ und „halbtägig tagesklinisch“. Die Einschränkung auf Modelle sollte aufgehoben werden, denn am Anfang von Kapitel 9 (OPS Version 2016) steht der „Hinweis“ für alle Erwachsenen-OPS geltende „Hinweis“:

*„Die Behandlung erfolgt als ärztlich indizierte Diagnostik und Therapie ggf. auch im Lebensumfeld des Patienten“*

Allerdings würde sich die auf „stationär“ begrenzte BPfIV schwer tun, ein Krankenhaus-Gesamtbudget inklusiv Institutsambulanz zu bilden. Die Bundesregierung „prüft“ den

Vorschlag, den „stationären Gesamtbetrag“ und die Vergütung der Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz zusammenzufassen: als „Behandlungsbudget“.

Das bisherige Konzept der sektoral separierten Falltypen führt zu einem aufwändigen administrativen Dschungel, der mit jeder weiteren Differenzierung von Behandlungsformen weiter eskalieren würde. (siehe Gedankenexperiment am Schluss dieses Abschnitts 3.)

Doch ermöglicht das Konzept der Relativgewichte (RG) Vereinfachungen durch *sektorenübergreifende* Fallkonzepte. Diese könnten auch für Kennzahlen genutzt werden, die Leistungsorientierung und Transparenz verbessern.

*Es fehlt ein vollständiger Katalog von Bewertungsrelationen mit vereinfachter Beschreibung der Leistungsformen, auch der innovativen Behandlungsformen.*

**Abb. 2** ist der Entwurf einer Übersicht zum vollständigen **Katalog der Leistungsformen** von Krankenhausbehandlungen.

**Abb. 3 – 6** sind Beispiele für **individuell flexibilisierte Behandlungsverläufe** bei der Annahme von vergleichbarem Behandlungsaufwand pro Patient

**Abb. 7 & 8** zeigen den Weg von der Strukturqualität (sektorale „Fälle“) zur Prozessqualität: Regionale Verantwortung für Personen, sowie die Grundstruktur für das interne **Controlling bei therapeutischer Verantwortung für Personen statt „Fälle“**

Die Abbildungen 2 – 6 zeigen größere Leistungsunterschiede als sie im bisherigen PEPP-System zur Darstellung kommen – Hypothesen:

- Aufwandsstufen pro Tag bzw. pro Woche: Bei gleicher Diagnosegruppe sind die Abstände zwischen flexibilisierten Aufwänden größer als zwischen Aufwänden von vollstationärer Behandlung verschiedener Diagnosegruppen.
- Patientenbezogene Aufwände pro sektorenübergreifende Krankenhausbehandlung unterscheiden sich nach Diagnosegruppen.
- Diagnosegruppen sind der Zugang vom Aufwand zur Behandlungsqualität.

Damit könnten die Erfahrungen insbesondere zur **„Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)“** (Eckpunkte) bzw. **„stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“** (PsychVVgG) erweitert werden.

Diese neue Form der stationären Krankenhausbehandlung wird als „Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung“ von uns ausdrücklich begrüßt. Sie ermöglicht den Kliniken, auch Patienten zu erreichen, die psychiatrische Krankenhausbehandlung in der bisherigen Form ablehnen, und die sonst unter Umständen gerichtlich eingewiesen werden. Außerdem können die Kliniken zugewiesene Patienten, die ambulante fachärztliche Behandlung nicht rechtzeitig oder im notwendigen Umfang finden, differenzierter versorgen. Der zu große Abstand zwischen institutsambulanter und stationärer Behandlung erfordert mehr Zwischenstufen (Abb. 6), damit die Klinik die Unter- oder Überversorgung – oder die Behandlung am ungeeigneten Ort - vermeiden kann.

Es würde sich anbieten, dafür schon geltende OPS als Einstieg zur Leistungsbeschreibung zu verwenden. Die noch nicht bewerteten RG (abgeleitet aus den OPS mit Zusatzcodes) könnte die örtliche Budgetverhandlung als eine Teilmenge des Gesamtbudgets bewerten.

Wir empfehlen die Zulassung in der Zuständigkeit der gestärkten örtlichen Verhandler, um die schon seit 2 Jahrzehnten vorliegenden aber sehr begrenzten Erfahrungen in Deutschland zu verbreitern und im Krankenhausvergleich auszuwerten, statt der Zulassung eine langwierige bürokratische Vereinbarung vorzuschalten. Schon jetzt die Regelung zum Planbettenabbau vorzusehen (die die Finanzierung von Investition durch das Land noch weiter senken würde), oder einen Vorrang vor der Behandlung *im Krankenhaus* zu verlangen, würde diese Entwicklung blockieren, die nur langsam in Gang kommen wird: Es gibt erst wenig Führungskräfte in den Kliniken, die mit dieser Organisationsform von Komplexbehandlung *durch* das Krankenhaus - „ggf auch im Lebensumfeld des Patienten“ (OPS, s.o.) - praktische Erfahrung haben. Das gilt auch für Patienten und Angehörige.

Es kommt nicht auf den generellen Vorrang der einen oder anderen Behandlungsform an, sondern darauf die Wahlmöglichkeiten von Behandlungsformen für die gemeinsame Behandlungsplanung von Patient und Arzt zu erweitern.

Patienten-orientiert flexibilisierte Behandlungsmöglichkeiten erweitern die Wahlmöglichkeiten und damit auch die Akzeptanz von Krankenhausbehandlung. Die unbürokratische Verfügbarkeit von Stufen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ist eine positive Alternative zur schematischen Degression stationärer PEPPs in Abhängigkeit von bürokratisch zu ermittelnden stationären Verweildauern.

Die interne Umgestaltung der Krankenhäuser von der Struktur- zur Patienten-orientierten Prozess-Organisation ist die Voraussetzung für sektorenübergreifende Behandlungskontinuität zwischen Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie, mit der dann auch sektorenübergreifende Finanzierung Sinn macht. Angehörige, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen der Finanzierungsbereiche Rehabilitation und Eingliederungshilfe sowie Pflege ... amtliche Betreuer müssen den Kontakt mit dem Patienten und seine Therapeuten im Krankenhaus jeweils neu beginnen, wenn der Patient wegen Veränderungen seines Behandlungsbedarfs immer wieder in eine andere Einheit „verlegt“ wird.

Ich schlage Ihnen ein Gedankenexperiment vor: Wenden Sie bitte bei individuell passgenau flexibilisierter Behandlung die PEPP-Regeln in Verbindung mit den sektoral separierten Falltypen an: Fallzusammenführung, Überlieger zum Jahreswechsel, Degression abhängig von der Verweildauer, Rechnungsstellung ...

#### **4.) Krankenhausvergleich**

Dieser soll als Transparenzinstrument für die örtlichen Budgetverhandlungen

entwickelt werden, „um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen“. (**Abb. 9**)

Der Krankenhausvergleich darf nicht nur ein Leistungsvergleich (Bewertungsrelationen mit Preisen) sein, die bisherigen Kennzahlen für „Fälle“ und „Verweildauer“ ergeben keine sachgerechte Transparenz. Zu entwickeln sind Kennzahlen mit sektorenübergreifender Perspektive (z. B. CMI pro Patient und Zeitstrecke), die die Inanspruchnahme der verschiedenen Krankenhausbehandlungsformen („Settings“) den Patienten mit Behandlungspfaden zuordnen, statt Häufigkeiten von gleichartigen Behandlungsformen ohne Bezug zu Patienten zu verwenden. - Siehe z.B. Wanderbewegungen von Wählern zum besseren Verständnis von Wahlergebnissen.

Außerdem sind Kennzahlen für hausindividuelle und regionale Unterschiede mit Relevanz für den Umfang und die Qualität der Krankenhausbehandlung und ihre Finanzierung zu entwickeln, z. B.: soziale Brennpunkte oder bürgerliches Wohngebiet; Verfügbarkeit von Fachkräften bei Uni-Nähe, Ausbildungsstätten und regionaler Lebensqualität für Familien; Anteile in der regionalen Bevölkerung: alte Menschen in Einpersonenhaushalten oder Studenten und Uni-Personal mit jungen Familien.

Der Auftrag „Krankenhausvergleich“ ist eine Herausforderung von zentraler Bedeutung für das neue Finanzierungssystem, denn damit soll auch die Versorgung und ihre Qualität weiter entwickelt, und nicht nur das bisherige bettenzentrierte Krankenhaus anders finanziert werden.

## **5. Abrechnung – und Reduktion des Misstrauensaufwands**

Mit der Budgetbasierung nach PsychVVG könnte der Bürokratieaufwand, der zu Lasten der Zeit für Patienten geht, wirksamer reduziert werden, siehe Auftrag in KHG § 17d-E. Doch wird die Chance im Gesetz-Entwurf nur unzureichend genutzt.

Die Abrechnung von Festpreisen für Einzelleistungen setzt bei jeder Einzelleistung Fehlanreize und stimuliert eine grenzenlos eskalierende Dynamik wechselseitigen Misstrauens. Schon die übende, noch „budgetneutrale“ Anwendung der PEPPs erzeugte Fehlanreize zur Ausweitung der Betten (Kliniken) und des Kontrollaufwands (Kassen).

Diese Fehlsteuerung des PEPP-Systems ist auch im PsychVVG bisher weiter wirksam: Die zur Budgetfindung vorgesehenen PEPPs sollen weiter bei der Abrechnung von der Kasse/dem MDK geprüft werden. Die Übungserfahrungen mit PEPPs haben gezeigt: Die Prüfung kann feststellen, ob alle definierten Merkmale für eine PEPP dokumentiert sind. Daraus ist aber nicht ableitbar:

- Ob sie für den Patienten notwendig waren aus fachlicher Sicht?
- Ob sie für den Patienten subjektiv Sinn machten?
- Ob die Qualität stimmte?
- Ob alle Merkmale vorlagen und alle Maßnahmen durchgeführt wurden?
- Ob der Mittelwert der PEPP-Stufe individuell der sachgerechte Aufwand, oder zu wenig oder zu viel war?

Dieses Konzept der Abrechnungsprüfung unterstellt den von Interessen geleiteten Missbrauch generell, und dass solcher Missbrauch durch generelle Einzelprüfungen gesteuert werden könnte. – Das entspricht der Steuerung eines Autos mit Gasgeben und Bremsen gleichzeitig.

Diese Anreize führen zu einem Einstellungswandel bei Führungskräften (Geschäftsführern, Ärzten und Pflege) in Kliniken:

*„Was sich nicht rechnet findet nicht statt,  
was sich rechnet findet statt, auch wenn dies dem Patienten nicht nützt.“*

Die Erlösorientierung zum Wohle der Klinik verdrängt die Orientierung der Behandlungssteuerung zum Wohl der Patienten. - Es sei denn, die persönliche professionelle fachliche und ethische Orientierung am Wohl der Patienten ist stärker.

**(Abb. 10 & 11)**

Die MDK-Ärzte reduzieren ihr Interesse auf Vergleiche von Einzeldaten statt patientenorientierte Behandlungssteuerung. - Welchen Sinn oder Unsinn für Patienten die Behandlungen fachlich und subjektiv bedeuten? Beides taucht auf den Bildschirmen nicht auf.

Ein Teil der Kassen nutzt die Abrechnung (schon beim bisherigen Üben mit PEPP) für die Konkurrenz mit dem Ziel der Kostenverschiebung untereinander, das sollte die Politik neutralisieren als Beitrag zum Bürokratieabbau.

Mit der Psych-PV wurden Komplexleistungen („Behandlungsbereiche“) zur Budgetfindung definiert. Entgegen dem Anreiz zur Verweildauerverlängerung durch die Abrechnung von tagesgleichen Pauschalen – nur zwei Stufen: stationär und teilstationär – kam von 1991 bis 2004 eine enorme Leistungsverdichtung zu Stande: Kürzung der Verweildauer, mehr Fälle und behandelte Personen, weniger Pflagestage / belegte Betten. Nach meiner Überzeugung war die fachlich-humanitäre Orientierung in den meisten Kliniken stärker als der Anreiz zur längeren stationären Behandlung.

***Budgetfindung und Abrechnung müssen getrennt werden***, denn die Funktionen sind verschieden:

**BUDGET - *prospektiv***: eine Klinik – viele Kassen: Budgetvereinbarung: „gemeinsam und einheitlich“, für Leistungen aller im Budgetjahr behandelten Patienten, Gesamtleistung der Klinik „*bedarfs- und leistungsgerecht*“

**ABRECHNUNG – *retrospektiv***: Behandlung eines einzelnen Patienten,

***Abschlag auf das Budget***: Eine Klinik an eine Kasse: Rechnung für *einen* behandelten Patienten - so für alle Patienten im Budgetjahr.

Geeignete Ausgleichsregeln für Mehr- und Minderleistungen können die Anreize zur Leistungssteigerung (Kliniken) oder Leistungskürzung (Kassen) im Budgetjahr neutralisieren oder dämpfen.

Im Vorfeld der *Budgetverhandlung* sollten zur Leistungs- und Qualitätskontrolle auf *Systemebene* die Unterlagen der Klinik durch den MDK geprüft werden. Im Vordergrund steht die Umsetzung des finanzierten Personals in realisierte Stellen und entsprechende therapeutische Konzepte, soweit möglich nach Leitlinien, ergänzt durch Stichproben zur praktischen Umsetzung der Konzepttreue und Erfahrungen aus dem Krankenhausvergleich (PsychVVG).

Wenn für den Jahreserlös der Klinik der Budgetabschluss maßgeblich ist, weil die Abrechnung als Abschlag auf das Budget konzipiert ist, kann der Fokus für Leistungen und Transparenz auf das Budget gerichtet werden. Ausgehend von einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität bei der Budgetfindung finden Einzelprüfungen von Abrechnungen – sektorenübergreifend - nur reduziert statt. Für diese Strategie gibt es Erfahrungen, die weiter entwickelt werden könnten: MDK Hessen nach § 4 Abs. 4 Psych-PV und aus den Modellvorhaben nach § 64b SGB V, (**Abb. 12**)

## **6.) Behandlungsqualität und Personalgewinnung**

Die *Qualität der patientenorientierten* Behandlung wird möglich, wenn die Behandlungssteuerung im Einzelfall *abgeschirmt ist vom Druck zur Erlösoptimierung bei jeder Behandlung*. Daten auf der Basis von „*Beurteilung*“ - statt „*Vermessung*“ - sind umso weniger strategiefähig, je weniger ihr Ergebnis unmittelbare finanzielle Konsequenzen hat. Dann kann die Abrechnung zur Leistungstransparenz inhaltlich durch Behandlungsschwerpunkte angereichert werden, statt durch zählbare Merkmale, die zur Kostentrennung genutzt werden. Die Dokumentation dient primär der patientenorientierten Behandlungssteuerung und nur sekundär der Abrechnung.

*Patientenorientierung* bedeutet auch nach Leitlinien und Evidenz behandeln: von dem Leiden und den Zielen des einzelnen Patienten und seinem Krankheitsverständnis ausgehend, subjektive Erfahrungen mit Behandlung berücksichtigen, flexibel, individuell passgenau, verantwortlich abwarten, Behandlung verhandeln.

Aufwand: so wenig wie möglich – aber so viel wie nötig, Teilhabe-orientiert und nachhaltig.

Die „*Vermessung*“ der individuellen Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat sich als „*vermessen*“ herausgestellt.

An der qualifizierten Behandlung von Patienten interessierte Therapeuten werden von den Fehlanreizen und dem bürokratischen Dokumentationsaufwand von PEPP-Prüfungen bei der Abrechnung in die innere, ggf. auch die externe Emigration getrieben. Angezogen wird Personal mit anderen Präferenzen, z. B. bis zum Wunsch, von Patienten mit ihren Problemen in Ruhe gelassen zu werden. – Man kann sich vorstellen, dass diese Veränderungen von Einstellungen bei den MDK-Ärzten auch zunehmen.

