



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 KHSG 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.