Ich will diesen Zusammenhang von *Behandlungsqualität und Personalgewinnung* an einem Beispiel verdeutlichen:

Unser neuer Pflegedirektor beschloss vor längerer Zeit, den 3-Schichten-Dienstplan durch am Behandlungsbedarf der Patienten orientierte Dienstpläne zu ersetzen und Bezugspflege einzuführen. Die Fahrgemeinschaften aus entfernteren ländlichen Wohnorten drohten wegen der beabsichtigten Flexibilisierung der Arbeitszeiten nach Patientenbedarf mit Kündigung. Diese Drohung hatte bis dahin immer gewirkt, weil das Image einer alten Anstalt externe Bewerber nicht anlockte. Die Dienstplanreform wurde dennoch beschlossen. Die (stationäre) Bezugspflege wurde in die integrierte Ambulanz der Abteilungen ausgedehnt, in Verbindung mit störungsspezifischer Qualifizierung (Pflege Psychotherapie, Sucht- & Gerontopsychiatrie). Bald war unsere Klinik ein attraktiver Arbeitgeber für Pflegekräfte aus somatischen Krankenhäusern der Region, die damit unzufrieden waren, dass sie mit ihren Patienten zu wenig therapeutisch reden konnten. – Ähnliche Erfahrungen machten wir mit Ärzten aus der Neurologie. (Es gibt noch mehr Gestaltungsbereiche mit Folgen für die Personalgewinnung.)

## **7.) Zum Schluss – und was wird in 5 Jahren sein?**

Seit der Neuausrichtung sind wir auf einem guten Weg.

Aber das jetzige Konzept für ein neues Finanzierungssystem läßt auch verschiedene Weggabelungen erkennen, die wieder zum PEPP-System zurück führen könnten:

WENN die Personalanforderungen des GBA die seit 1991 erheblich gestiegenen Leistungsanforderungen nicht berücksichtigen,

WENN die Vorgabe des notwendigen Personals nicht mit einer notwendigen Finanzierung verbunden wird,

WENN der bundesweit kalkulierte Leistungskatalog über den Betten-zentrierten Fokus nicht hinauskommt,

WENN bei der Budgetfindung die regionalen und strukturellen Besonderheiten nicht berücksichtigt werden,

WENN die Abrechnungen der einzelnen Behandlungen nicht weit genug von der Budgetfindung getrennt werden und jede Abrechnung zum Konflikt von Interessen geleiteter Erlösoptimierung (Kliniken) oder Erlösreduzierung (Kassen) Anlass geben kann,

WENN das therapeutische Personal sich den PEPP-Anreizen anpasst und der Streit: Erlös-Optimierung oder Erlös-Reduzierung? die Steuerung der Behandlung übernimmt, DANN haben wir doch wieder das PEPP-System.

*Mehr dazu in: Kunze (2015) Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem, Kapitel 3: Kranken(haus)behandlung, Kapitel 4: Gemeindepyschosomatik. Verlag W. Kohlhammer*

***DANKE für Ihre Aufmerksamkeit!***

50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD:  
**Die psychiatrische Versorgung in Deutschland -  
 aktuelle Entwicklungen**  
 27. bis 28. Oktober 2016 - LVR-Klinik Langenfeld

**Aktuelle Entwicklungen für das Personal –  
 Der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

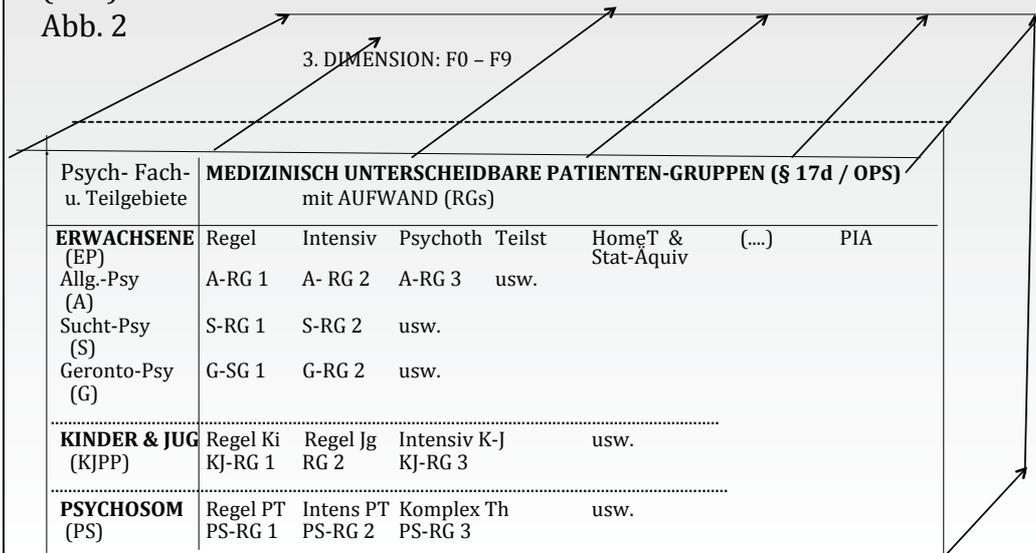
Heinrich Kunze, Kassel  
 Prof. Dr. med. habil., Dipl.-Soz.  
 Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn  
[www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

© Kohlhammer, Kunze

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

**Systematik der Leistungskomplexe & Aufwände als Relativgewichte  
 (RGs)**

Abb. 2



AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

### 3. Zwei Beispiele, nächste 2 Abb.

#### **Flexibilisierte, individuell passgenaue Behandlung:**

Die Zeilen A, B & C stehen für das mögliche Spektrum von individualisierten personenorientierten Behandlungsprozessen.

*Die Behandlungsprozesse kann man auch in der andern Richtung lesen: mit PIA oder ½ Tag pro Woche beginnen, und die „institutionelle Dosis“ erhöhen, wenn notwendig.*

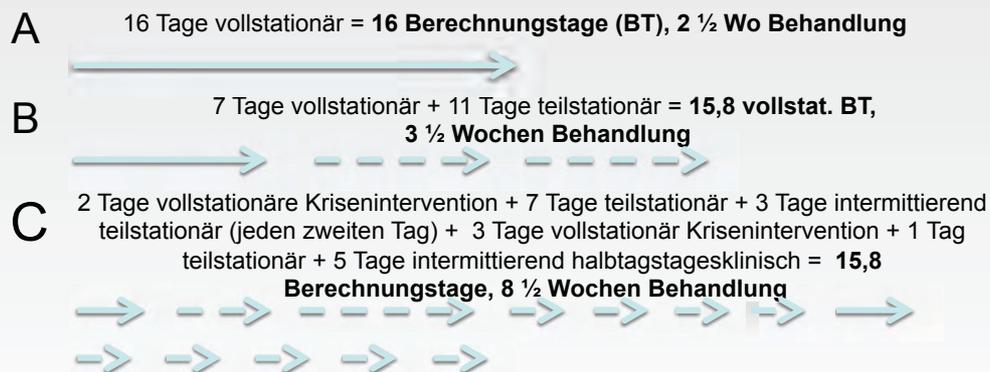
Es geht nicht darum, was immer, überall und für Alle das einzig richtig sein soll, sondern um die Ausweitung der Möglichkeiten zur individuell passgenauen Behandlung.

Aber die bisherigen sektoralen Budgets:

stationär, teilstationär & ambulant

und ihre separate Verfügbarkeit behindern die Flexibilisierung zur individuell passgenauen Behandlung von Personen

### 4. Flexibilisierung von Behandlungsverläufen Beispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung



**Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?  
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?**  
(Grupp & Hansen, ZfP Südwürttemberg)

**5. Flexibilisierung z. B. Akutbehandlung Alkoholiker:  
Modellrechnung A, B & C, BR = Bewertungsrelationen – Sektoren übergreifend**

	Wo 1	Wo 2	Woche 3	Wo 4	Wo 5	W 6	W 7	W 8
<b>A</b>	16 Tage stationär		1 1					
<b>BR 16</b>	7	+ 7+	1 1					
<b>B</b>	7 Tage stat.	5 TK x .8	5 TK x .8	2 TK				
<b>BR 16,6</b>	7	+ 4	+ 4 +	1.6				
<b>C</b>	Stat. 3 Teilst. 2	5 Teilst. 2 2 1	Mo Mi Fr Rückfall So	TK1/2 So				
<b>BR 15,8</b>								
<b>C: BR/W</b>	4,6	+ 4,0	+ 3,4	+ 2,2	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4
<b>PIA Steuerung der Krankenhausbehandlung aus der ambulanten Perspektive Beratung, Abklärung &amp; amb. Behandl. – Indik. für stat. Behandl. – Intens. Case-Management - Nachsorge</b>								

**6. Ziel für moderne Krankenhausbehandlung:  
Individuell passgenau**

Voraussetzung ist **die flexibilisierte & integrierte Krankenhausbehandlung** (Prozessqualität):

- ✓ **Dosis:** die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant
- ✓ **Ort** der Krankenhausbehandlung:  
*in der Klinik und durch die Klinik im Lebensfeld (Home Treatment),  
auch als individualisierter Mix*
- ✓ **Zeitmuster:** auch *intermittierende* Behandlungsprozesse (Intervalltherapie)
- ✓ **Kontinuität** oder Wechsel: Veränderungen der therapeutisch wichtigen Beziehungen nur aus therapeutischen Gründen, nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung.
- ✓ **Aufwand:** *soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich*
- ✓ **möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung**

APK-Projekt (2013): [http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076\\_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf)

## 7. Psych-PV : Struktur- und Prozess-Qualität: Regionale Verantwortung für Personen statt sektorale Fälle

### Struktur-Qualität:

- Wohnortnähe, Erreichbarkeit
- **regionale Versorgungspflicht**
- dafür das notwendige therapeutische Personal
- *statt* elektive Behandlungen
  
- therapeutisches Milieu:  
offen – geschützt,  
Räume flexibel nutzbar mit  
Kontinuität,
- *statt* separate Stationen für  
„therapeutische Kette“

### Prozess-Qualität

- Behandlung, wenn dringend **jederzeit**, flexibel abgestuft
  
- **Kontinuität** wichtiger Beziehungen durch Verantwortung für Personen sektorenübergreifend – *statt* „Fälle“
  
- Integrierte KH-Behandlung individuell **flexibilisiert**:  
Dosis, Ort, Zeitmuster
  
- **Vernetzt** mit externen Diensten der Region

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

## 8. Matrix: Interne Personalbemessung bei integrierter Behandlung

Berufsgruppen → Leistungen	Ärzte	Pflege	Psych. u.a. →	VK Summen
X Betten				VK Summe Therapeuten
Y Plätze TK				VK Summe Therapeuten
Z PIA-Fälle (Quartal)				VK Summe Therapeuten
KLINIK	VK Summe Ärzte	VK Summe Pflege	VK Summe Psych... u.a.	VK Summe KLINIK

Abb. 9

„Leistungsbezug und Transparenz“: **Konvergenz**  
vom historischen zum zukünftigen Budget?

- Alternative zur Konvergenz auf Mittelwerte im PEPP-System?

Leitfrage für den Krankenhausvergleich

- Wie können Kliniken mit *vergleichbaren*
  - Versorgungsaufträgen
  - hausindividuellen sowie regionalen Besonderheiten*in der Budgetausstattung konvergieren?*

### **10. Zielkonflikte:**

für Therapeuten und andere Professionelle transparent?

- Humanitäre Grundsätze, Deklaration von Helsinki
- Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz, Qualitätsmanagement
- Erwartungen von Patienten und Angehörigen
- Fachöffentlichkeit: regional, national, international
- Stigma oder Wertschätzung, in der Öffentlichkeit & Medien
- Daseinsvorsorge, Kommunal-, Landes-, Bundespolitik
- Praktische Verfügbarkeit von Angeboten in der Region
- Eigeninteressen von Berufsgruppen, Verbänden
- *Finanzierung und Ordnungsrahmen mit Anreizwirkung  
bei Leistungsträgern und Leistungserbringern*

Abb. 11: Komplementäre Interessen:  
Streit um das Budget oder alle Einzelfälle?

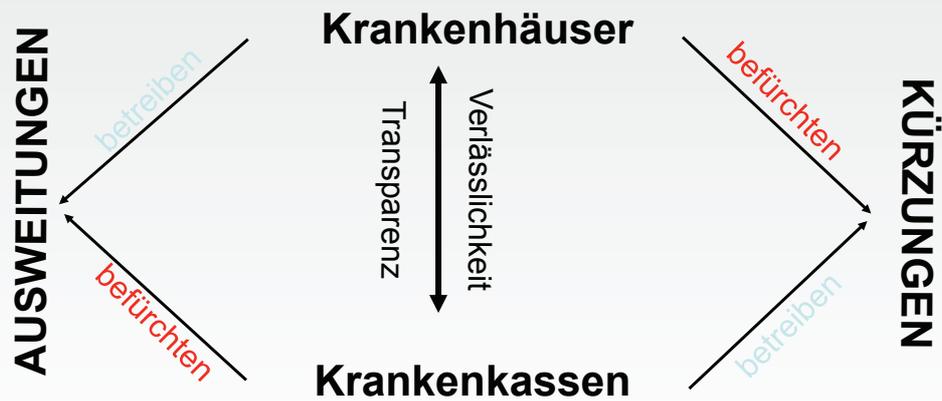


Abb 12.: Systemprüfung nach Psych-PV §4 (4) Psych-PV

z. B. MDK Hessen: **Leistungsbezug des Budgets**

- Anzahl der Patienten mit Jahresprofil der Behandlungsbereiche (statistische Vergleiche, Stichprobe prüfen)
  - Regionale Versorgungsverpflichtung: sichert für die psychisch erkrankten Personen den *Anspruch auf wohnortnahe* Krankenhausbehandlung, besonders für die schwer Erkrankten.
- Strukturqualität therapeutisches Personal nach Psych-PV realisiert
  - Prozessqualität: Umsetzung in Behandlungskonzepte nach PsychPV, vgl. Präambeln der Expertengruppen (Erwachsene & KJ, z. B. „therapeutische Kontinuität: Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen“, Leitlinien- Orientierung

## DANKE für's zuhören

### *Literatur:*

- Kunze H (2015) Psychisch Krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem: Kapitel 3 & 4. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.) (2007) Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Aktion Psychisch Kranke e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (1998) Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 99, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Bade
- Kunze H, Burmann T, Grupp D, Schepker R, Weiß P, Wöhrmann S (9/2015) PEPP-System – Budget oder Festpreis, f&w Heft 9, S. 740 – 741
- Ernst R (2015) Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen ... in Hessen. 7. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2\\_2015-10-01\\_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen\\_Ernst.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf)
- Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg.) (2010) Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage, Kohlhammer-Verlag: Stuttgart
- Tulloch S, Priebe S (2010) Population-based indices for the funding of mental health care: a review and implications. J. of public mental health, vol. 9 issue 2, p. 15-22

# **Aktuelle Entwicklungen für das Personal – der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

aus Sicht der  
ver.di Vereinte Dienstleistungsgesellschaft

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Grit Genster, Bereichsleiterin  
Gesundheitspolitik im Bundesvorstand der  
ver.di Vereinte Dienstleistungsgesellschaft

## **Aktuelle Entwicklungen für das Personal – der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

wer will schon Stillstand? Gut, dass es Reformen gibt. Die brauchen wir in der psychiatrischen Versorgung.

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen stellt die Weichen für Psychiatrie, Psychosomatik und stationäre Psychotherapie grundsätzlich neu - mit weitreichenden Auswirkungen auf Arbeits- und Behandlungsbedingungen.

Menschen mit einer kranken Seele brauchen gute Behandlung, brauchen gute Versorgung. Die kann es nur mit einer bedarfsgerechten Personalausstattung geben. Jahrelang haben wir uns deshalb im Bündnis mit vielen Mitstreiter\*innen dafür eingesetzt, dass PEPP, das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik, nicht kommt. PEPP setzt die falschen Anreize, da waren sich die Fachleute einig. Wer leicht Erkrankte lange in der Klinik behält und Schwerstkranke früh entlässt, den belohnt das System. ver.di hat dagegen gekämpft, dass die seit langem bewährte Personalbemessung für die Psychiatrie nicht zum Auslaufmodell wird. Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses, dem G-BA, wäre kein Ersatz für die PsychPV.

Deshalb ist es richtig, wenn sich jetzt der Gesetzgeber mit dem PsychVVG zu verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung bekennt.

Doch der Gesetzentwurf enthält Schwachstellen, die die Weichenstellung untertunneln würden – zu Lasten des Personals. Weniger Personal bedeutet im psychiatrischen Setting automatisch ungünstigere Therapiebedingungen. Die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten sinkt sofort. Die Arbeitsbedingungen werden noch schlechter.

Aus der Geschichte der Psychiatrie in Deutschland können auch im laufenden Gesetzgebungsverfahren Lehren gezogen werden. Die Psychiatrie-Enquete war ein Reformschub - gerade auch für die personelle Entwicklung in der Psychiatrie. Seither gibt es hier Fachweiterbildungen in fast allen Berufen. Doch erst 1990 wurde die PsychPV geschaffen. Also 20 Jahre nach Einsetzung der Enquete Kommission. Das sagt viel über den langen Atem, den wir bei Veränderungsprozessen brauchen. Es macht aber auch deutlich, warum wir so vehement die PsychPV verteidigen und auf deren Weiterentwicklung drängen müssen.

Die Bedeutung der Psychiatrie-Personalverordnung sei vergleichbar mit der Einführung der Psychopharmaka vor 40 Jahren, schrieben damals Mitglieder der Expertengruppe.

Auch heute noch gilt, dass das Kennzeichen psychiatrischer Versorgung personale Dienstleistungen sind. Gute Versorgung ist eine Gemeinschaftsleistung aller Berufsgruppen: Ärztinnen, Therapeuten, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Spezialtherapeuten.

Richtig ist, dass sich seit Inkrafttreten der PsychPV vieles verändert hat. Die Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ist in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen. Ein großer medizinischer Fortschritt.

Für die Beschäftigten hat das natürlich erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen, verkürzte Liegezeiten gehen immer mit Leistungsverdichtung einher. Der Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen und komplexem Behandlungs-, Pflege- und Hilfebedarf steigt. Akutbehandlung, Therapie, Pflege und Rehabilitation finden mehr und mehr auch im außerklinischen Bereich statt. Der Bedarf an Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung mit sinnvollen Übergängen nimmt zu.

Die Förderung und Stärkung der Patienten und ihres Lebensumfeldes stehen dabei im Vordergrund. In den letzten Jahren wurden viele Modelle für eine Zusammenarbeit entwickelt. Neben psychiatrischen Institutsambulanzen, Tages- und Nachtkliniken, sind auch regionale Strukturen für eine Versorgung aus einer Hand entstanden. Unterschiedliche Trägerschaften wurden gebündelt. Was hier geschah ist eigentlich ein Musterbeispiel für integrierte Versorgungsansätze, die man in anderen Teilbereichen des Gesundheitswesens vergeblich sucht.

Allerdings wird der veränderten Arbeitssituation in den neuen Strukturen häufig nicht Rechnung getragen. Oft fehlen Tarifverträge, die Arbeitsbedingungen sind schlechter als in den traditionellen Strukturen. Selten gibt es eine betriebliche Mitbestimmung, die einem modernen Dienstleistungsbetrieb entspricht.

Mit dem Erlass der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) sind seinerzeit über 20.000 neue therapeutische Stellen geschaffen worden und die Psychiatrie wurde humanisiert. Seit Jahren gibt es aber Probleme bei der Finanzierung der durch die Psych-PV ermittelten Personalstellen. Die

Vorgaben der PsychPV wurden in den Pflegesatzverhandlungen sukzessive unterschritten. Und nicht sichergestellt ist, dass die Mittel, die für Personalstellen gedacht sind, auch hierfür eingesetzt werden. Stattdessen werden andere Investitionen finanziert oder Renditeerwartungen von Krankenhauskonzernen bedient. Wie die aktuelle BPtK-Studie zeigt, sind die Einrichtungen gerade in der Pflege weit davon entfernt, die Vorgaben der PsychPV zu erfüllen. Die Personalausstattung in der Pflege ist desaströs, nur die Hälfte der Kliniken und Abteilungen in der Allgemeinpsychiatrie und nur eine von fünf psychosomatischen Einrichtungen verfügen über genug Personal. Unsere Kolleginnen und Kollegen berichten uns, dass neue Stellen, seit der Gesetzgeber an einer neuen Psychiatriefinanzierung arbeitet, fast nur für die Bereiche Kalkulation, Datenkontrolle, für Controlling, Codieren, Abrechnen entstehen. Auf einer Station oder in der Tagesklinik beträgt der Dokumentationsaufwand inzwischen über 30 Prozent der Arbeitszeit. Keine Frage: Um Transparenz im System herzustellen, ist die Dokumentation erforderlich. Der Aufwand hierfür muss aber auf ein notwendiges Maß beschränkt werden – mehr Zeit für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

In der psychiatrischen Versorgung hat die Beziehungsaufnahme der Patientinnen und Patienten mit qualifiziertem Personal entscheidende Bedeutung für die Behandlungsqualität. Für ver.di sind deshalb eine solide, bedarfsgerechte Personalbemessung und deren volle Finanzierung essentiell. Dazu gehört für uns, dass die Tariferhöhungen, die für die Beschäftigten bei tarifgebundenen Trägern vereinbart werden, zu 100 Prozent refinanziert werden. Personalvorgaben laufen sonst ins Leere.

Mit dem PsychVVG soll der G-BA den Auftrag erhalten, bis Ende September 2019 die verbindlichen Personalvorgaben zu beschließen. Die Umsetzung

der bestehenden PsychPV in der Übergangszeit bis dahin ist ganz entscheidend dafür, dass mit dem neuen System gut aufgesetzt werden kann. Die Nachweispflicht über die Einhaltung der Vorgaben der PsychPV muss zwingend auch gegenüber den Krankenkassen erbracht werden, damit Geld, das für Personalstellen gedacht ist, auch für Personal eingesetzt wird. Hier muss nachgebessert werden.

Ver.di kritisiert, dass der G-BA mit der Entwicklung der Mindestvorgaben für das Personal beauftragt wird. Auch bisher schon hatte der G-BA den Auftrag, entsprechende Empfehlungen zu erarbeiten. Mit den stimmberechtigten Akteuren der Selbstverwaltung und den unterschiedlich gelagerten Interessen war er dazu bisher nicht in der Lage. Die Patientenvertretungen haben im Entscheidungsgremium lediglich eine beratende Stimme. Das Anliegen einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung wird durch die Stimmberechtigten nicht ausreichend repräsentiert. Durch eine Vielzahl weiterer neuer Aufgaben gelangt der G-BA als Entscheidungsgremium zudem an Grenzen.

Gut und wichtig, dass bei der Erarbeitung externe Expertise einbezogen werden soll. ver.di vertritt die Interessen der unmittelbar betroffenen Beschäftigten und verfügt über entsprechende Expertisen. Wir erwarten dass die profunden Erfahrungen und das Wissen der Praktiker\*innen bei der Entwicklung der Personalvorgaben einbezogen werden. Die PsychPV sollte Grundlage für eine den heutigen Behandlungserfordernissen angepasste Personalbemessung sein. Keinesfalls darf das Niveau der PsychPV mit neuen Mindestvorgaben unterschritten werden. Neue Vorgaben müssen zwingend alle Personalbedarfe erfassen, d. h. alle Krankheitsbilder und Arbeitsaufgaben – auch das „Grundrauschen“

(mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten). Das gilt erst recht dort, wo es keine Leitlinien gibt.

Das PsychVVG geht noch besser, dafür setzen wir uns ein.

Die Arbeitsbelastung der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist dramatisch hoch.

Nach einer aktuellen DAK-Studie haben sie auch aufgrund psychischer Erkrankungen besonders viele Fehltage. Die Ausfalltage lagen 51 Prozent über den DAK-Durchschnitt. Es ist beschämend, dass diejenigen, die kranke Menschen behandeln, pflegen und versorgen, aufgrund der extremen Belastung selbst körperlich und seelisch krank werden. Das muss sich ändern. ver.di fordert deshalb für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung. Die Beschäftigten müssen nicht um Wertschätzung und Anerkennung bitten, sie haben Respekt verdient. Dazu gehören Arbeitsbedingungen, die nicht krank machen. Den Gesundheits- und Arbeitsschutz für die Beschäftigten in den Krankenhäusern gehen wir auf der tarifpolitischen Ebene an. Hier fordern wir Entlastung - durch verlässliche Arbeitszeiten, mehr Personal und Ausgleich für besondere Belastungen. Die Charité ist in diesem Jahr mit gutem Beispiel vorangegangen.

Wir erwarten aber, dass die Bundesregierung lernt aus den Fehlentwicklungen seit der DRG-Einführung. Deren Auswirkungen sind dramatisch. Der ver.di-Personalcheck ergab, dass in deutschen Krankenhäusern 162.000 Beschäftigte fehlen, 70.000 allein in der Pflege.

Verbindliche gesetzliche Personalvorgaben sorgen für eine gute und sichere Versorgung, nicht nur in der Psychiatrie. Der Gesetzgeber trägt die Verantwortung, deshalb erwarten wir kurzfristige Lösungen mit

Personalvorgaben auch für die Akutkliniken – noch in dieser Legislatur. Mittelfristig braucht es verbindliche, am Bedarf orientierte Vorgaben für die Personalausstattung in allen Krankenhäusern.

Ich möchte noch einmal auf die Tarifbindung zurückkommen. Wir kommen heute zusammen in einer Klinik des Landschaftsverbandes Rheinland. In NRW befinden sich die psychiatrischen Kliniken über die beiden Landschaftsverbände zu 100 % in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, zu 100 Prozent tarifgebunden. Ich finde, darauf können Sie hier in NRW richtig stolz sein. Die Tarifbindung dient der psychiatrischen Versorgungsqualität, sie sorgt mit für attraktive Arbeitsplätze. Das ist nicht selbstverständlich. Mit großer Sorge sehen wir die Auswirkungen flächendeckender Privatisierung. In Niedersachsen haben mussten Beschäftigte in Osnabrück und Hildesheim für einen Tarifabschluss 12 Wochen streiken, um eine Vergütungserhöhung und die Verlängerung des Kündigungsschutzes durchzusetzen. AMEOS, weltweit der größte auf Psychiatrie spezialisierte Krankenhauskonzern, verfolgt eine Strategie, Tarifbindung zurückzufahren, zu vermeiden, eine Strategie der Ausgliederung und der Beschäftigung von Leiharbeitnehmern in unternehmenseigener Firmen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

diese Art Unternehmensphilosophie ist nicht akzeptabel. Ausgerechnet in der psychiatrischen Versorgung, wo es in besonderem Maße auf Verantwortung und Vertrauen ankommt. Ein funktionierendes Gesundheitssystem braucht engagierte Beschäftigte. Teams, die Hand in Hand arbeiten und selbstverständlich ein gutes und faires Arbeitsklima.

Die wichtigsten Voraussetzungen für gute Pflege sind genug Personal, gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene tarifliche Bezahlung.

Beschäftigte im Gesundheitswesen finden sich nicht mehr damit ab, dass

täglich gegen Arbeits- und Gesundheitsschutz verstoßen wird. Ich wünsche mir, dass die Kolleginnen und Kollegen noch entschiedener und selbstbewusster auftreten. ver.di ist die Organisation, die die meisten Beschäftigten in der Pflege organisiert. Und es werden immer mehr. Wir setzen und ein für eine bessere Bezahlung und mehr Personal, dies soll über gesetzliche und tarifliche Regelungen umgesetzt werden. Dazu müssen Beschäftigte durchsetzungsstark sein, sich organisieren in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Die Beschäftigten der sozialen und pflegerischen Berufe verschaffen sich mit einer starken, selbstbewussten Bewegung den Respekt, den sie verdienen.

Für attraktive Arbeitsplätze und eine sichere und gute psychiatrische Versorgung!

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

# **Aktuelle Entwicklungen für das Personal – der wichtigste Faktor im psychiatrischen Krankenhaus**

aus Sicht der  
Vereinigung der kommunalen  
Arbeitgeberverbände

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Joachim Finklenburg, Vorsitzender des Gruppenausschusses  
Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen der Vereinigung  
der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA)



## Inhalt

### **Personalentwicklung in der Psychiatrie**

- **Personalmenge;**
  - ↳ *Psychiatrie-Personalverordnung - quo vadis ?*
- **Qualifizierung der Pflege**
  - ↳ *neue Ausbildungswege in der Pflege*
- **Aufwertung der Pflege : Entgeltordnung**
  - ↳ *allgemeine Regelungen*
  - ↳ *Pflegeberufe*
  - ↳ *Medizinische Berufe*





## Personalbesetzung

- Was regelt die Psych.PV ?
  - ↳ *Stichtagserhebung 4 Einstufungen im Jahr*
  - ↳ *darauf geplante Leistungsmenge und Struktur des Folgejahres*
  - ↳ *Personalbesetzung des ärztlichen - / pflegerischen und therapeutischen Dienste im Grundsatz*
  - ↳ *geplante Ausfallquote*
  - ↳ *geplante Durchschnittsvergütungen für Personalveränderungen!*



## Personalbesetzung

- Was regelt die Psych.PV nicht ?

- ↳ Zahl der Nachtwachen
- ↳ Zahl der Sitzwachen
- ↳ Belegungsschwankungen !!
- ↳ Qualifikationen
- ↳ nicht therapeutische Bereiche
- ↳ tarifliche Veränderungen



## Personalbesetzung

- Probleme mit der Nachweispflicht

- ↳ Honorarärzte
- ↳ Krankenpflegeschüler
- ↳ Beschäftigungsverbote außerhalb Fehlzeitenquote
- ↳ Überstunden
- ↳ Personalsubstitutionen
- ↳ Belegungs- und Personalschwankungen



## Personalbesetzung

- Änderung der Bundespflegesatzverordnung
  - Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:
    - 5. für das Jahr 2019 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen sowie einer Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung,*
    - 6. für die Jahre ab 2020 die Umsetzung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal*



## Personalbesetzung

- Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere **Empfehlungen** für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich



## Personalbesetzung

Zu Artikel 5 Nr. 8a - d: § 136a Abs. 2 SGB V Neu:

### Richtlinien des GBA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

§ 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die **verbindlichen Mindestvorgaben** und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum **1. Januar 2020**



## Personalbesetzung

Ausv  
Entg  
Psy

des Psych-

1  
2

Systematische Recherchen und Befragungen im Rahmen der bisherigen Arbeit ergaben, dass **evidenzbasierte Ableitung und Erarbeitung von Personal für die Psychiatrie gegenwärtig nicht möglich ist.** Deshalb empfiehlt die AG die Erarbeitung von normativen Personalvorgaben für die an Leitlinien orientierte Behandlung unter Einbeziehung einer empirischen Grundlage !!!



## Personalbesetzung

### • Fazit:

1. **Niemand spricht sich gegen mehr Personal in unseren Krankenhäusern aus. Aber die unternehmerischen Besonderheiten eines Krankenhauses müssen berücksichtigt werden.**
2. **Selbst wenn zusätzliches Personal gefordert und finanziert wird, müsste es am Arbeitsmarkt vorhanden sein.**
3. **Über die Folgen eine verbindlichen Vorgabe einer Strukturqualität muss sich jeder im klaren sein !**



## Qualifizierung



*Das Pflegeberufegesetz*



- Neue Ausbildungsstrukturen in der Pflege
  - ❖ generalistische Grundausbildung über 3 – Jahre in der Kinder-/ Erwachsenen – und Altenpflege als tragende erste Säule der Pflegeberufe
  - ❖ Voraussetzung ist eine gesicherte und auskömmliche Finanzierung im Rahmen des § 17 a KHG
  - ❖ Zugangsvoraussetzung weiterhin 10 jähr. Schulabschluss
  - ❖ Die für den beruflichen Einsatz in einem spezialisierten Berufsfeld notwendige Weiterbildung muss bundeseinheitlich geregelt werden ( DKG – Standard)



- ❖ Das Ausbildungssystem an den Ausbildungsstätten nach § 2 KHG mit der bewährten **Verzahnung zwischen Theorie und Praxis** muss erhalten bleiben
- ❖ horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Ausbildung muss gewährleistet sein
- ❖ **Die akademische Ausbildung** soll künftig als bedarfsorientierte ( ergänzende) **zweite Säule** etabliert werden
- ❖ Mit der Umstellung auf eine generalistische Pflegeausbildung und der Akademisierung der Erstausbildung sind **die Pflegeassistentenberufe als dritte Säule** in das Gesamtkonzept einzubinden
- ❖ Die Einbindung der **technischen Assistentenberufe** sollte eine **vierte Säule** im Gesamtkonzept bilden

*Entgeltordnung*

*Geschafft ...!!!*



 KLINIKUM OBERBERG



*Die neue  
Entgeltordnung*



## Entgeltordnung zum TVöD

Die **Entgeltordnung** zum TVöD für den Bereich der VKA wird zum **1. Januar 2017** in Kraft treten.

Die **stufengleiche** Höhergruppierung tritt zwei Monate später in Kraft.



## Entgeltordnung

Es werden folgende Tätigkeitsmerkmale vereinbart:

- Allgemeiner Teil gemäß **Anhang 1**,
- Besonderer Teil Verwaltung gemäß **Anhang 2**,
- Besonderer Teil Krankenhäuser** gemäß **Anhang 3**,
- Besonderer Teil Pflege-und Betreuung gemäß **Anhang 4**,
- Besonderer Teil Sparkassen gemäß **Anhang 5**,
- Besonderer Teil Flughäfen gemäß **Anhang 6**,
- Besonderer Teil Entsorgung gemäß **Anhang 7**.



## Entgeltordnung

Die Entgeltgruppe 9 wird ab dem 1. Januar 2017 durch die Entgeltgruppen 9a, 9b und 9c wie folgt ersetzt:

Entgeltgruppen 9a bis 9c (Stand: 1. März 2015) monatlich in Euro Entgeltgruppe Grundentgelt Entwicklungsstufen						
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
9c	2.829,63	3.071,78	3.361,82	3.578,72	3.904,06	4.045,04
9b	2.586,77	2.857,36	2.999,18	3.383,71	3.688,02	3.931,43
9a	2.586,77	2.828,92	2.999,18	3.383,71	3.469,55	3.688,02



## Entgeltordnung

Tabellenwerte aktuell						
Entgeltgruppe	Grundentgelt			Entwicklungsstufen		
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
12a	0	0	3.955,78	4.381,80	4.929,53	5.172,96
11b	0	0	0	3.955,78	4.485,25	4.728,69
11a	0	0	3.590,64	3.955,78	4.485,25	0
10a	0	0	3.468,92	3.712,37	4.174,88	0
9d	0	0	3.383,71	3.688,02	3.931,43	0
9c	0	0	3.286,36	3.517,61	3.736,69	0
9b	0	0	2.999,18	3.383,71	3.517,61	0
9a	0	0	2.999,18	3.099,63	3.286,36	0
8a	2.514,67	2.668,29	2.798,30	2.904,65	3.099,63	3.286,36
7a	2.337,42	2.514,67	2.668,29	2.904,65	3.022,81	3.144,54
4a	2.103,43	2.254,70	2.396,50	2.697,84	2.774,66	2.916,44
3a	2.012,46	2.219,23	2.278,35	2.372,87	2.443,79	2.610,38



## Entgeltordnung

### Die neue P - Tabelle

Entgeltgruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
P 16	0,00	3.865,00	4.000,50	4.438,00	4.948,00	5.172,96
P 15	0,00	3.782,00	3.906,00	4.216,00	4.587,00	4.728,69
P 14	0,00	3.690,50	3.811,50	4.114,00	4.525,00	4.600,00
P 13	0,00	3.599,00	3.717,00	4.012,00	4.225,00	4.280,00
P 12	0,00	3.416,00	3.528,00	3.808,00	3.980,00	4.060,00
P 11	0,00	3.233,00	3.339,00	3.604,00	3.780,00	3.860,00
P 10	0,00	3.050,00	3.150,00	3.430,00	3.565,00	3.650,00
P 9	0,00	2.900,00	3.050,00	3.150,00	3.340,00	3.420,00
P 8	0,00	2.668,29	2.798,30	2.965,00	3.099,63	3.286,36
P 7	0,00	2.514,67	2.668,29	2.904,65	3.022,81	3.144,54
P 6	2.103,43	2.254,70	2.396,50	2.697,84	2.774,66	2.916,44
P 5	2.012,46	2.219,23	2.278,35	2.372,87	2.443,79	2.610,38

P9 bis P 16: Wegfall Stationsleitungszulagen 46,02 bzw. 30,00 Euro



## Entgeltordnung

- **Entgeltgruppe P 5**

- *Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit entsprechender Tätigkeit.*

- **Entgeltgruppe P 6**

- *Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit mindestens einjähriger Ausbildung und entsprechender Tätigkeit.*



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe P 7

- *Pflegerinnen und Pfleger mit mindestens dreijähriger Ausbildung und entsprechender Tätigkeit.*

- Entgeltgruppe P 8

- *Pflegerinnen und Pfleger der Entgeltgruppe 7a, deren Tätigkeit sich aufgrund besonderer Schwierigkeit erheblich aus der Entgeltgruppe 7a heraushebt*
- *Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter in der Pflege mit berufspädagogischer Zusatzqualifikation nach bundesrechtlicher Regelung.*
- *Hebammen und Entbindungspfleger.*



## Entgeltordnung

- **Tätigkeiten, die sich aufgrund besonderer Schwierigkeit aus Entgeltgruppe P 7 herausheben, sind solche**

mindestens 720 Stunden Theorie und mindestens 1800 Stunden praktische Weiterbildung absolviert werden müssen:

- *Pflege in der Endoskopie*
- *Intensiv- und Anästhesiepflege*
- *Pflege in der Nephrologie*
- *Pflege in der Onkologie*
- *Pflege im Operationsdienst*
- *Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege*
- *Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.*



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe P 9

- **Pflegerinnen und Pfleger, mit mindestens dreijähriger Ausbildung mit abgeschlossener Fachweiterbildung und entsprechender Tätigkeit.**
- **Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, mit erfolgreich abgeschlossener Fachweiterbildung zur **Hygienefachkraft** und entsprechender Tätigkeit.**



## Entgeltordnung

- Sonderregelung Psychiatrie:

- *§ 1 Abs. 1 Ziffer 5 Unterabs. 1 des Tarifvertrages über die Gewährung von Zulagen gemäß § 33 Abs.1 Buchstabe c BAT wird gestrichen.*
- *Auf Beschäftigte, die ab dem 1. Januar 2017 in die **Entgeltgruppe P 8** eingruppiert sind, findet Buchst. b der Zulagen nach den Protokollerklärungen Nr. 1 Abs. 1 der Abschnitte A und B der Anlage 1b zum BAT keine Anwendung.*
- *Auf Beschäftigte, die **aus der Entgeltgruppe P 7 Stufen 3, 4 oder 5 in die Entgeltgruppe P 8 höhergruppiert werden**, finden abweichend für die Dauer des Verbleibs in der Stufe 2 bei Höhergruppierung aus Stufe 3, für die Dauer des Verbleibs in der Stufe 4 und mit hälftigem Betrag in der Stufe 5 bei Höhergruppierung aus Stufe 4 und für die Dauer des Verbleibs in der Stufe 5 bei Höhergruppierung aus Stufe 5 jeweils der Entgeltgruppe P 8 die Zulagen Anwendung.*



## Entgeltordnung

## Leitungskräfte

- Die Tarifvertragsparteien legen dem Aufbau der Tätigkeitsmerkmale für Leitungskräfte in der Pflege folgende regelmäßige Organisationsstruktur zu Grunde:
  - a) Die Gruppen- bzw. Teamleitung stellt die unterste Leitungsebene dar. Einer Gruppen- bzw. einer Teamleitung sind in der Regel nicht mehr als 9 Beschäftigte unterstellt.
  - b) Die Station ist die kleinste organisatorische Einheit. Einer Stationsleitung sind in der Regel nicht mehr als 12 Beschäftigte unterstellt.
  - c) Ein Bereich bzw. eine Abteilung umfasst in der Regel mehrere Stationen. Einer Bereichs- bzw. Abteilungsleitung sind in der Regel nicht mehr als 48 Beschäftigte unterstellt



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe P 9
  - Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/ Vertreter von Gruppenleiterinnen/Gruppenleitern bzw. Teamleiterinnen/Teamleitern.
- Entgeltgruppe P 10
  - Beschäftigte als Gruppenleiterinnen/Gruppenleiter bzw. Teamleiterinnen/Teamleiter.
  - Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/Vertreter von Gruppenleiterinnen/Gruppenleitern bzw. Teamleiterinnen/Teamleitern der Entgeltgruppe P 11 Fgr. 1.



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe P 11

- *Beschäftigte als Gruppenleiterinnen/Gruppenleiter bzw. Teamleiterinnen/Team-leiter mit einem höheren Maß von Verantwortlichkeit oder von großen Gruppen bzw. Teams.*
- *Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/Vertreter von Stationsleiterinnen/Stationsleitern.*

- Entgeltgruppe P 12

- *Beschäftigte als Stationsleiterinnen/Stationsleiter.*
- *Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/Vertreter von Stationsleiterinnen/Stationsleitern der Entgeltgruppe P 13*



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe P 13

- *Beschäftigte als Stationsleiterinnen/Stationsleiter mit einem höheren Maß von Verantwortlichkeit oder von großen Stationen.*

- Entgeltgruppe P 14

- *Beschäftigte als Bereichsleiterinnen/Bereichsleiter bzw. Abteilungsleiterinnen/Abteilungsleiter.*
- *Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/Vertreter von Bereichsleiterinnen/Bereichsleitern der Entgeltgruppe P 15*



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe P 15

- *Beschäftigte als Bereichsleiterinnen/Bereichsleiter bzw. Abteilungsleiterinnen/Abteilungsleiter, deren Tätigkeit sich durch den Umfang und die Bedeutung ihres Aufgabengebietes sowie durch große Selbständigkeit erheblich aus der Entgeltgruppe P 14 heraushebt oder von **großen Bereichen** bzw. Abteilungen.*

- Entgeltgruppe P 16

- *Beschäftigte der Entgeltgruppe P 15, deren Tätigkeit sich durch das Maß der damit verbundenen Verantwortung erheblich aus der Entgeltgruppe P 15 heraushebt.*



## Entgeltordnung

Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt darüber hinaus insbesondere,

1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,
2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlichen – institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativen - institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,
3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können,
5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.

## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe 11 (Anlage A zum TVöD):
  - *Beschäftigte, deren Tätigkeit sich durch besondere Schwierigkeit und Bedeutung aus der Entgeltgruppe 9c heraushebt.*
- Entgeltgruppe 12 (Anlage A zum TVöD):
  - *Beschäftigte, deren Tätigkeit sich durch das Maß der damit verbundenen Verantwortung erheblich aus der Entgeltgruppe 11 heraushebt*



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe 13 (Anlage A zum TVöD):
  - *Beschäftigte mit abgeschlossener wissenschaftlicher Hochschulbildung und entsprechender Tätigkeit sowie sonstige Beschäftigte, die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und ihrer Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben*
  - *Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, deren Tätigkeit wegen der Schwierigkeit der Aufgaben und der Größe ihrer Verantwortung ebenso zu bewerten ist wie Tätigkeiten nach Fallgruppe 1.*



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe 14 (Anlage A zum TVöD):
- **Beschäftigte der Entgeltgruppe 13 Fallgruppe 1 sowie sonstige Beschäftigte, die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und ihrer Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben, deren Tätigkeit sich**
  - *mindestens zu einem Drittel durch besondere Schwierigkeit und Bedeutung oder*
  - *mindestens zu einem Drittel durch das Erfordernis hochwertiger Leistungen bei besonders schwierigen Aufgaben aus der Entgeltgruppe 13 Fallgruppe 1 heraushebt*
- **Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, deren Tätigkeit wegen der Schwierigkeit der Aufgaben und der Größe ihrer Verantwortung ebenso zu bewerten ist wie Tätigkeiten nach Fallgruppe 1.**



## Entgeltordnung

- Entgeltgruppe 15 (Anlage A zum TVöD):
- **Beschäftigte der Entgeltgruppe 13 Fallgruppe 1 sowie sonstige Beschäftigte, die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und ihrer Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben, deren Tätigkeit sich**
  - durch besondere Schwierigkeit und Bedeutung sowie
  - erheblich durch das Maß der damit verbundenen Verantwortung
- aus der Entgeltgruppe 13 Fallgruppe 1 heraushebt.**
- **Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, deren Tätigkeit wegen der Schwierigkeit der Aufgaben und der Größe ihrer Verantwortung ebenso zu bewerten ist wie Tätigkeiten nach Fallgruppe 1.**



➤ **Medizinisch technische Assistentinnen und Assistenten**

**Entgeltgruppe 7**

***Staatlich geprüfte Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten mit entsprechender Tätigkeit.***

**Entgeltgruppe 8**

***Beschäftigte der Entgeltgruppe 7, die mindestens zu einem Viertel schwierige Aufgaben erfüllen.***

**Entgeltgruppe 9a**

***Beschäftigte der Entgeltgruppe 7, die schwierige Aufgaben erfüllen.***

➤ **Medizinisch technische Assistentinnen und Assistenten**

**Schwierige Aufgaben" sind**

- ***der Diagnostik vorausgehende technische Arbeiten bei selbständiger Verfahrenswahl auf histologischem, mikrobiologischem, hämatologischem, serologischem, molekular-biologischem oder quantitativ klinisch-chemischem Gebiet;***
- ***die Durchführung von Untersuchungsverfahren zur röntgenologischen Funktionsdiagnostik;***
- ***messtechnische Aufgaben und Hilfeleistung bei der Verwendung von radioaktiven Stoffen;***
- ***schwierige medizinisch radiologische Verfahren; -***
- ***Tätigkeiten in der radiologischen Untersuchung von Kindern bis zum sechsten Lebens-jahr;***
- ***Durchführung von Untersuchungsverfahren, bei denen mehrere Untersuchungsmethoden kombiniert werden z.B. SPECT-CT;***

## ➤ **Medizinisch technische Assistentinnen und Assistenten**

### - **Entgeltgruppe 9b**

1. **Beschäftigte der Entgeltgruppe 7, die als Hilfskräfte bei wissenschaftlichen Forschungsaufgaben mit einem besonders hohen Maß von Verantwortlichkeit tätig sind.**
2. **Beschäftigte der Entgeltgruppe 7, die mindestens zur Hälfte eine oder mehrere der folgenden Aufgaben erfüllen:**
  - *Wartung und Kalibrierung von hochwertigen und schwierig zu bedienenden Messgeräten (z.B. Autoanalyzern),*
  - *Virusisolierungen oder ähnlich schwierige mikrobiologische Verfahren, Gewebezüchtungen, schwierige Antikörperbestimmungen (z.B. Coombs-Test),*
  - *schwierige intraoperativen Röntgenaufnahmen, Interoperatives Monitoring,*
  - *Mitwirkung bei der prächirurgischen Epilepsiediagnostik und -OP,*
  - *Mitwirkung bei der Implantation von Hirnelektroden, Mitwirkung bei der Komadiagnostik,*
  - *- Vorbereitung und Mitwirkung bei der Protonentherapie*

## **Leitungskräfte Gesundheitsberufe**

### **Vorbemerkungen:**

***Die Tarifvertragsparteien legen dem Aufbau der Tätigkeitsmerkmale für Abteilungs-, Gruppen- bzw. Teamleitung (organisatorische Einheit) bei Gesundheitsberufen (außerhalb Pflege) folgende regelmäßige Organisationsstruktur zu Grunde:***

- a) ***Der Leitung einer kleineren organisatorischen Einheit sind in der Regel nicht mehr als 9 Beschäftigte unterstellt.***
- b) ***Der Leitung einer größeren organisatorischen Einheit sind in der Regel nicht mehr als 16 Beschäftigte unterstellt.***
- c) ***Der Leitung einer besonders großen organisatorischen Einheit sind in der Regel mehr als 24 Beschäftigte unterstellt.***

## Leitungskräfte Gesundheitsberufe

### Entgeltgruppe 9b

*Beschäftigte als Leiterinnen/Leiter einer kleineren organisatorischen Einheit.*

### Entgeltgruppe 9c

*Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/ Vertreter von Leiterinnen/Leitern der Entgeltgruppe 10 Fallgruppe 1.*

### Entgeltgruppe 10

*1. Beschäftigte als Leiterinnen/Leiter einer größeren organisatorischen Einheit.  
2. Beschäftigte als ständige Vertreterinnen/ Vertreter von Leiterinnen/Leitern der Entgeltgruppe 11.*

### Entgeltgruppe 11

*Beschäftigte als Leiterinnen/Leiter einer besonders großen organisatorischen Einheit.*

### Entgeltgruppe 12

*Beschäftigte, deren Tätigkeit sich durch das Maß der damit verbundenen Verantwortung erheblich aus der Entgeltgruppe 11 heraushebt.*

## Entgeltordnung

### Weitere Gesundheitsberufe :

- **Diätassistenten/ - innen**
- **Therapeuten**
  - Ergotherapeuten*
  - Physiotherapeuten*
  - Logopäden*
- **Pharmazeutisch-techn. Assistenten**
- **Audiologie- Assistenten**
- **Orthoptisten/ - innen**
- **Masseure / medizinische Bademeister**
- **Medizinische Dokumentare**
- **Zahntechniker**



## Entgeltordnung

### EG P 12

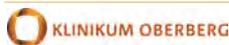
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Mittelwert
KR 9d	-	3.383,71	3.383,71	3.688,02	3.931,43	3.931,43	3.931,43 €
P 12	-	3.416,00	3.528,00	3.808,00	3.980,00	4.060,00	3.969,79 €
Differenz		32,29 €	144,29 €	119,98 €	48,57 €	28,57 €	47,14 €
Diff. in %	#DIV/0!	0,95%	4,26%	3,17%	1,22%	0,72%	1,19%
Diff. in %	#DIV/0!	-3,05%	1,65%	1,63%	1,62%	4,07%	1,25%
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Mittelwert
Stufenlaufzeit in Jahren	0	2	2	2	34	0	3,017,94 €
KR 9d	-	6.767,42	6.767,42	7.376,04	133.000,00	-	3.827,38 €
P 12	-	6.832,00	7.584,00	8.232,00	105.560,00	-	3.595,79 €
Differenz	177,20 €	65,32 €	146,58 €	156,00 €	27.440,00 €	105.560,00 €	3.229,20 €
Diff. in %	7,58%	0,96%	2,15%	1,80%	20,63%	100,00%	83,25%
Differenz		158,65 €	127,70 €	2.499,51 €	81.000,00 €	80.920,00 €	102,13 €
Diff. in %	#DIV/0!	2,35%	1,89%	33,11%	61,17%	99,98%	3,16%
Diff. in %	#DIV/0!	-3,31%	1,89%	-18,70%	-83,06%	#DIV/0!	3,16%



## Entgeltordnung

### EG P 8 / P 7 ohne Zulage

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Mittelwert
P 8	2.622,27	2.622,27	2.752,28	2.918,98	3.053,61	3.240,34	2.868,29 €
P 7	2.514,67	2.514,67	2.668,29	2.904,65	3.022,81	3.144,54	2.794,94 €
Differenz	107,60 €	107,60 €	83,99 €	114,33 €	30,80 €	95,80 €	73,35 €
Stufenlaufzeit in Jahren	4,28%	4,28%	3,15%	0,49%	1,02%	3,05%	2,62%
P 7	2.514,67	5.029,34	8.004,87	11.618,60	15.114,05	78.613,50	3.022,38 €
Psych. Zulage	2.608,20 €	5.336,58 €	8.394,90 €	11.860,00 €	15.498,15 €	82.159,00 €	3.147,92 €
Differenz	153,62 €	307,24 €	390,03 €	241,40 €	384,10 €	3.545,50 €	125,55 €
Diff. in %	6,11%	6,11%	4,87%	2,08%	2,54%	4,51%	4,15%



## Kompensation

### Jahressonderzahlung

Als Ausgleich der Mehrkosten für die Entgeltordnung wird die Jahressonderzahlung für die Jahre 2016, 2017 und 2018 auf dem materiellen Niveau des Jahres 2015 eingefroren.

Darüber hinaus wird die Jahressonderzahlung ab dem 1. Januar 2017 um vier Prozentpunkte gemindert.

*Wert über TVöD: 0,8 %*



KLINIKUM OBERBERG



*Vergessen wir nicht,  
unseren Mitarbeitern  
ab und zu als Dankeschön  
für die gute Zusammenarbeit  
auf die Schulter zu klopfen*

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit**



Joachim Finklenburg, Hauptgeschäftsführer  
Gummersbach, 2011

# Mitgliederversammlung

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband  
der Krankenhausdirektoren e.V. (VKD)

# **Protokoll der Mitgliederversammlung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) am 28.10.2016, 09.30 Uhr in der LVR-Klinik Langenfeld**

Anwesend sind:  
Siehe Anlage

Herr Holger Höhmann begrüßt die anwesenden Mitglieder. Der Frage, ob die Anwesenheit von Nicht-VKD-Mitgliedern im Saale akzeptiert wird, wird von den anwesenden Mitgliedern zugestimmt.

## **TOP 1 - Bericht des Vorsitzenden**

Herr Höhmann berichtet von den Aktivitäten des Fachgruppenvorstandes. Seit der letzten Jahrestagung im Oktober 2015 hat der Fachgruppenvorstand sich zu vier Vorstandssitzungen zusammengefunden. Zusätzlich fanden neun Telefonkonferenzen des Fachgruppenvorstandes sowie ca. 25 Termine in Berlin unter Beteiligung des Fachgruppenvorstandes statt. Auf europäischer Ebene wurden von Vertreterinnen und Vertretern des Fachgruppenvorstandes sechs Termine wahrgenommen. Die Arbeitsgruppe Neues Entgelt unter Moderation von Herrn Dr. Voigt hat seit Oktober 2015 insgesamt sieben Mal getagt. Zusätzlich hat eine Vorstandssitzung des Arbeitskreises der Krankenhausleitungen psychiatrischer Kliniken (akp) stattgefunden.

Des Weiteren veröffentlichte bzw. beteiligte sich der Fachgruppenvorstand an sechs Stellungnahmen zu dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie. Die Stellungnahmen wurden sowohl politisch als auch in der Presse verbreitet. Darüber hinaus beteiligte sich die Fachgruppe Psychiatrie an der Arbeit der Plattform Entgelt der DGPPN zu der neuen Gesetzgebung der Finanzierung psychiatrischer Krankenhäuser.

Der EDV-Benchmark für psychiatrische Krankenhäuser, welcher durch die Fachgruppe initiiert wurde, wurde weiterentwickelt. Auch die Kooperation mit der Salzburg Management und Business School (SMBS) der Universität Salzburg zum Health Care Management-Lehrgang wurde weiter vorangetrieben.

## **TOP 2 - Aussprache**

Es gab keine Wortmeldungen.

## **TOP 3 - Tagung 2017**

Die 51. Fachgruppentagung ist für den 19. und 20. Oktober 2017 in der LWL-Klinik Dortmund geplant.

## **TOP 4 - Vorstandswahlen**

Herr Dr. Voigt übernimmt die Funktion des Wahlleiters. Als Vorsitzender des Vorstandes der Fachgruppe Psychiatrie wird Herr Holger Höhmann einstimmig bei Enthaltung des Betroffenen gewählt. Herr Heinz Augustin wird einstimmig bei Enthaltung des Betroffenen als stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Fachgruppe Psychiatrie gewählt. Als Beisitzer des Vorstandes werden Frau Katrin Erk, Herr Volker Thesing, Herr Thomas Brobeil, Herr Klaus Kupfer und Herr Reinhard Belling einstimmig bei Enthaltung der Betroffenen gewählt.

## **TOP 5 - Verschiedenes**

Herr Höhmann erläutert das Young Silver Programm des VKD.

Ende der Sitzung: 10.00 Uhr

Für die Richtigkeit des Protokolls:  
Dominique Ahling

# **Prozess- und Risikomanagement - optimale Reaktionen auf die aktuellen Entwicklungen**

---

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

# **Prozess- und Risikomanagement – optimale Reaktionen auf die aktuelle Entwicklung**

## **Prozessoptimierung und ihre Grenzen im psychiatrischen Krankenhaus**

vom 28. Oktober 2016

### **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Jörg Gottschalk,  
Nordstern Institut Berlin

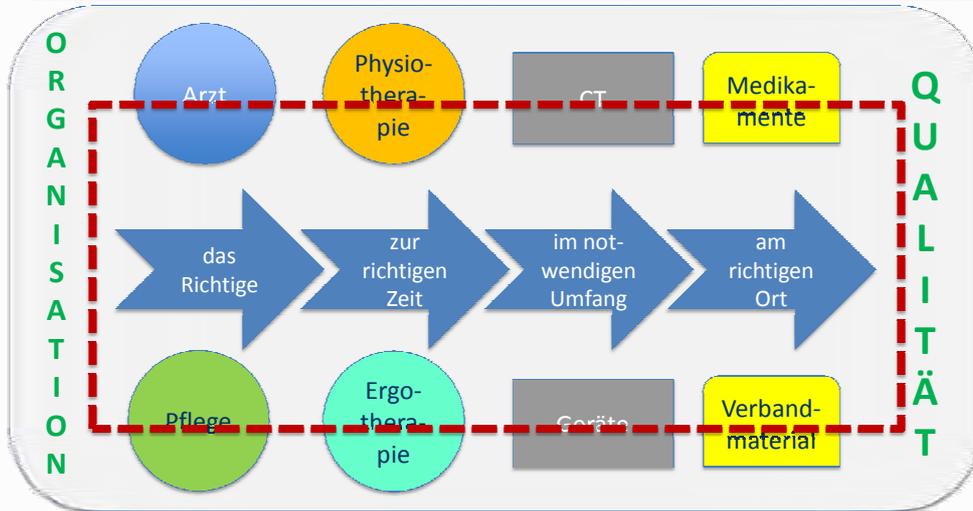
# Prozessoptimierung und ihre Grenzen im psychiatrischen Krankenhaus

Langenfeld, 28.10.2016 - Jörg  
Gottschalk

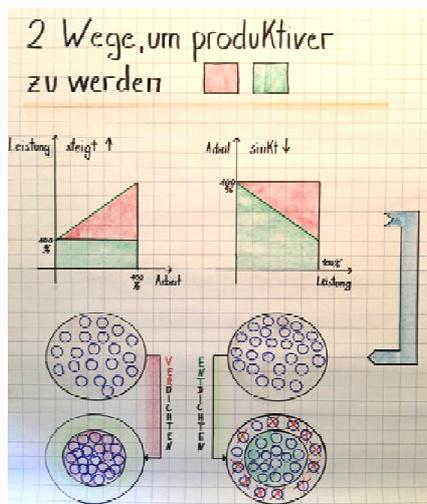
# Kontinuierlich Prozesse **verbessern** mit Lean Management

Langenfeld, 28.10.2016 - Jörg  
Gottschalk

# QUALITÄT



# ZWEI WEGE ZUR ERGEBNISVERBESSERUNG



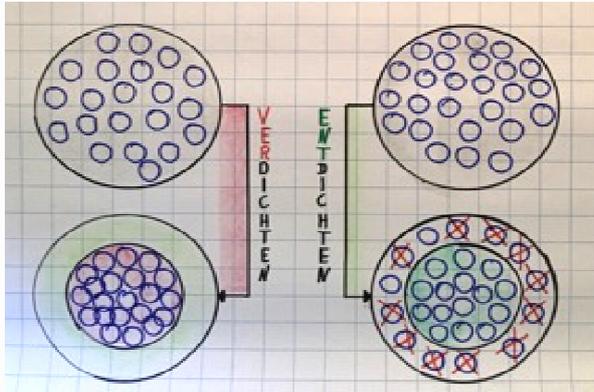
Die Möglichkeiten, das Ergebnis eines Krankenhauses zu steigern, sind begrenzt:

- Leistungen steigern bei konstantem „Arbeitszeitvolumen“,
- Leistungen konstant halten bei abnehmendem „Arbeitszeitvolumen“
- oder eine Kombination von Beidem

Die Möglichkeiten der Umsetzung sind ebenfalls begrenzt:

- das Arbeitsvolumen verdichten
- das Arbeitsvolumen reduzieren
- oder eine Kombination von Beidem

## ARBEITSVERDICHTUNG VS. WENIGER ARBEIT



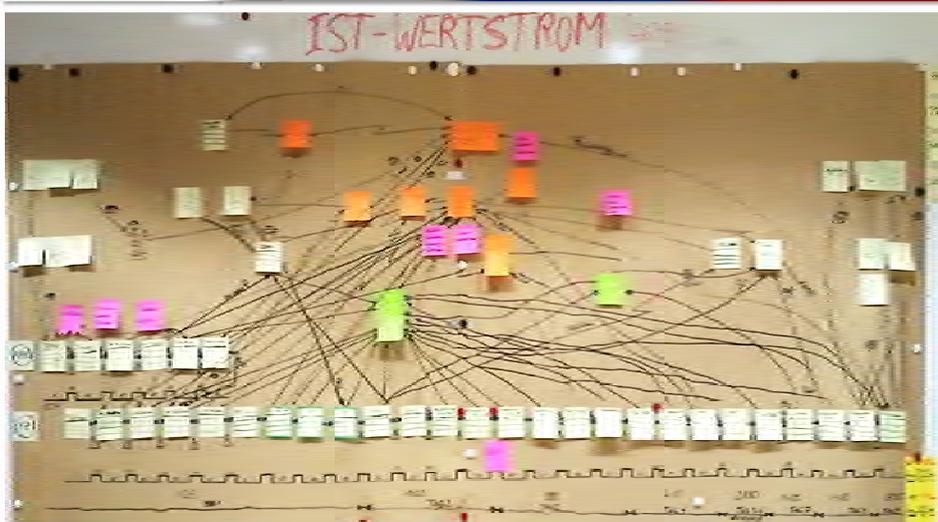
### Arbeitsverdichtung

bedeutet: die gleiche Anzahl von Tätigkeiten in geringerer Zeit erledigen.

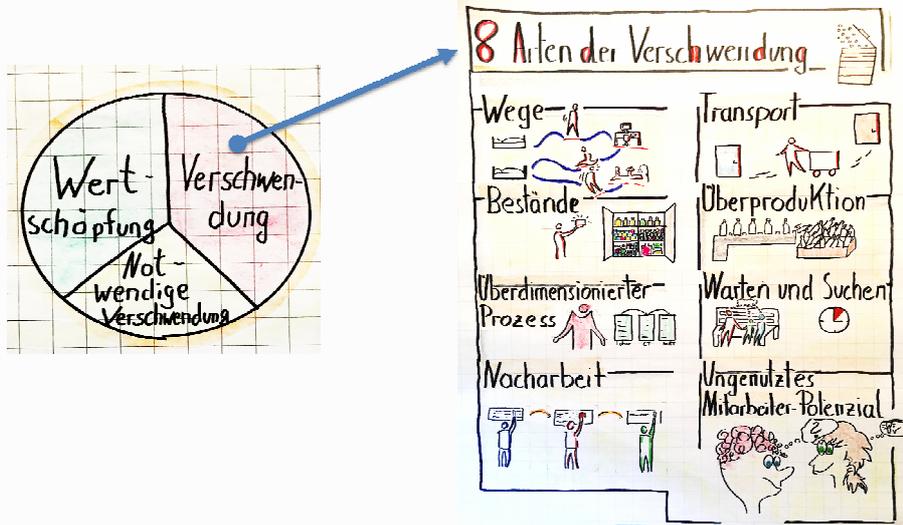
### Weniger Arbeit

Bedeutet: weniger Tätigkeiten in der gleichen Zeit erledigen.

## IST-WERTSTROM



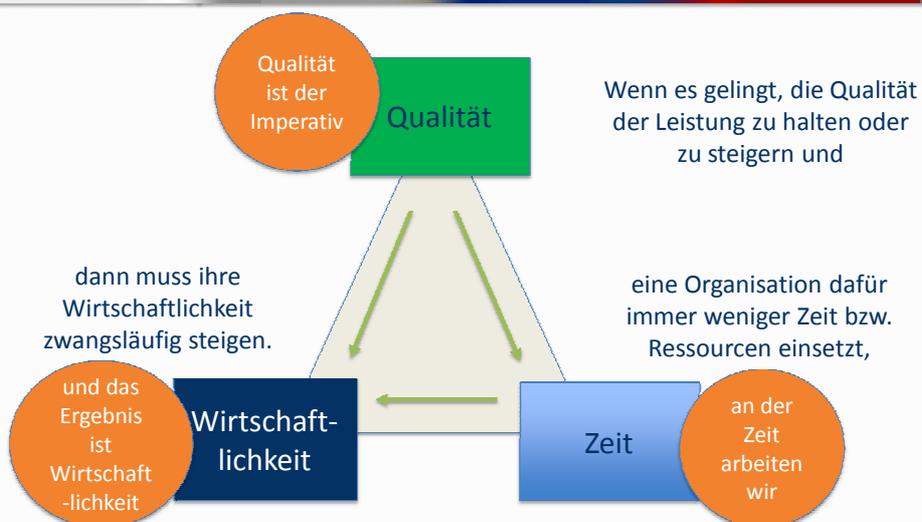
## 8 VERSCHWENDUNGSARTEN



Copyright Jörg Gottschalk – Nordstern Institut Berlin

Seite 7

## DIE THESE



Langenfeld, 28.10.2016

Copyright Jörg Gottschalk – Nordstern Institut Berlin

8



Ein effizientes Krankenhaus optimiert alles, was dem Patienten nutzt und lässt alles weg, was ihm nicht nutzt.

### Eine Krankenhausorganisation bietet umso mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit

- je mehr sie Schwankung und Variabilität reduziert
- je besser sie die Arbeitsschritte in eine Reihenfolge bringt
- je genauer sie einem Takt folgt
- je mehr Unnötiges eliminiert, Tätigkeiten kombiniert, umverteilt oder vereinfacht werden
- Je besser feste Organisationsanker geworfen werden
- je konsequenter Regeln und Standards befolgt werden (s.n.F.).



Eine Krankenhausorganisation bietet umso mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit

- je sicherer sich alle an Regeln und Standards halten

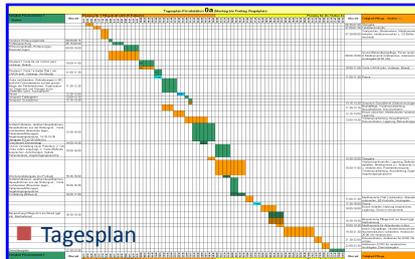


## BEISPIEL STATION

### Projektziele:

- Prozesse stabilisieren (Stabilität  $\geq 80\%$ )
- Reduzierung der mittleren VWD (Ziel  $\leq 92\%$ )
- Reduzierung von Nachfragen/Rückfragen
- Transparenz über Abläufe und Maßnahmen
- Stärkung der Zusammenarbeit aller Personen

### Arbeitsthemen:

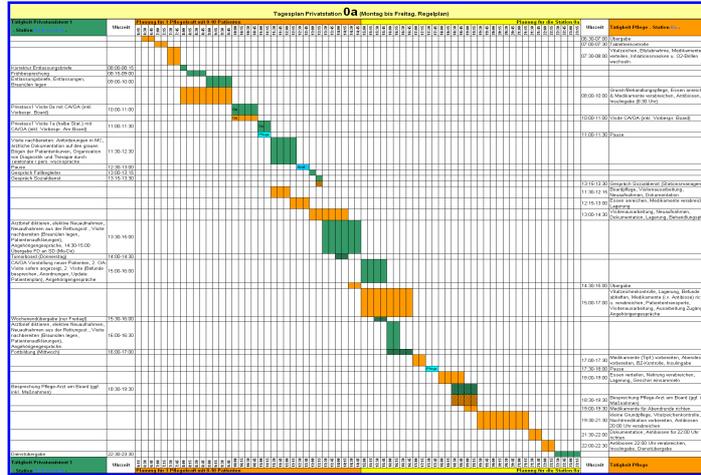


Oberbauschichtenplan		(S)
1	...	...
2	...	...
3	...	...
4	...	...
5	...	...
6	...	...
7	...	...
8	...	...
9	...	...
10	...	...
11	...	...
12	...	...
13	...	...
14	...	...
15	...	...
16	...	...
17	...	...
18	...	...
19	...	...
20	...	...
21	...	...
22	...	...
23	...	...
24	...	...
25	...	...
26	...	...
27	...	...
28	...	...
29	...	...
30	...	...
31	...	...
32	...	...
33	...	...
34	...	...
35	...	...
36	...	...
37	...	...
38	...	...
39	...	...
40	...	...
41	...	...
42	...	...
43	...	...
44	...	...
45	...	...
46	...	...
47	...	...
48	...	...
49	...	...
50	...	...
51	...	...
52	...	...
53	...	...
54	...	...
55	...	...
56	...	...
57	...	...
58	...	...
59	...	...
60	...	...
61	...	...
62	...	...
63	...	...
64	...	...
65	...	...
66	...	...
67	...	...
68	...	...
69	...	...
70	...	...
71	...	...
72	...	...
73	...	...
74	...	...
75	...	...
76	...	...
77	...	...
78	...	...
79	...	...
80	...	...
81	...	...
82	...	...
83	...	...
84	...	...
85	...	...
86	...	...
87	...	...
88	...	...
89	...	...
90	...	...
91	...	...
92	...	...
93	...	...
94	...	...
95	...	...
96	...	...
97	...	...
98	...	...
99	...	...
100	...	...



# BEISPIEL STATION

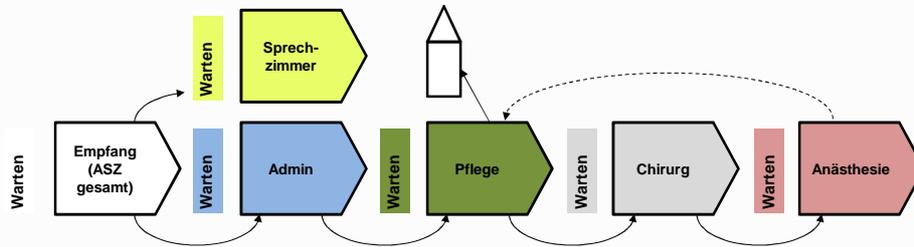
Pflege  
 Arzt



# BEISPIEL STATION

/Pat	115	115	114	114	113	115	112	111	108
Abgabe	M. Starfeld	T.N.	B. Bernacher	J. Roeder	S. Fargas	A. G. G. G. G. G.	S. Bernacher	S. Stein	M. B. B. B. B.
Kenzeichen									
D/DRG/VWD	EGTC			EGTC	H2B	F66B	F62C	02m	07WB
10 7									
Di 8									
Mi 9									
Do 10									
Fr 11									
Sa 12									
So 13									
14									

## BEISPIEL PATIENTENAUFNAHME



- Der Patient gelangt nach einem zentralen Empfang entweder in den Bereich der Sprechstunde oder des Aufnahmezentrums (AZ)
- Jedem Aufnahmeschritt ist eine Farbe und ein Wartebereich zugeordnet. Der Patient arbeitet sich durch den Prozess durch.

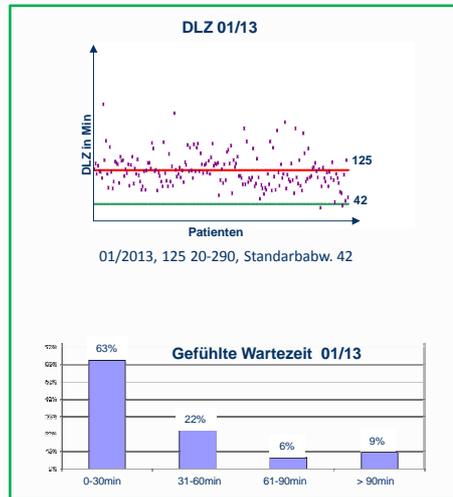
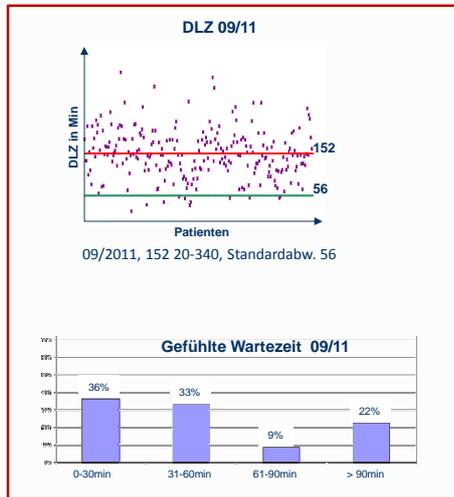
15

## BEISPIEL PATIENTENAUFNAHME

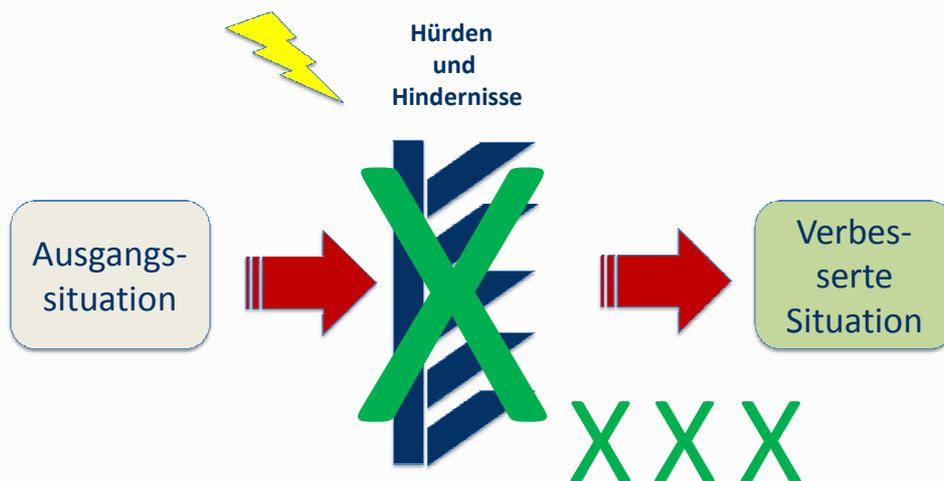


## BEISPIEL PATIENTENAUFNAHME

Durchlaufzeit Aufnahmezentrum vorher/nachher.



## HÜRDEN UND HINDERNISSE





Was hindert Sie heute daran,  
all das wirksam umzusetzen  
und fest in ihrer Organisation  
zu verankern, was sie ohnehin  
schon wissen?

## PROZESSARBEIT IM KRANKENHAUS IST SCHWER, WEIL

- eine Krankenhausorganisation extrem komplex,
- und gleichzeitig intransparent ist,
- sie mit höchster Individualität und Flexibilität lebt,
- sich alle Beteiligten sehr risikoavers verhalten,
- unterschiedliche bis konträre Interessen existieren,
- Prozesse keine Berufsgruppen kennen und Berufsgruppen keine Prozesse,
- insgesamt wenig Verbesserungskompetenz existiert,
- grundlegende Prozessregeln systematisch verletzt werden,
- niemand Zeit hat für Verbesserung,
- *Wenige* wenig bewirken können.

## DIE BASIS FÜR KONTINUIERLICHE VERBESSERUNG

Alle Mitarbeiter verbessern

kontinuierlich

in kleinen Schritten,

gemeinsam und berufsgruppen-übergreifend,

mit spürbarer Unterstützung ihrer *Lieferanten*

und mit spürbarer Unterstützung durch ihre *Führung*.

Sie bekommen schnelle Entscheidungen

und erwerben die notwendigen Kompetenzen.

Abteilungen vernetzen sich über Ziele.

Sie sorgen **gemeinsam** dafür

dass alles genauso gemacht wird, wie festgelegt.

## WAS WIR NICHT BRAUCHEN



© silent\_47 - Fotolia.com

#55662853

## WAS WIR BRAUCHEN



## VORAUSSETZUNGEN FÜR KONTINUIERLICHE VERBESSERUNG



Möglichst *Viele* müssen über Methodenkompetenz verfügen

1

Sie müssen jederzeit wissen, wo ihre Prozesse stehen

2

Sie müssen *regelmäßig* miteinander kommunizieren

3

Sie müssen in kleinen Schritten verbessern

4

Sie brauchen die Erlaubnis und die Zeit zur Verbesserung

5

Sie benötigen die Hilfe ihrer Führung

6

Sie benötigen die Hilfe ihrer „Lieferanten“

7

Sie müssen experimentieren dürfen.

8

## SFM – EIN BEISPIEL VOR ORT

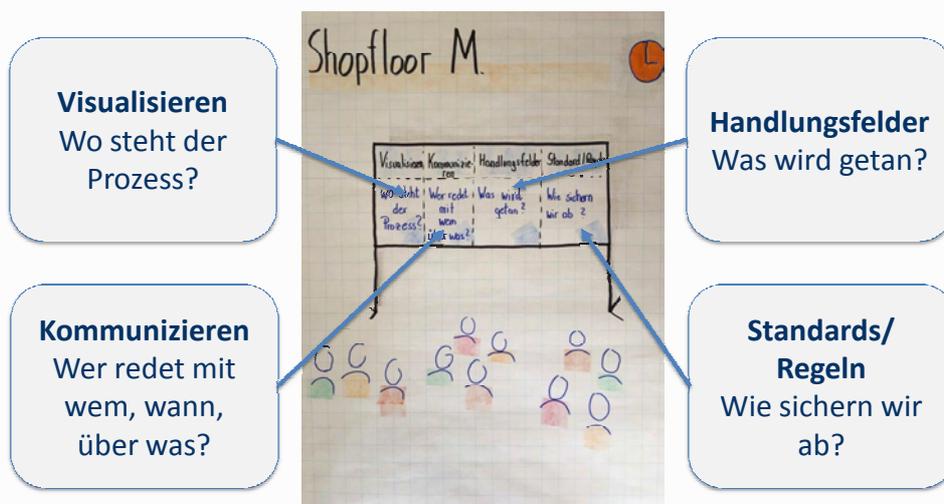


Langenfeld, 28.10.2016

Copyright Jörg Gottschalk – Nordstern Institut Berlin

25

## ZENTRALES INSTRUMENT – DAS SHOPFLOOR-BOARD



Langenfeld, 28.10.2016

Copyright Jörg Gottschalk – Nordstern Institut Berlin

26



Welche Gespräche können zur Regelkommunikation gehören?

Ein Beispiel:

- Boarding (jeden Tag 10 Minuten für das Team und Beteiligte)
- Unterstützer-Runde ( 1 x wöchentlich für das Team und Unterstützer incl. Führungskräfte)
- Team-Work  
(Team 1-2 Std. pro Woche)



Langenfeld, 28.10.2016

Copyright Jörg Gottschalk – Nordstern Institut Berlin

29

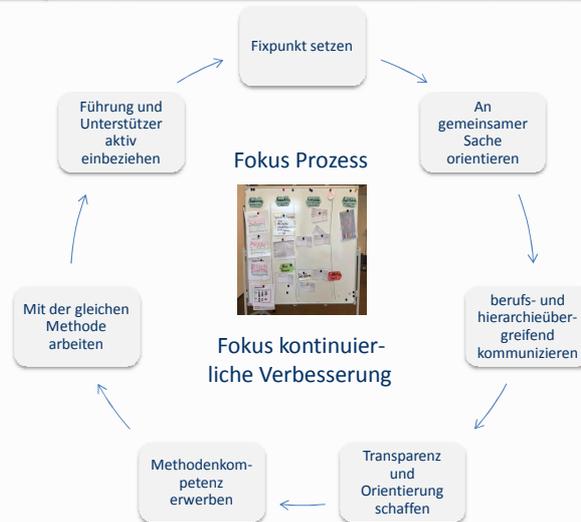
## SHOPFLOOR-BOARD



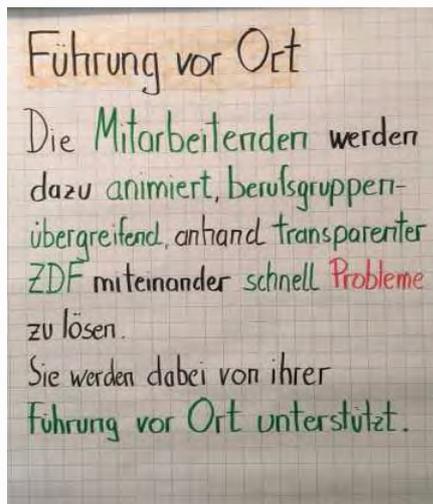
Copyright Jörg Gottschalk – Nordstern Institut Berlin

Seite 30

## BOARD-FUNKTIONEN



## SHOPFLOOR MANAGEMENT – DIE EFFEKTE

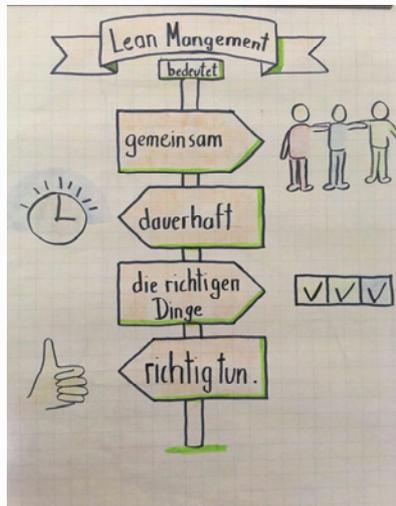


Es findet ein Veränderungsprozess in den Köpfen statt.

Prozessoptimierung wird zum Fokus von Mitarbeitenden, Teams und Führung.

**Arbeiten heißt in Zukunft:  
Patienten versorgen und  
Organisation verbessern.**

## LEAN MANAGEMENT BEDEUTET



- Gemeinsam – nicht jeder für sich
- Dauerhaft – nicht einmalig
- Die richtigen Dinge – und zwar nicht jeder, wie er denkt
- Richtig tun – geübt tun

## ZUKUNFT

Die Zukunft sieht  
erkennbar anders aus als  
heute.



© julien tromeur / fotalia.com

THE END



Diplom-Kaufmann  
Coach

**Jörg Gottschalk**

Anschrift:  
Markgrafenstraße 29a  
13465 Berlin

Tel. +49 (0) 151 18640406

[gottschalk@ni-b.de](mailto:gottschalk@ni-b.de)

[www.nordstern-institut.de](http://www.nordstern-institut.de)

# **Prozess- und Risikomanagement – optimale Reaktionen auf die aktuelle Entwicklung**

## **Risikomanagement der Fluglinien – was können die Krankenhäuser hieraus lernen?**

vom 28. Oktober 2016

### **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Robert Schröder,  
Flight Safety Officer Lufthansa

## „Der Unterschied zwischen Fehlern und Versagen“

Abstract zum Vortrag von Robert Schröder

© Robert Schröder

Die Verkehrsluftfahrt ist in den fast 100 Jahren ihres Bestehens zu einem der sichersten Transportmittel geworden, obwohl Fliegen von erheblichen immanenten Risiken geprägt ist:

- Kein Flugzeug wird jemals eine „sichere Fahrgastzelle“ haben. Das hiermit verbundene Gewicht würde das Fliegen unwirtschaftlich machen.
- Es werden zum Betrieb große Mengen brennbarer Flüssigkeit benötigt.
- Flugzeuge bewegen sich mit hoher Geschwindigkeit.
- Die menschlichen Sinnesorgane sind nicht für die Bewegung in der dritten Dimension ausgelegt.
- Ein Flugzeug kann in der Luft nicht anhalten.
- Es bewegt sich in großer Höhe und damit in einer lebensfeindlichen Umgebung.
- Es gibt weltweit eine große Anzahl extremer Wetterphänomene, denen Verkehrsflugzeuge ausgesetzt sein können.
- Auch heute noch werden an Piloten hohe Anforderungen an Hand/Auge Koordination gestellt, um Flugzeuge sicher zu steuern.

Dennoch ist das Flugzeug ein wesentlich sichereres Transportmittel, als z.B. das Auto. 2012 starben auf deutschen Straßen 3600 Menschen (stat. Bundesamt), dagegen kamen weltweit nur 414 Menschen bei Flugzeugunglücken mit Passagierflugzeugen ums Leben (IATA).

In den fast 100 Jahren des Bestehens der kommerziellen Luftfahrt hat ein evolutiver Prozess stattgefunden, der von der Notwendigkeit bestimmt wurde, den zahlenden Passagieren das Flugzeug als sicheres Transportmittel plausibel zu machen. Diese Notwendigkeit besteht in der Luftfahrt in größerem Maße, als in anderen gefahrgeneigten Bereichen, denn:

**„If you think about flying, a bad outcome comes to mind easily“** (D. Kahnemann – Thinking, fast and slow, Macmillan 2011)

Grund hierfür ist die irrationale Beurteilung von Risiken (Verfügbarkeitsheuristik). So gab es zum Beispiel in den USA in den 12 Monaten nach den Anschlägen des 11. September 2001 1500 mehr Verkehrstote als im üblichen Jahresdurchschnitt, weil viele Menschen aus Angst vor weiteren Anschlägen auf das Fliegen verzichteten und stattdessen mit dem Auto fuhren. (Gaissmaier/Gigerenzer in „Psychological Science“, 2012).

16% aller Deutschen leiden unter Flugangst, weitere 22% fühlen sich an Bord „nicht sonderlich wohl“ (Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 5097 und 7043, Allensbach 2003).

Aufgrund der großen Aufmerksamkeit, die Flugzeugunglücke in der Öffentlichkeit erregen, (und des damit verbundenen Risikos für den kommerziellen Erfolg) stand die Airline-Industrie von Anfang an in der Bringschuld, mit größtmöglicher Transparenz und in nachvollziehbarer Weise, Unfallursachen zu ermitteln und Maßnahmen zur Prävention zu ergreifen.

Daraus hat sich das heute bestehende System der Aufrechterhaltung von Flugsicherheit entwickelt, das im Wesentlichen von zwei Erkenntnissen bestimmt wird:

- Die Fehlerhaftigkeit des Menschen muss als unvermeidbare Tatsache akzeptiert werden.
- Der Mensch wird auf absehbare Zeit nicht durch Automation ersetzt werden können.

**„Aviation is predicated on the assumption that people screw up.”** (Prof. James Reason addressing the Royal College of Physicians, May 2003)

Aus der Analyse einer großen Zahl an Unfällen und Vorfällen und der Umsetzung daraus gewonnener Erkenntnisse ist über Jahrzehnte hinweg eine Sicherheitskultur entstanden, die durch die folgenden Verhaltensweisen gekennzeichnet ist:

- In bestimmten Situationen muss auf eine individuelle Risikoanalyse verzichtet werden. Stattdessen muss sich das Verhalten an Regeln orientieren, die auf Erkenntnissen basieren, die den handelnden Personen im konkreten Fall nicht direkt zugänglich sind. (Beispiel: Geschwindigkeitsbeschränkung an einem Unfallschwerpunkt)
- Die eigene Fehlerhaftigkeit, wie auch die Anderer, wird als gegeben akzeptiert und nicht gewertet (Keine Scham oder Verurteilung).
- Diese Erkenntnis führt zur strikten Befolgung von Verfahren, die die Begrenzung der Fehlerhaftigkeit zum Ziel haben, auch wenn diese im Kontext des „normalen“ alltäglichen Verhaltens seltsam oder übertrieben erscheinen (z.B. kein auswendiges „Herbeten“ von täglich gebrauchten Checklisten, sondern bewusstes Ablesen).
- Gegenseitige Überwachung, sowohl der Einhaltung primärer fliegerischer Parameter, als auch der Validität mentaler Modelle. Direkte Ansprache von Abweichungen und Diskrepanzen, über Hierarchiegrenzen hinweg.
- Ansprechen unklarer Bedenken über Hierarchiegrenzen hinweg.
- „Understudying“: aktives Mitdenken, Hineinversetzen in die Position des Vorgesetzten, ohne diese in Frage zu stellen (kein „Sägen am Stuhl“)
- Komplexe Entscheidungen strukturiert fällen.
- Einhalten eines Hierarchiegradienten durch Vorgesetzte, der es Untergebenen ermöglicht, die oben genannten Verhaltensweisen anzuwenden.

Eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausprägung einer Sicherheitskultur ist die Kenntnis von Fehlleistungen und den daraus resultierenden Vorfällen. Pro Unfall kommt es zu 1000 Arbeitsfehlern (Quelle: Boeing), d.h. die Elemente, aus denen sich eine Unfallkette zusammensetzt, sind bei Beinahe - Unfällen oder Vorfällen bereits vielfach vorhanden gewesen und hätten identifiziert werden können. Hierzu muss ein vertrauliches Meldewesen eingerichtet werden, in dem jeder die Möglichkeit hat, über eigene Fehler oder die Fehler anderer ohne Angst vor Bestrafung zu berichten, damit diese der Analyse zugänglich gemacht werden können. Erst die Analyse von Fehlern, sowohl auf der individuellen Ebene, als auch statistisch, validiert die Maßnahmen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur notwendig sind.

Eine Studie, die von einer großen Airline durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass zur Begrenzung von Fehlern im Cockpit auch das Arbeitsklima, dem bis dahin eher die Rolle eines „Soft Factors“ zugeschrieben worden war, eine wichtige Rolle spielt (Flight International, 13. - 19. 02. 2001). Es wurden die kausalen Faktoren sicherheitsrelevanter Vorfälle untersucht. Dabei zeigte sich, dass eine

reduzierte Qualität der sozialen Interaktion im Cockpit die Wahrscheinlichkeit für einen unerwünschten Vorfall (Incident) um den Faktor 5 erhöht hat.

Das Zusammenwirken der vorher dargestellten Mechanismen unter der Berücksichtigung des gerade erwähnten Einflusses eines guten Arbeitsklimas kann menschliche Fehler nicht verhindern. Es kann aber verhindern, dass aus menschlichen Fehlern menschliches Versagen wird.

Der wesentliche Unterschied zwischen der Luftfahrt und anderen, wenig fehlertoleranten Unternehmungen (Medizin, Atomindustrie, Banken, Industrie) liegt weniger in den an den Menschen gestellten Anforderungen, als an der oben beschriebenen Transparenz und Fehlerkultur, die in der Luftfahrt wesentlich ausgeprägter ist, als z.B. in der Medizin. Daraus ergibt sich die Möglichkeit einer Übertragbarkeit der bewährten Mechanismen aus der Luftfahrt.

Insbesondere der oben erwähnten Liste von Verhaltensweisen kommt hier eine zentrale Bedeutung zu. Es zeigt sich in vielen Beispielen des Scheiterns (Teneriffa Unglück, Challenger Katastrophe, Untergang eines Teils der englischen Flotte bei den Scilly Isles 1707, etc.), dass wesentliche Mechanismen, wie z.B. das strukturierte Fällen von Entscheidungen, oder das Ansprechen von Bedenken über Hierarchiegrenzen nicht zur Anwendung kamen. Dies unterblieb in den meisten Fällen deshalb, weil die an der Spitze der Hierarchie stehenden Personen eine Gefährdung ihrer eigenen Position innerhalb der Hierarchie befürchteten, sollten sie sich offensichtlich durch Untergebene in ihren Entscheidungen beeinflussen lassen.

Diese Befürchtung mag in primitiven, auf der Ausübung körperlicher Gewalt basierenden Strukturen (z.B. Galeerensträflinge als Schiffsbesatzung) berechtigt sein, in der modernen, komplexen Industrie- und Wirtschaftswelt, stellt sie einen Anachronismus dar, der eine der häufigsten Ursachen für Scheitern und Versagen auf den unterschiedlichsten Ebenen ist. Hier ein Umdenken zu erreichen, ist aber alles andere als trivial und lässt sich nicht herbeireden- oder schreiben. Ein erster Schritt ist die Akzeptanz der entsprechenden Mechanismen auf allen davon betroffenen Hierarchieebenen, gefolgt von einer Phase des „Ausprobierens“ der entsprechenden Verhaltensweisen im engsten, vertrauten Umfeld. Dadurch könnte ein Prozess des Umdenkens eingeleitet werden. Dieser führt zu einer Kultur, die von einer offenen, angstfreien und sachorientierten Kommunikation über die Hierarchiegrenzen hinweg bestimmt ist und sich durch die daraus resultierende Effizienz- und Effektivitätssteigerung von selbst validiert.

# Dankesreden

vom 27. Oktober 2016

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Hans-Joachim Rokasky, Ehemaliger Vorsitzender der Fachgruppe  
Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Heinz Lepper, Ehrenvorsitzender der Bundesfachvereinigung Leitender  
Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.

Weinsberg, den 29.10.16

## Langenfeld am Abend 27.10.16

Lieber Kollege Vorsitzender, Holger Höhmann, liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste.

Ich bedanke mich, dass ich heute zum 50 jährigen Bestehen **unserer** Fachgruppe, zu Ihnen sprechen darf. Vor fünfzig Jahren, gehörte ich zu den Gründungsmitgliedern. Eine lange Zeit. So kommt es, dass viele von Ihnen mich nicht kennen, umgekehrt aber auch. Deshalb meine Vorstellung: Mein Name: Hans-Joachim Rokasky, aktiv im Klinikum am Weißenhof in Weinsberg, von 1962 – 1987. Nun schon 29 Jahre im Ruhestand. Es steht ein 91 jähriger Kollege vor Ihnen.

Ein halbes Jahrhundert Fachgruppe Psychiatrie. Beim Besinnen darüber, was es drüber zu berichten gibt, musste ich doch ganz kurz in die Geschichte der Psychiatrie blicken.

Im 18. Jahrhundert wurde im Königreich Württemberg das erste „Tollhaus“ erbaut. Die Begriffe „Pflege“ und „Heilung“ waren damals fremd. Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden die Voraussetzungen zur Umwandlung von der „Bewahranstalt“ in eine „Heilanstalt“ geschaffen. Im Jahre 1903 wurde mein Krankenhaus in Weinsberg als „Königliche Heilanstalt“ in Betrieb genommen.

Ob es damals schon Vereinigungen für „Verwaltungsleiter“ gab (diese Bezeichnung für unsere Tätigkeit hat eigentlich auch damals schon nicht gepasst)?

Bereits vor 1966, dem jetzt gefeierten Gründungsjahr unserer Fachgruppe, gab es schon Zusammenkünfte von Verwaltungsleitern Psychiatrischer Krankenhäuser und dabei Besichtigungen entsprechender Einrichtungen. Alle Aktivitäten immer im zeitlichen Zusammenhang mit der uns so wichtigen FAB (Fachausstellung Anstaltsbedarf). Die ersten Treffen fanden z. T. stundenweise in Gaststätten statt. Nachdem immer mehr wichtige Themen zur Besprechung anstanden, entschloss man sich zu ganztägigen Treffen, meistens in einem Psychiatrischen Krankenhaus.

Die Gründung unserer Fachgruppe erfolgte 1966 in Stuttgart, mit anschließender Besichtigung der Psychiatrie in Weinsberg.

Ab 1975 fanden die Tagungen an zwei Tagen und ab 1990 an drei Tagen statt.

1983 trennte man sich von den Terminen des Gesamtverbandes (VKD) und den Ausstellungen, zu eigenständigen Tagungen.

Der Name unserer Fachgruppe hat sich inzwischen mehrmals geändert:

Fachgruppe Verwaltungsleiter in psychiatrischen Kliniken und Heil- und Pflegeanstalten

Fachgruppe Psychiatrische und Neurologische Krankenhäuser

Fachgruppe Psychiatrische Krankenhäuser

und jetzt Fachgruppe Psychiatrie

Ich möchte jetzt nicht die Namen der bisherigen Vorsitzenden nennen, aber an dieser Stelle Dank sagen. Dank an alle diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die aktiv oder beratend bei der Organisation und Durchführung der Jahrestagungen unserer Fachgruppe mitgewirkt haben. Nur wer einmal selbst eine solche Tagung organisiert und durchgeführt hat, weiß, wie viel Mühe und Arbeit dafür notwendig sind.

Der Fachgruppe wünsche ich für die Zukunft immer genügend Aktive und Berater, mit viel Erfolg bei der Arbeit. An Themen und Problemen wird es bestimmt nicht fehlen.

Interessant war für mich in den vergangenen 50 Jahren, die Entwicklung der Leitungsstrukturen in den Psychiatrien unseres Landes. Lassen Sie mich kurz darauf eingehen.

Frage: Ging man bei der Auswahl der „Verwaltungsleiter“ immer nur davon aus, dass da einer am Schreibtisch sitzt und einer Verwaltung vorsteht? Schon immer war zu bedenken, dass ein Psych. Großkrankenhaus ein eigenständiges Gemeinwesen ist.

Mit allen Handwerksbetrieben, mit Landwirtschaft, Gärtnerei u.a. Es ist dann fast zu verstehen, warum mein seinerzeitiger Ärztl. Direktor, den ich noch heute hoch schätze, an Stelle mir, lieber einen Beamten des Baurechtsamtes beim Landratsamt, gesehen hätte. „Er hat Erfahrung im Bauwesen“; stand es in einem Bericht an das Regierungspräsidium. Es standen evtl. Neubauten ins Haus.

Wen sah man früher als befähigt an, eine entsprechende Einrichtung zu leiten?

Angefangen beim Tollhaus, über Bewahranstalt, Heilanstalt, Psychiatrie?

Die Vergütungen waren nicht gerade verlockend; besonders nicht für Bewerber aus der Wirtschaft.

Bei Beamten konnte man am meisten sparen, weil sie oft erst noch die Leiter zum „Herrn Amtmann „ erklimmen mussten.

Dann kam die dringend notwendige Epoche der Umwandlung der Rechtsformen der Psychiatrischen Krankenhäuser, Anfang des 20. Jahrhunderts, zum Teil schon früher.

Unser Ärztlicher Direktor, Prof. Ernst, hatte das Problem schon vor 54 Jahren erkannt und am 8.3.1962 an die vorgesetzte Behörde, das Regierungspräsidium Stuttgart, geschrieben.

Ich zitiere:

„Die Schwierigkeiten der psychiatrischen Landeskrankenhäuser hängen zu einem wesentlichen Teil damit zusammen, dass sie in die öffentlichen Dienste falsch eingegliedert sind. Sie werden als Behörden behandelt. Ihre Belange werden von zahlreichen Instanzen nach den Gesichtspunkten eines Behördenstaats wahrgenommen. In Wirklichkeit sind sie Unternehmen, die ihre Aufgabe für das Volksganze und im Rahmen der öffentlichen Dienste nur erfüllen können, wenn sie elastisch und ohne Kettung an wesensfremde Strukturprinzipien arbeiten können, wie dies in anderen Ländern durch Eingliederung in dafür geeignete Selbstverwaltungskörper offenbar erfolgreich möglich ist“.

Bei der Änderung der Rechtsform für die Einrichtungen wurden aus den „Verwaltungsleitern“ Betriebsdirektoren und Geschäftsführer. In BW wurde dem Krankenhausdirektorium noch ein Geschäftsführer vorangestellt.

In der Zukunft wird man wohl im Krankenhaus nur noch vom Manager sprechen. Beim Kongress der Europäischen Vereinigung der Krankenhausdirektoren(EVKD) im Oktober, wurde dazu schon ein entscheidender Schritt getan. Die Vereinigung heißt künftig: „Europäische Vereinigung der Krankenhausmanager (EVKM).“

Mit diesem Blick in die Zukunft schließe meine Ausführungen und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit, trotz der Vorfreude auf die anschließende Abendveranstaltung, die sicher fröhlich wird.

Zur Fröhlichkeit möchte ich einen kleinen Beitrag leisten. Es ist ein Gedicht über meinen Vorgänger im Amt in Weinsberg. Ein gestandener „Herr Amtmann“ mit Vollbart und passionierter Angler. Er hatte anscheinend Zeit und den „Mut“, während der Dienstzeit in der nahe gelegenen Sulm zu Angeln. Seine Ankündigung dazu, an seinen Stellvertreter:

„Herr Sekretär, ich geh jetzt zum Angeln, halten sie die Stellung“.

Hören Sie, was ihm wirklich einmal passiert ist.

Ihnen noch einmal herzlichen Dank für Alles.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Hans-Joachim Rokasky

## **50. Jahrestagung des Verbandes der Krankenhausdirektorinnen und Direktoren Deutschland Fachgruppe Psychiatrie**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Höhmann, lieber Holger,  
sehr geehrte Damen und Herrn, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

zunächst darf ich mich bei dir Holger bedanken, für deine Anfrage hier und heute noch mal ein paar Worte an dieses Auditorium zu richten.

Nun bin ich zwar fast schon 2 Jahre nicht mehr der Vorsitzende der BFLK, aber es gab bislang keine Gelegenheit, mich bei Ihnen zu verabschieden und auch mal danke zu sagen. Ich denke, dies gehört sich auch nach immerhin 16 Jahren so.

16 Jahre BFLK-Vorsitz hat auch bedeutet, dass ich an fast allen Tagungen, die Sie ausgerichtet haben, teilgenommen habe. Ich konnte viel von diesen Tagungen mit nehmen, aber ich habe mich auch immer sehr wohl und aufgenommen bei Ihnen gefühlt.

Als jemand, der auch gerne feiert – viele, viele schöne Festabende – sind und bleiben mir in Erinnerung.

Zwei Highlights durfte ich in den Jahren erleben, das eine war die Gründung der AKP, 1998/99, mit den damaligen Vorsitzenden VKD u. BDK.

Das zweite Highlight war dann 2004, als wir es geschafft haben, eine erste AKP-Tagung in Bedburg-Hau durchzuführen, damals waren Vorsitzende Michael Hiller und Manfred Wolfersdorf. Es hat mich gefreut, dass vor zwei Jahren, gemeinsamen Tagungen hier wieder aufgelebt sind, so dass man sagen kann, die leidige Diskussion um das Thema Entgelt hat letztendlich dazu geführt, dass die Verbände stärker zusammen gewachsen sind, insofern dabei auch etwas Positives.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mir bleiben heute ihnen drei Dinge anzutragen.

Zum Ersten: Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer 50. Jahrestagung, dies auch in Abstimmung mit meinem Nachfolger für die BFLK e.V. deren Ehrenvorsitzender ich inzwischen sein darf.

Zum Zweiten: Ein herzliches Dankeschön, dass ich 16 Jahre bei Ihnen zu Gast sein durfte.

Zum Dritten: Dem VKD, Fachgruppe Psychiatrie, weiterhin viel Erfolg. Das gilt natürlich auch für Sie persönlich.

In diesem Sinne sage ich tschüss, alles Gute u. hoffe man trifft sich trotzdem an der ein oder anderen Stelle

Vielen Dank

Heinz Lepper

Ehrenvorsitzender der BFLK e.V.

# Presseberichte

## **50. Fachgruppentagung**

vom 27. – 28. Oktober 2016

in der  
LVR-Klinik Langenfeld

von

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband  
der Krankenhausdirektoren e.V. (VKD)

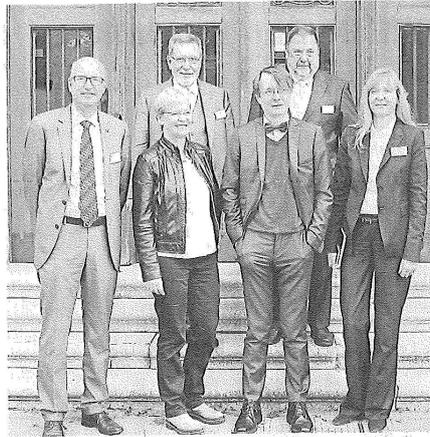
# LVR ist „preiswerteste Klinik im Rheinland“

Zur 50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie hatte die Langenfelder Einrichtung eingeladen.

VON MARTIN MÖNIKES

**LANGENFELD** Holger Höhmann, Vorsitzender des Klinikvorstands der LVR-Klinik, hatte seine rund 150 Kollegen der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands zur 50. Jahrestagung nach Langenfeld geladen. Im Jubiläumsjahr beschäftigt die Fachleute primär die in wenigen Wochen anstehenden Änderungen des Gesetzes zur Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Deshalb nutzten die Krankenhausdirektoren die Gelegenheit, mit Vertretern der Politik über bereits erfolgte Korrekturen und aus ihrer Sicht weitere, notwendige Verbesserungen des Entwurfs zu sprechen.

Höhmann betonte vor Journalisten die bisherigen Erfolge des Verbandes bei der Weiterentwicklung der 20 Jahre alten Regelungen, insbesondere beim neuen Entgeltsystem für psychiatrische Leistungen, dennoch sei es wichtig „die noch bestehenden Kritikpunkte anzusprechen, um die qualitative hochwertige Versorgung psychisch er-



Klaus Kupfer, Maria Klein-Schmeink, Thomas Brobeil, Karl Lauterbach, Holger Höhmann und Katrin Erk (v.l.) diskutieren.

der großen Ziele im Gesundheitsbereich nicht im Koalitionsvertrag vereinbart war, aber dank der Initiative der Fraktionen der großen Koalition nun doch auf der Zielgeraden sei. Er selbst habe in der offenen Diskussion mit den Ärzten wichtige Hinweise erhalten.

MdB Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, mahnte an, die für die Personalkosten angestrebte „Nachweispflicht“ zu flexibilisieren, um auf örtliche Besonderheiten oder die Patientenstruktur reagieren zu können. Mehr als 80 Prozent der Kosten in den Häusern sind Personalkosten, und Tarifsteigerungen werden bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

Höhmann verwies unter Hinweis auf seine Vorstandskollegen Katrin Erk (Mannheim) Thomas Brobeil (Rottweil) und Klaus Kupfer (Weinsberg) auf die unterschiedlichen Regelungen zu den Investitionskostenförderungen der Krankenhäuser in den Bundesländern. Dabei beschrieb er Langenfeld beispielhaft als „die preiswerteste Klinik im Rheinland“.

krankter Menschen weiterhin zu gewährleisten.

Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB, stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion – und Vertreter der großen Koalition –, zeigte sich vor allem damit zufrieden, dass die in Rede stehende Fallpauschale vom Tisch sei. „Es gibt keine Rosi-

nenpickerei, weil die einzelnen Häuser – wie bisher – in Budgetverhandlungen gemäß ihren besonderen Angeboten und Leistungen finanziert werden können“. Damit sei der örtlichen LVR-Klinik geholfen, die eine hohe Leistung erbringe. Lauterbach erinnerte daran, dass dieses wichtige Gesetz als einziges

## LVR-Klinikchef managt jetzt auf Europa-Ebene mit

**LANGENFELD** (gut) Der Langenfelder Holger Höhmann bleibt Vorstandsvorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD). Zudem tritt der Verwaltungschef der LVR-Klinik den Posten des Vizepräsidenten des Subcommittee Mental Health der Europäischen Vereinigung der Krankenhausmanager an. Die VKD-Fachgruppe Psychiatrie hielt kürzlich ihre Jahrestagung in Langenfeld ab. Sie besteht aus rund 270 Mitgliedern und organisiert den Austausch unter den psychiatrischen Einrichtungen und Abteilungen der Krankenhäuser deutschlandweit. Zudem vertritt die Gruppe die Interessen der psychiatrischen Einrichtungen in der Öffentlichkeit. Ihrem Vorstand gehören außerdem an: Reinhard Belling, Klaus Kupfer, Thomas Brobeil, Katrin Erk, Heinz Augustin (Stellvertretender Vorsitzender) und Volker Thesing.

Rheinische Post, 28.11.2016

Wochen-Anzeiger, 14.12.2016

## Im Amt bestätigt

Holger Höhmann zum Vorsitzenden und Vizepräsidenten gewählt

**LANGENFELD.** Kaufmännischer Direktor der LVR-Klinik Langenfeld bleibt Vorstandsvorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands und wird zum Vizepräsident des Subcommittee Mental Health der Europäischen Vereinigung der Krankenhausmanager gewählt.

Anlässlich der 50. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), die vom 27. bis 28. Oktober in Langenfeld stattfand, wurde der Kaufmännische Direktor und Vorstandsvorsitzende der LVR-Klinik Langenfeld Holger Höhmann erneut zum Vorsitzenden des siebenköpfigen Vorstandes der Fachgruppe



Der Vorstand der Fachgruppe Psychiatrie des VKD. Von links nach rechts: Reinhard Belling, Klaus Kupfer, Thomas Brobeil, Katrin Erk, Heinz Augustin (Stellv. Vorsitzender), Holger Höhmann (Vorsitzender), Volker Thesing.

Psychiatrie gewählt.

Als Nachfolge von Klaus Kupfer hat Holger Höhmann seit Anfang November zudem das Amt des Vizepräsidenten des Subcommittee Mental Health (SCMH; Unterausschuss Psychische Gesundheit) der Europäischen Vereinigung der Krankenhausmanager (EVKM) inne.

Als Dachverband vereinigt die EVKM 27 Verbände der Krankenhausdirektoren aus 26 europäischen Staaten und ist mit über 16.000 Mitgliedern eine der größten Vereinigungen von Krankenhausdirektoren. Das SCMH vertritt dabei die europäischen Interessen der Klinikdirektoren psychiatrischer Einrichtungen.